

# El condón femenino: un lujo al alcance de pocas

## Quince años perdidos en hacer accesible el condón femenino

Los encargados de la elaboración de políticas se lamentan por la vulnerabilidad de las mujeres ante la infección por el VIH, pero durante 15 años no han hecho uso de una tecnología capaz de ayudar a las mujeres a protegerse y empoderarse. El condón femenino es el único método de iniciativa femenina que aporta protección contra la infección por el VIH, además de prevenir los embarazos no deseados. Los estudios han demostrado que es aceptado por las personas usuarias, que incrementa la proporción de actos sexuales protegidos y que es económicamente eficaz cuando se proporciona junto con condones masculinos. Pero la mayoría de las mujeres carecen de acceso a los condones femeninos. Las nuevas tecnologías de iniciativa femenina tales como los microbicidas tardarán muchos años en estar disponibles. Los condones femeninos existen ya; el empuje por conseguir un acceso universal debe empezar ahora.



## Resumen

En el 2008 se cumplen 15 años de la invención del condón femenino. Por desgracia, son también 15 años de no lograr ponerlo al alcance de las mujeres que lo necesitan. A pesar de no existir otras formas de protección de iniciativa femenina, y del enorme incremento en la financiación de las respuestas al VIH, el condón femenino sigue siendo inaccesible y su contribución sigue desaprovechada.

La urgente necesidad de mejorar el acceso a los condones femeninos se hace patente por la feminización de la pandemia del VIH, por la gran necesidad insatisfecha de anticonceptivos y por los escasos avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio quinto y sexto, relativos a la salud materna y la reducción de la propagación del VIH.

Pero, ¿por qué suministrar condones femeninos cuando los condones masculinos son fácilmente asequibles, mucho más baratos y brindan un nivel de protección comparable?

- Los condones femeninos ayudan a empoderar a la mujer. Las mujeres que usan condones femeninos afirman tener mayor confianza para negociar sexo más seguro, y un mayor sentido de control y seguridad durante el sexo. Pasarán muchos años antes de que las mujeres cuenten con medios de iniciativa femenina alternativos para protegerse a sí mismas.
- El suministro de condones tanto femeninos como masculinos conduce a más ocasiones de sexo protegido y reduce la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Su efecto adicional, brindar protección en situaciones no protegidas por condones masculinos, los convierte en un método asequible y eficaz de prevención contra el VIH.

Los estudios han demostrado repetidamente que el condón femenino tiene altos niveles de aceptabilidad. Algunas personas usuarias lo prefieren al condón masculino, al ofrecer mayor flexibilidad respecto al momento de ponérselo o quitárselo y brindar una sensación más natural. Sin embargo, muchos donantes y encargados de la elaboración de políticas siguen teniendo dudas de que exista una demanda suficiente. Pero los proyectos de condones femeninos revelan que existe una demanda significativa, aunque con frecuencia se ve suprimida intencionadamente, o menoscabada por la estigmatización y el agotamiento de existencias. Lo que se percibe como un problema de demanda es en realidad un problema de oferta. La ampliación en el acceso a los condones femeninos no se ve frenada por las personas usuarias, sino por factores que afectan a los primeros eslabones de la cadena de suministro: el dinero que donantes y gobiernos están dispuestos a invertir en la compra de condones femeninos, en el apoyo a programas de condones femeninos y en el desarrollo de condones femeninos de bajo costo.

¿Por qué no se actúa de manera coherente para facilitar el acceso a los condones femeninos? Las respuestas de donantes y encargados de política hacia el condón femenino se parecen mucho a las razones más habituales para no usar el condón masculino: respuestas motivadas por la ignorancia, las actitudes culturales, la negación, la "pobreza" y el conservadurismo. Pero además existen errores generales de falta de liderazgo, un inmenso sesgo de la financiación contra las formas existentes de prevención

primaria del VIH, no ampliación de los programas, y ausencia de inversión en estrategias para reducir el coste de los condones femeninos.

Desde luego que se han realizado algunos esfuerzos en los últimos 15 años, esfuerzos que se han visto ampliados a raíz del lanzamiento en el 2005 de la Iniciativa Mundial sobre el Condón Femenino del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El rápido crecimiento de las ventas y de la distribución gratuita en el puñado de países que se encuentran a la vanguardia de la programación sobre el condón femenino demuestra la enorme demanda no cubierta que existe. Pero queda mucho por hacer. En 2007, se fabricaron en el mundo unos 423 condones masculinos por cada condón femenino. Hoy los condones femeninos tienen un coste unitario 18 veces mayor que los masculinos.

Los niveles de inversión y programación necesarios para incrementar las opciones de condones femeninos disponibles, reducir los precios y ampliar la producción son del todo factibles. Mediante la acción conjunta, donantes, gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado pueden ponerse en marcha hacia el acceso universal a los condones femeninos. Los condones femeninos existen ahora, y los esfuerzos coordinados por hacerlos accesibles deben empezar ya.

## Recomendaciones

- 1 ONUSIDA y UNFPA, junto con donantes y agencias de desarrollo, deben brindar un liderazgo visible a nivel mundial para explotar el potencial del condón femenino como anticonceptivo y método de prevención contra las ITS, incluido el VIH. Deben hacer rigurosos esfuerzos de incidencia, priorizar recursos y establecer objetivos significativos para mejorar el acceso. El objetivo de corto plazo de incrementar la distribución del condón femenino a un cinco por ciento de la distribución total de condones es alcanzable y asequible, a un coste aproximado de 120 millones de dólares anuales a nivel global.<sup>1</sup>
- 2 Los organismos de la ONU (ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, UNICEF, OMS, OIT) y los donantes internacionales, incluido el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, deben promover el condón femenino en sus políticas de género y salud, y brindar ayuda concreta a organismos y gobiernos implementadores. Deben aumentar significativamente la inversión en condones femeninos, y UNITAID debería incluirlos en su cartera.
- 3 Gobiernos, donantes e inversores privados deben apoyar la investigación y desarrollo (I+D) sobre el condón femenino para crear opciones y reducir los precios. En el 2006, los donantes gastaron más de mil millones de dólares en desarrollar nuevas tecnologías para la prevención del VIH.<sup>2</sup> Una inversión de tan sólo 20 millones de dólares permitiría sacar al mercado nuevos condones femeninos. Las leyes de patentes no deberían frenar los esfuerzos por desarrollar condones femeninos nuevos y producir versiones genéricas asequibles, sobre todo las patentes que provienen de I+D financiada con fondos públicos. La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de los Estados Unidos debería reclasificar los condones femeninos de la Clase III (dispositivos de alto riesgo) a la Clase II, la misma utilizada para los

condones masculinos, y seguir exigiendo información adicional adecuada y pruebas de eficacia para diseños de condones novedosos.

- 4 Los gobiernos nacionales, las organizaciones de la sociedad civil y los inversores privados deben colaborar en la consecución de una programación exhaustiva, integral y de largo plazo sobre condones femeninos, poniéndolos al alcance de todas las mujeres y los hombres, dada su relevancia universal como anticonceptivo y método de prevención de las ITS.
- 5 Las organizaciones de la sociedad civil deben exigir a gobiernos y organismos internacionales que incluyan los condones femeninos en los programas de planificación familiar y prevención de enfermedades reproductivas (incluido el VIH), así como en los planes de financiación del Plan de Emergencia del Presidente de EEUU para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Fondo Mundial y UNITAID.

# 1 Introducción

*El mejor enfoque para la prevención del VIH es aquél que brinde mayor número de opciones. No hay una solución mágica para detener el VIH y SIDA – y nunca la habrá. Por tanto, los líderes mundiales tienen la obligación ética y moral de ofrecer a la población la más completa gama de opciones de prevención disponibles. En la actualidad, esto significa incluir el condón femenino como componente fundamental de los programas sobre VIH en todo el mundo...*

Mitchell Warren, Director Ejecutivo de la Coalición de Activistas Pro Vacuna contra el SIDA<sup>3</sup>

Desde el inicio de la pandemia del VIH, muchas niñas y mujeres han tenido enormes dificultades para protegerse de la infección, aún conociendo los modos de transmisión del VIH. El reconocimiento de las dificultades a las que han de enfrentarse las mujeres ha ido acompañado por compromisos verbales para abordar la feminización del SIDA, en parte mediante inversión en el desarrollo de nuevos métodos de iniciativa femenina para la prevención del VIH. Paralelamente, se ha dado una financiación sin precedentes, con cerca de 10.000 millones de dólares disponibles a nivel mundial para la respuesta al VIH en 2007, una cantidad 40 veces mayor que hace una década.<sup>4</sup>

Por increíble que parezca, durante los últimos 15 años el mundo ha desaprovechado la posible contribución de una tecnología existente, el condón femenino, para evitar tanto la transmisión del VIH como el embarazo no deseado.<sup>5</sup> Pese a los grandes avances logrados en la ampliación del acceso al tratamiento, los condones femeninos se han visto pasados por alto; en el mundo en desarrollo, una persona tiene muchas mayores posibilidades de acceder al tratamiento antirretroviral que a conseguir un suministro fiable de condones femeninos.<sup>6</sup> Mientras tanto, los esfuerzos de prevención van a la zaga de los progresos en la ampliación del acceso al tratamiento: por cada dos personas que reciben tratamiento antirretroviral se dan cinco nuevos casos de infección por el VIH.<sup>7</sup> Está claro que hay una necesidad urgente de hacer mejor uso de las tecnologías existentes de prevención del VIH. Aunque no existen datos globales sobre el gasto en condones femeninos, se calcula que la financiación total en 2007 fue de un 0,3 por ciento como máximo de la financiación total para la respuesta frente al VIH.<sup>8</sup>

Este informe analiza el incumplimiento del deber por parte de instituciones poderosas de ofrecer liderazgo en materia de condones femeninos y satisfacer las necesidades y demandas de la mujer con un esfuerzo coherente y proporcionado para hacer que sean

asequibles y de bajo coste. Es un caso claro de ignorancia, negación y el sesgo de los más poderosos a expensas de los derechos de la mujer.

#### **Cuadro 1: ¿Qué condón femenino utilizar?<sup>9</sup>**

Desde 1993 y hasta 2005, el único condón femenino disponible era el FC de la *Female Health Company* (conocido también como el FC1), fabricado de poliuretano con un anillo interior y otro exterior. El condón se desarrolló en parte con financiación pública. En la actualidad está siendo reemplazado por el FC2, que utiliza el mismo diseño pero un material más barato, el nitrilo, y métodos de producción también menos costosos. Dado que el FC1 y el FC2 son los únicos condones femeninos aprobados por la OMS para su adquisición por agencias de la ONU,<sup>10</sup> la *Female Health Company* disfruta de un monopolio y la mayoría de ensayos y programas pilotos utilizan sus productos. La *Female Health Company* es titular de una serie de patentes sobre el diseño del condón femenino FC, y empezó a obtener beneficios en 2006.<sup>11</sup> Sus ventas aumentaron desde 13,5 millones en 2005 hasta casi 26 millones en 2007, debido en gran parte al incremento de las adquisiciones por el UNFPA y otros donantes clave.

Existe otro condón femenino, el Reddy, fabricado por la empresa Medtech Products Ltd. de la India, que consta de una estructura externa triangular y una esponja interior para mantener la bolsa de látex en el interior de la vagina. Medtech desarrolló el condón sin fondos públicos. Su uso está autorizado en Europa y otros muchos países. Entre 2003 y 2007 se vendieron alrededor de 5 millones de unidades.<sup>12</sup> Aún no ha cumplido con todos los requisitos previos de la OMS y por tanto no está aprobada su adquisición por parte de las agencias de la ONU.

Un producto clave en desarrollo es el condón femenino de PATH [Programa de Tecnología Apropiada en Salud], que consta de una cápsula soluble parecida al tampón para una inserción más fácil, bolitas de espuma para mantener la bolsa de poliuretano en el interior de la vagina, un anillo exterior flexible y un lubricante aparte. Para el 2010 podría estar disponible en China, ya que PATH está buscando financiación para realizar pruebas y registrar el producto en este país y obtener su registro posteriormente a nivel internacional.

También la empresa belga Mediteam se encuentra en una etapa menos avanzada de desarrollo de un condón femenino de látex, parecido al condón masculino, pero menos ajustado y con un collarín plano y suave.

## 2 La urgencia en la disponibilidad de condones femeninos

*Aunque puede que tecnologías nuevas pero aún no probadas jueguen un papel importante en la prevención del VIH en el futuro, no se puede evaluar ahora su posible eficacia en la mitigación del impacto de la epidemia.... Entre tanto, las mujeres en situación de riesgo necesitan urgentemente un método de protección que puedan usar ya.*

Mantell et al (2008)<sup>13</sup>

### ¿Por qué es tan urgente el acceso?

#### **Las consecuencias de la transmisión del VIH**

En un principio, las infecciones por el VIH se dieron principalmente entre los hombres, pero mujeres y niñas suman hoy la mitad de todas las personas infectadas por el virus. En el África subsahariana, el 61 por ciento de las personas adultas y el 75 por ciento de las personas jóvenes infectadas por el VIH son mujeres.<sup>14</sup> En algunos países, el hecho de estar casada es un factor de riesgo de contraer el VIH.<sup>15</sup> Las consecuencias de la infección por el VIH también juegan en contra de mujeres y niñas, pues, además de ser las que más labores de cuidados realizan, tienen también mayores probabilidades de no asistir a la escuela, de sufrir violencia, perder el derecho a la propiedad y sufrir pobreza extrema a causa de la infección por el VIH.

A pesar de que la ampliación del tratamiento antirretroviral está ayudando a reducir el número de muertes por SIDA, sigue siendo una causa principal de mortalidad en todo el mundo. Se calcula que el año pasado la enfermedad provocó 2,1 millones de muertes, de las cuales tres cuartas partes se registraron en el África subsahariana, donde el SIDA es la principal causa de muerte.<sup>16</sup> La morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH tienen un enorme impacto en la vida de las personas e innumerables repercusiones negativas para familias, sociedades y economías debido a la presión a que se ven sometidos los servicios sociales, la reducción de la productividad y los altos índices de dependencia. Se necesita urgentemente invertir en prevención primaria para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH y poder así reducir también el crecimiento en el número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral.<sup>17</sup>

#### **Las consecuencias de la no disponibilidad de anticonceptivos<sup>18</sup>**

Pese a la gran diversidad de anticonceptivos eficaces que existen, la demanda no cubierta de anticonceptivos es enorme, especialmente en

los países en desarrollo. El UNFPA estima que hay en el mundo cerca de 200 millones de mujeres que desearían limitar o espaciar el número de hijos que tendrán, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo.<sup>19</sup>

La OMS calcula que más de un tercio de todos los embarazos en los países en desarrollo no son planificados, con las complicaciones que ello conlleva para los niños, para las mujeres y para las familias, además de para el crecimiento de la población. Una quinta parte de esos embarazos no planificados acaban en aborto, más de la mitad por medios inseguros. A nivel global, los abortos inseguros provocan la hospitalización de 5 millones de mujeres cada año, y representan el 13% de las muertes maternas. En el África subsahariana, la salud maternal sigue siendo, según las Naciones Unidas, 'un escándalo, con una probabilidad de 1 entre 16 de que una mujer muera por complicaciones en el embarazo o durante el parto en su vida, comparado con una probabilidad de 1 entre 3800 en los países desarrollados'.<sup>20</sup> Aunque la prevalencia global de métodos anticonceptivos ha aumentado lentamente, desde un 55 por ciento en 1990 hasta un 64 por ciento en 2005, en el África subsahariana sigue siendo de tan sólo un 21 por ciento. Si se cubriera la demanda no satisfecha de anticonceptivos, las muertes maternas podrían reducirse en casi un 25 por ciento.<sup>21</sup>

### **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>22</sup>**

¿Qué implicaciones tiene todo esto para los Objetivos de Desarrollo del Milenio? En cuanto al Objetivo 5, mejorar la salud materna, parece que únicamente las regiones de Asia Oriental y la Comunidad de Estados Independientes lograrán cumplir el objetivo de reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento para el 2015. Ninguna de las regiones alcanzará el indicador principal del Objetivo 6 de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH. En el África subsahariana tan sólo se cumplirá uno de los 18 indicadores de los ODM, un incremento en la vacunación contra el sarampión, aunque no se cumplirá el objetivo adicional de reducir la mortalidad infantil. En los países en desarrollo, y en especial en el África subsahariana, a la compleja mezcla de factores que arraigan la desigualdad de género, los altos índices de morbilidad y mortalidad, la pobreza extrema y la hambruna hay que añadir los embarazos no planificados y la infección por el VIH.

## ¿Qué ayuda aportaría el acceso a los condones femeninos?

Los condones, tanto masculinos como femeninos, son hoy la única tecnología disponible que brinda a las personas usuarias protección doble: frente al embarazo y frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Tienen además otras ventajas, como la ausencia de efectos secundarios,<sup>23</sup> el hecho de ser métodos anticonceptivos reversibles y el poderse utilizar sin necesidad de atención médica. Sin embargo, pese a que la promoción durante muchos años del condón masculino ha logrado un acceso generalizado a los mismos, los índices de infección por el VIH entre mujeres siguen en aumento. Por diversas razones, la aportación de condones femeninos junto a los condones masculinos podría ayudar a evitar la infección por el VIH y los embarazos no deseados, además de apoyar el empoderamiento de la mujer.

### **Los condones femeninos suelen ser iniciativa de la mujer**

Aunque algunas mujeres informan que usan los condones femeninos sin que sus parejas se den cuenta,<sup>24</sup> la mayoría tiene que negociar su uso. Muchas afirman que esto resulta más fácil que con el condón masculino porque:

- la iniciativa de uso es de ellas;
- tienen mayor dominio sobre el condón femenino;
- se lo pueden colocar ellas mismas (hasta ocho horas antes del coito);
- no necesitan el mismo grado de cooperación de sus parejas;
- pueden ‘trasladar’ el consentimiento de una ocasión a las siguientes, evitando así la negociación ‘en cada ocasión’ que se precisa con el condón masculino, especialmente en el momento preciso en que se debe colocar;
- saben que sus parejas seguramente prefieren transferirles la responsabilidad a ellas.<sup>25</sup>

Es evidente que esta ‘negociación’ se vuelve más fácil para las parejas que se sienten a gusto con el condón femenino, y su utilización puede convertirse en práctica habitual.

Los estudios cualitativos indican mayor sensación de poder para negociar sexo más seguro y mayor sensación de control y seguridad durante el coito entre las mujeres que usan condones femeninos,<sup>26</sup> y más aún si las mujeres han tenido acceso a los condones femeninos como parte de un proceso de empoderamiento. Como tal, los condones femeninos son una herramienta que puede ayudar al empoderamiento de la mujer.

Unos programas efectivos sobre el condón femenino ayudarían también a mujeres, hombres y profesionales de la salud a conseguir un mejor entendimiento del cuerpo de la mujer y mayor capacidad para hablar de la sexualidad y del sexo seguro.<sup>27</sup> Por tanto, una mayor promoción del condón femenino allanaría el camino a otros métodos de iniciativa femenina en la prevención del VIH, tales como microbicidas, una vez estén disponibles.

### **La disponibilidad de condones femeninos y masculinos conduce a más casos de sexo seguro y reduce la incidencia de las ITS**

La amplia experiencia en planificación familiar demuestra que al aumentar la opción de métodos disponibles aumenta también la aceptación, y se da una utilización más coherente y continuada de anticonceptivos, en parte porque las preferencias de la mujer respecto a métodos anticonceptivos varían a lo largo de su vida.<sup>28</sup> Lo mismo es cierto cuando hay disponibilidad de condones femeninos a la vez que de condones masculinos:<sup>29</sup>

- En un estudio realizado en Brasil, la proporción de relaciones sexuales con protección entre mujeres que optaron por usar el condón femenino además del masculino aumentó desde una línea de base del 33 por ciento hasta un 70 por ciento.<sup>30</sup>
- En pruebas realizadas en Estados Unidos, el índice de sexo con protección entre las mujeres que acudían a una clínica de ITS aumentó desde un 38 por ciento hasta un 66 por ciento a los seis meses aproximadamente de introducir los condones femeninos. Aunque el 10 por ciento de las participantes utilizaron únicamente los condones femeninos, la mayoría utilizaba una mezcla de condones masculinos y condones femeninos.<sup>31</sup>
- En un estudio realizado en Zimbabwe, un 27 por ciento de las mujeres casadas que utilizaban el condón femenino nunca antes habían utilizado un condón masculino, y un 20 por ciento de las mujeres que usaban habitualmente el condón femenino no habían utilizado antes de manera habitual el condón masculino.<sup>32</sup>

Un análisis reciente<sup>33</sup> de artículos y resúmenes sobre el condón femenino descubrió que:

- cinco estudios aleatorios sobre eficacia parecen apuntar fuertemente a las ventajas de la utilización del condón femenino para fomentar un mayor número de actos sexuales con protección;
- dos estudios muestran una prometedora disminución en la incidencia de ITS (24 por ciento<sup>34</sup> y 13 por ciento<sup>35</sup>) mediante la introducción de condones femeninos si se compara con la utilización únicamente de condones masculinos;

- diez estudios aportan información detallada sobre pautas de uso a largo plazo, muchas de las cuales parecen indicar que el condón femenino tiene mayores probabilidades de ser utilizado por mujeres que no utilizarían condones masculinos.

Los investigadores concluyeron que, pese a la escasez de datos disponibles, es evidente que la programación en torno al condón femenino es eficaz a la hora de aumentar la proporción de actos sexuales con protección y disminuir la incidencia de ITS.

### **La programación en torno al condón femenino es rentable**

Uno de los principales obstáculos para la promoción de los condones femeninos ha sido su precio. Hoy, el costo unitario es unas 18 veces superior al de los condones masculinos, pese a brindar un nivel de protección parecido.<sup>36</sup> En situaciones en que una pareja podría utilizar cualquiera de los dos, el condón masculino resulta claramente más rentable.

Sin embargo, los estudios demuestran que las personas usuarias no pasan de utilizar condones masculinos a utilizar condones femeninos, sino que a menudo emplean el condón femenino en situaciones donde de lo contrario no tendrían ningún tipo de protección. Por ejemplo, un proyecto con trabajadoras sexuales en Madagascar promovió en primera instancia los condones masculinos únicamente. La proporción de actos sexuales con protección aumentó de un 57 por ciento a un 78 por ciento. Tras la introducción de los condones femeninos, la cifra aumentó de nuevo hasta un 88 por ciento (mientras que la incidencia de ITS cayó en un 13 por ciento).<sup>37</sup> Los condones femeninos permitieron un 10 por ciento de protección adicional, probablemente entre clientes que se negaban a utilizar el condón masculino. Es este efecto adicional el que aporta rentabilidad a los condones femeninos frente a los masculinos, en situaciones donde resulta difícil aumentar aún más el uso de condones masculinos.

Un modelo matemático de ONUSIDA demuestra que el condón femenino es un método anticonceptivo y de prevención de ITS rentable en términos de años de vida ajustados por discapacidad y costes eludidos.<sup>38</sup> Dos estudios han analizado el coste de ampliar la programación sobre el condón femenino frente al ahorro en gastos de tratamiento debido a la reducción en infecciones por el VIH, llegando a la conclusión de que los beneficios superan los gastos y que la eficacia y la rentabilidad de la programación mejoran sustancialmente a medida que aumenta la programación.<sup>39</sup> Los resultados resultarían aún más contundentes si los estudios hubieran tenido en cuenta el coste total de la infección por el VIH, así como los beneficios del condón femenino para prevenir los embarazos no deseados.<sup>40</sup>

### **Los condones femeninos ya existen**

En la actualidad, la inversión en investigación y desarrollo sobre nuevos métodos de protección de iniciativa femenina frente al VIH se centra en vacunas, microbicidas y, en un menor grado, en métodos de barrera cervical. Todos estos métodos tienen la posible ventaja de brindar a la mujer un método de protección más discreto, en caso de querer ocultar su uso a su pareja. A diferencia de los condones, las vacunas y los microbicidas también aportan un medio de protección contra la infección por el VIH a aquellas mujeres que sí desean quedarse embarazadas. Pero el hecho de que puedan desarrollarse estos nuevos métodos de protección no debe socavar, sino reforzar, la urgente necesidad de condones femeninos:

- Ni las vacunas ni los microbicidas ni los métodos de barrera cervical se encuentran actualmente disponibles. Quizás alguno de ellos podría estar a disposición de la mujer para el 2014 como muy pronto, pero podrían tardar mucho más.<sup>41</sup> No resulta ético negar una tecnología probada (como son los condones masculinos y femeninos) mientras se espera el desarrollo de otra.
- Todos los métodos mencionados tendrán seguramente niveles más bajos de eficacia contra la infección por el VIH que los condones masculinos o femeninos.<sup>42</sup> Por tanto, es importante conseguir una amplia difusión de los condones masculinos y femeninos antes de introducir nuevos métodos, a fin de proteger el mayor número de actos sexuales posible por el método o combinación de métodos más eficaz.
- Las vacunas no evitarán los embarazos no deseados ni las infecciones por otras ITS; los microbicidas podrán actuar quizás también como métodos anticonceptivos, pero no es probable que brinden protección contra todas las ITS. Por ello, para la planificación familiar y la salud sexual se necesitarán tanto los métodos existentes como los de nuevo desarrollo.
- Además de su propio valor intrínseco para la salud y el empoderamiento de la mujer, una programación eficaz sobre condones femeninos ayudará en la introducción de otros métodos de iniciativa femenina una vez estén disponibles.

### 3 Dando voz a la demanda de condones femeninos

*Hay estudios, sabemos que las mujeres los usan, entonces, ¿por qué muchas veces se habla del condón femenino como un producto que no es fácil de usar? ¿Es simplemente una idea que tienen las personas? Estéticamente hablando, debo admitir que el condón femenino no es algo bonito. Pero eso no significa que haya que desechar el producto. ¿Acaso el condón masculino es algo bonito?*

Nilcéa Freira, Ministra, Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres, Gobierno de Brasil<sup>43</sup>

Pese a los resultados de las pruebas y del limitado uso de los condones femeninos, aún persisten dudas sobre esta tecnología. Este capítulo analiza la aceptación de los condones femeninos entre las personas usuarias y si existe o no una demanda para este tipo de condones.

#### Aceptación

Los estudios han demostrado reiteradamente unos altos niveles de aceptación del condón femenino; ya en 1997, un análisis realizado por la OMS de 41 estudios sobre el FC1 mostró niveles de aceptación que variaban del 41 por ciento al 95 por ciento.<sup>44</sup> Desde entonces se han realizado muchos estudios más. De hecho, en 2006 investigadores que analizaron 60 de tales estudios recomendaron que 'las investigaciones sobre el condón femenino debían pasar de analizar su aceptación a centrarse en la evaluación de su eficacia y la mejora del impacto del mismo en situaciones diversas'.<sup>45</sup>

Para algunas personas usuarias, los condones femeninos no sólo son aceptables, sino preferibles frente al condón masculino,<sup>46</sup> entre otras por las siguientes razones:

- Los condones femeninos ofrecen mayor flexibilidad con respecto a cuándo colocarlos y cuándo quitarlos.<sup>47</sup>
- Los condones femeninos sintéticos tienen una textura suave y húmeda, ofreciendo una sensación más natural durante el coito. Para los hombres, la sensación se parece más al sexo sin condón porque los condones femeninos no se ajustan al pene como sucede con los condones masculinos.<sup>48</sup>
- Muchas usuarias creen que los condones femeninos son más fuertes y por tanto más seguros que los condones masculinos, lo cual les ayuda a relajarse y disfrutar del sexo.

- Aunque los condones femeninos no fueron diseñados para el sexo anal, algunos hombres que tienen relaciones con otros hombres los prefieren a los condones masculinos.<sup>49</sup>
- A diferencia de los condones de látex, los condones femeninos sintéticos no sufren daños por los lubricantes oleosos ni se ven afectados por los cambios de temperatura y humedad, por lo que se pueden guardar con seguridad casi en cualquier lugar.
- Cuando los condones femeninos se comercializan al público en general como métodos anticonceptivos, no llevan el estigma de la promiscuidad asociada a los condones masculinos.

Sin embargo, como sucede con cualquier otro método anticonceptivo y de prevención del VIH, los condones femeninos no tienen una aceptación universal. Las percepciones negativas del mismo abarcan la idea de que fomentan la promiscuidad de la mujer, el temor de que el condón pueda perderse dentro de la vagina, rechazo respecto a la apariencia del producto, o desagrado durante su uso. Es más probable que se produzca un rechazo después del primer o segundo uso del mismo, pero la aceptación mejora sensiblemente si se presta apoyo sobre cómo usar el condón y cómo superar cualquier problema inicial que pudiera surgir.<sup>50</sup> También es importante hacer partícipes a los hombres en las campañas de promoción, ya que, a nivel global, el rechazo por parte del hombre es una razón clave de la no utilización del condón femenino, o de no persistir en su uso.<sup>51</sup>

Además, un diseño mejorado y más opciones con respecto a tipos de condones femeninos servirán para mejorar los índices de aceptación. Por ejemplo, en un estudio realizado en la India sobre el condón Reddy, mujeres y hombres casados calificaron con un 94,8 por ciento y un 94,5 por ciento, respectivamente, su utilización durante el coito en cuanto a comodidad o neutralidad del mismo. En un 97,4 por ciento de los casos de uso, afirmaron sentirse algo o muy satisfechos.<sup>52</sup> Los estudios sobre el condón femenino de PATH indican unos niveles de comodidad y satisfacción igualmente altos.<sup>53</sup>

#### **Cuadro 2: Comentarios de usuarios del condón femenino<sup>54</sup>**

'Me gusta el condón femenino, ya que a menudo tengo problemas para negociar sexo seguro con mi pareja. Con el condón femenino yo puedo asumir el control y me siento más segura.'

Mujer seropositiva, Australia

'Estoy tranquila y él ya no pelea conmigo cuando vamos a tener relaciones. Ya no tenemos que pelear porque no tengo que seguir pidiéndole que use el condón. Yo uso el mío.'

Mujer, Brasil

'Lo prefiero porque quien lo coloca soy yo. Confío en ellos más que en los condones masculinos (se me han roto varios) y puedo dejarlo puesto un tiempo después del coito sin preocuparme. Lo único que no me gusta de ellos es su precio.'

Mujer, Reino Unido

'Mi estrategia para el sexo seguro es la utilización del condón femenino, pues el control lo tengo yo... A veces mi esposo se quejaba... o venía con cualquier cuento para no usar el condón. Así que decidí usar el condón femenino.'

Mujer, Zimbabwe

'Al principio, no me gustaba. Me parecía espantoso, pero seguí usándolo para ver si me acostumbraba. Ahora me gusta.'

Trabajadora sexual, Brasil

'Las relaciones con un condón femenino son mucho mejores que con el condón masculino.'

Hombre, Estados Unidos

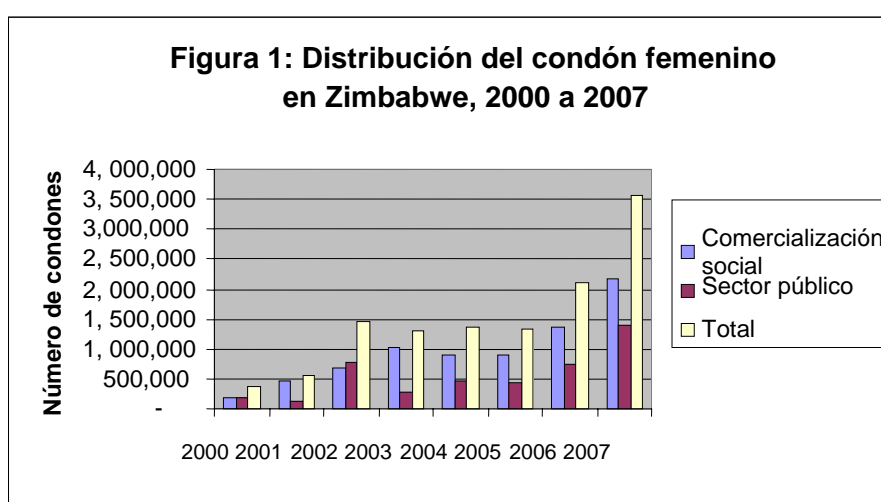
## Oferta y demanda

Las personas que han participado en programas sobre el condón femenino saben que hay demanda de estos condones, demanda que a veces supera enormemente sus pronósticos.<sup>55</sup> Pero sigue habiendo incertidumbre entre algunos encargados de la elaboración de políticas y donantes, que al ver la escasa cuota de mercado (apenas un 0,24 por ciento de condones son condones femeninos)<sup>56</sup> llegan a la conclusión de que la demanda no es suficiente. Esa conclusión no tiene justificación por las siguientes razones:

- No hay una estimación global de la demanda.<sup>57</sup>
- Es normal tener que crear una demanda para un producto nuevo, y más tratándose de un producto social envuelto en tabúes. La inmensa mayoría de posibles usuarias nunca ha visto un condón femenino, ni mucho menos usado uno.<sup>58</sup> Sus necesidades aún tienen que transformarse en demanda.
- Los antecedentes de desarrollos tecnológicos nos demuestran que son habituales tanto las dudas sobre el potencial de mercado, como un crecimiento inicial de la demanda bastante lento. Pasaron 17 años, por ejemplo, antes de que el tampón alcanzara una demanda razonable, pero hoy en día es un producto habitual utilizado por todo tipo de mujeres.<sup>59</sup>
- En muchos programas sobre condones femeninos, la demanda ha superado a la oferta y por tanto las personas usuarias no han podido conseguir el producto.<sup>60</sup> Esto tiene la consecuencia de minar la confianza en la programación sobre condones femeninos,

así como también en el propio producto, y afecta la demanda a largo plazo.

- Muchos proyectos suprimen la demanda de manera deliberada: se pide a las usuarias que utilicen el condón femenino únicamente en situaciones donde no puedan utilizar el condón masculino<sup>61</sup> o se les proporciona un número de condones femeninos mucho menor que de condones masculinos.<sup>62</sup>
- Muchos de los programas a pequeña escala sobre condones femeninos van dirigidos a las mujeres más vulnerables y por tanto no tienen la finalidad de crear una demanda entre la población en general. En muchos casos, este enfoque hacia las trabajadoras sexuales ha creado un estigma en torno a los condones femeninos, socavando así la demanda entre la población en general.<sup>63</sup>
- No hay programas a gran escala sobre condones femeninos que hayan intentado crear demanda entre todas las mujeres sexualmente activas. Por tanto, no hay instancias de una satisfacción plena de la demanda ni de buscar el nivel de saturación del mercado. Sin embargo, tal y como demuestra la Figura 1, sí existe una demanda no cubierta. En Zimbabwe, los condones femeninos se han comercializado bajo el nombre de *Funda Anticonceptiva Protectora* desde 1997. Pese a que la demanda ha ido aumentando a un ritmo constante, el incremento de la inversión a partir de 2005 ha supuesto un cambio masivo: las ventas crecieron un 52 por ciento en 2006 y un 58 por ciento en 2007 y la distribución en el sector público aumentó un 67 por ciento en 2006 y un 90 por ciento en 2007.<sup>64</sup>



**Fuente:** UNFPA (2008) “El derecho de mujeres y niñas a no contraer el VIH: condones femeninos, una poderosa herramienta de protección”, Informe de progreso 2006–2007 de FCI. Mayo.

Es evidente que la demanda va siempre ligada al precio. En la mayoría de programas sobre condones femeninos, el precio unitario está subvencionado; la demanda sería mucho menor si las personas usuarias tuvieran que pagar el precio real.

Sin embargo, dado que hay necesidad de condones femeninos, que éstos resultan aceptables para un número considerable de personas usuarias, y que es práctica habitual que el acceso a métodos anticonceptivos y de prevención del VIH esté subvencionado, el problema de la demanda debe reformularse como problema de oferta.

La ampliación en el acceso a los condones femeninos no se ve frenada por las personas usuarias, sino por factores que afectan a los primeros eslabones de la cadena de suministro. El problema principal es el dinero que donantes y gobiernos están dispuestos a invertir en la compra de condones femeninos, en el apoyo a programas de condones femeninos y en el desarrollo de condones femeninos de bajo costo.

## 4 La respuesta oficial

*ONUSIDA es muy consciente de que la aceptación del condón femenino no es un problema a nivel de la mujer: muchas mujeres lo prefieren a otros productos. Es más un problema de aceptación entre los encargados de la elaboración de políticas.*

Michael Bartos, Director, Unidad de Apoyo, Cuidados y Prevención, ONUSIDA<sup>65</sup>

Se han dado algunos esfuerzos por mejorar el acceso a los condones femeninos, y la oferta de los mismos se ha visto incrementada de forma sustancial en los últimos años, pero sigue siendo lamentablemente reducida, con tan sólo 26 millones en 2007 frente a los casi 11.000 millones de condones masculinos.<sup>66</sup> Es decir, un condón femenino por cada 423 condones masculinos.

### ¿Por qué este fracaso?

La respuesta de la ONU, la mayoría de gobiernos y muchas ONG ha reflejado las razones más habituales de no utilización de los condones masculinos: respuestas motivadas por la ignorancia, las actitudes culturales, la negación, la 'pobreza' y el conservadurismo.

#### **Ignorancia**

Muchos encargados de la elaboración de políticas están mal informados sobre los condones femeninos, basándose a menudo en estereotipos creados por los medios de comunicación en lugar de documentarse a través de estudios científicos. Tal como concluyó un análisis realizado: '[La] propia tecnología parece generar respuestas negativas iniciales en muchos donantes, responsables de programas y proveedores, quienes hacen caso omiso de unos estudios de aceptación más positivos y el puñado de programas realizados con éxito en algunos países'.<sup>67</sup>

#### **Cultura**

Aunque los encargados de la elaboración de políticas no menosprecian públicamente los condones femeninos, el prejuicio en su contra es en ocasiones explícito<sup>68</sup> y a menudo implícito en aquello que las organizaciones dejan de decir o hacer. La mayoría de las organizaciones carecen de liderazgo sobre el tema y no logran comprender que los condones femeninos forman parte esencial de la respuesta al VIH. En la propia USAID – uno de los donantes precursores en cuestión de condones femeninos – no existen directrices de política basadas en documentación fehaciente para sus distintas delegaciones, sino que las decisiones a nivel de país se

toman según las creencias y los valores personales de unas cuantas personas.<sup>69</sup>

### **Negación**

Las personas encargadas de la elaboración de políticas saben que la capacidad limitada de la mujer para negociar la utilización del condón masculino supone un problema, pero muchas se niegan a aceptar que el condón femenino ofrece algo más. A pesar de las ventajas indicadas en el capítulo 2, las más escépticas argumentan que no es más que un condón caro, que sigue precisando negociación. Ignoran a aquellos hombres a quienes no les gustan los condones masculinos y prefieren los condones femeninos. También hacen oídos sordos ante los testimonios de aquellas mujeres que consideran que los condones femeninos les brindan mayor poder para negociar un sexo seguro y una mayor sensación de control y seguridad. Lo que de hecho están negando es el derecho de la mujer a disponer de un método de protección por iniciativa propia y tener así un poco más de poder.

### **'Pobreza'**

Los condones femeninos son más caros que los condones masculinos y por ello en situaciones en que hay recursos limitados la decisión se convierte en una elección entre los dos.<sup>70</sup> La afirmación por cuanto los condones femeninos son demasiado caros es la razón más aceptada públicamente para no mejorar sustancialmente la disponibilidad de condones femeninos. Pero habida cuenta de la financiación de 10.000 millones de dólares para la respuesta al VIH aportada en 2007, esta supuesta 'pobreza' es en realidad un fracaso en la captación de fondos para los condones femeninos y para abordar la feminización del VIH. Para aquellas mujeres cuyas parejas se niegan a utilizar el condón masculino, el condón femenino representa su único método de protección. Tienen el derecho a protegerse.

### **Conservadurismo**

Pese a ser un producto acechado por numerosos problemas, el condón masculino y las controversias que lo rodean son muy conocidos. Promocionado durante muchos años, su utilización está muy extendida, incluyendo por los encargados de la toma de decisiones, y tiene el total beneplácito de ONUSIDA. Por el contrario, el condón femenino es un producto desconocido, su status es poco claro y por ende dudoso, y se utiliza menos.<sup>71</sup> El hecho de estar asociado a una parte 'invisible' del cuerpo femenino y a la toma de control por parte de la mujer de su cuerpo y de su sexualidad también causa cierto malestar psicológico en algunas personas.

## **Errores generalizados**

### **Falta de liderazgo**

Ha habido una carencia marcada de liderazgo respecto a los condones femeninos entre las agencias de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OMS) y la mayoría de agencias donantes (especialmente el Banco Mundial y el Fondo Mundial). Por ello, los esfuerzos globales para el desarrollo de los condones femeninos y la promoción de su uso han sido esporádicos y poco coordinados.

Un análisis de 36 discursos pronunciados por el director ejecutivo de ONUSIDA entre enero de 2006 y junio de 2008 revela únicamente tres menciones de los condones femeninos. Por contra, en la mitad de los discursos hizo referencia a microbicidas y vacunas, y en todos a excepción de dos hizo referencia al tratamiento.

La falta de liderazgo respecto a los condones femeninos es evidente también en la forma en que los condones femeninos se ven prácticamente obviados en algunos documentos de ONU,<sup>72</sup> mencionados casi de pasada en otros,<sup>73</sup> o simplemente incluidos en la frase 'condones femeninos y masculinos' sin hacer referencia alguna a los retos de la programación sobre el condón femenino.<sup>74</sup>

### **Ausencia de financiación para los condones femeninos**

Se desconoce cuánto dinero se ha dedicado al condón femenino, pero los analistas coinciden en que la financiación ha sido irregular, no sostenida e insuficiente.<sup>75</sup>

Un problema clave es el sesgo que existe en la financiación:

- Ha habido un incremento sin precedentes en la financiación para responder ante el VIH, pero los esfuerzos de prevención primaria reciben una atención del todo insuficiente.<sup>76</sup> Sigue habiendo un enorme déficit entre el número de condones que se necesitan, tanto masculinos como femeninos, y el número disponible.<sup>77</sup>
- En la financiación de investigación y desarrollo de métodos de prevención de iniciativa femenina, existe un prejuicio a favor de nuevos enfoques de alta tecnología, como son microbicidas y vacunas.<sup>78</sup> Tan sólo en 2006, entre donaciones públicas y filantrópicas se alcanzaron los 217 millones de dólares para el desarrollo de microbicidas y 776 millones de dólares para el desarrollo de vacunas.<sup>79</sup> Por contra, entre 1998 y 2008 estas mismas fuentes invirtieron un total de 6,48 millones de dólares en el desarrollo del condón femenino de PATH. El diseño de este condón quedó finalizado en 2004, pero el proceso de aprobación lleva ya un retraso de dos años por falta de financiación.<sup>80</sup>

### **Falta de ampliación de los programas sobre el condón femenino**

La mayoría de las intervenciones relativas al condón femenino se han realizado a corto plazo, ya que los donantes han preferido financiar ensayos, programas piloto y estudios en lugar de adoptar compromisos a largo plazo para mejorar la disponibilidad.<sup>81</sup> La calidad de los programas también ha supuesto un problema, y muchos países alegan que con frecuencia se agotan las existencias de condones femeninos, a veces por períodos prolongados.

Debida a esta inversión esporádica y limitada en programas sobre el condón femenino, la demanda de condones femeninos hasta hace poco había crecido muy lentamente, con escasa repercusión sobre el precio de los mismos. No obstante, los programas de comercialización social sí han logrado reducir el coste total del condón femenino (es decir, el coste del producto y del programa menos los ingresos generados).<sup>82</sup> Podrían generarse mayores ahorros mediante programas de condones femeninos a largo plazo integrados en los esfuerzos de planificación familiar y prevención del VIH.

### **Fracaso en la reducción del precio de los condones femeninos**

Pese a que el precio de los condones femeninos ha sido reconocido siempre como un problema de consideración, no se han perseguido de forma contundente las siguientes estrategias en un intento por reducir ese precio:

- crear demanda para reducir el costo unitario a través de las economías de escala de una mayor producción;
- invertir en nuevos diseños que sean menos costosos de fabricar o que sean reutilizables;<sup>83</sup>
- invertir en la producción de condones femeninos sin ánimo de lucro;
- promover la competencia en el mercado para reducir los precios de los proveedores (en especial, y para conseguir la entrada de nuevos productos en el mercado, la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de los Estados Unidos debería reclasificar los condones femeninos de la Clase III a la Clase II, la misma utilizada para los condones masculinos, aunque siga exigiendo información adicional adecuada y pruebas de eficacia para diseños de condones novedosos);<sup>84</sup>
- permitir versiones genéricas de los condones femeninos, en especial para los desarrollados a partir de investigación y desarrollo con fondos públicos.

### **Escasa presión política**

Comparado con las ruidosas demandas de acceso al tratamiento antirretroviral, la presión política para el acceso a los condones

femeninos ha sido casi inexistente. En parte, las mujeres y las ONG pueden haberse visto influidas por las mismas interpretaciones equivocadas y reacciones negativas que los donantes y encargados de la elaboración de políticas. Las mujeres están además menos habituadas a exigir cosas para ellas mismas y puede que teman verse tachadas de prostitutas si piden métodos para un sexo más seguro. Y está también el hecho de que los grupos de mujeres carecen de los recursos necesarios para abordar los numerosos problemas ligados a la injusticia y la desigualdad de género a que deben enfrentarse.

Hay algunos indicios de que la presión política va en aumento. En Sudáfrica, por ejemplo, el Programa de Empoderamiento de Víctimas de Thohoyandou está movilizando a grupos de la sociedad civil para exigir un mayor acceso a los condones femeninos. Si es necesario, demandarán al gobierno ante los tribunales por la escasa cantidad de condones femeninos que proporciona en comparación con condones masculinos, en base a la discriminación de género. La iniciativa de Oxfam (véase el Cuadro 3) también pretende conseguir un mayor acceso a los condones femeninos.

## Algunas acciones

No es cierto que no se haya conseguido avance alguno en los últimos 15 años. Las agencias de la ONU (principalmente el UNFPA), los donantes (en especial USAID, DFID, KfW, DANIDA y CIDA), los gobiernos (en particular Brasil, Sudáfrica, Zimbabwe y Ghana<sup>85</sup>) y las ONG han publicado documentos sobre los condones femeninos, organizado reuniones y consultas y financiado o apoyado el desarrollo, la formación, la promoción y la distribución de condones femeninos. Este informe no pretende hacer una relación de los logros conseguidos, pero sí indicar que se ha conseguido algún progreso.

En 2005, el UNFPA lanzó su Iniciativa Mundial sobre el Condón Femenino, cuyo objetivo es apoyar a los gobiernos para la ampliación de los programas de condones femeninos. La iniciativa promueve los condones femeninos como un método de protección doble que debería ser componente esencial de programas tanto de prevención del VIH como de salud reproductiva. En la actualidad participan en la iniciativa 47 países: 17 de África, 6 de Asia y 24 Estados del Caribe.<sup>86</sup> Pese a que el cambio positivo es evidente en algunos países, aún queda un largo camino por recorrer. Muchos programas tienen agotadas las existencias de condones femeninos, y la gestión de la cadena de suministro sigue siendo problemática incluso en los mejores programas.<sup>87</sup> El número de condones femeninos disponibles sigue siendo casi insignificante en comparación con el número de mujeres sexualmente activas, lo que hace que el condón femenino sea

un 'producto nicho' para unas cuantas mujeres en lugar de ser un producto de uso habitual para muchas.

**Cuadro 3: Programa de Acceso Universal al Condón Femenino (UAFC), iniciado por Oxfam**

Este programa es complementario a la Iniciativa Mundial sobre el Condón Femenino del UNFPA. Oxfam estableció el Consorcio del Condón Femenino junto con el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos, la Fundación para la Población Mundial e IDA Solutions.

El programa UAFC tiene tres componentes:

1. Inversión en investigación y desarrollo para reducir el coste unitario de los condones femeninos.
2. Programas a gran escala sobre el condón femenino en tres países africanos: Nigeria, Camerún y un tercer país (dependiendo de la financiación) para demostrar que es posible crear demanda, gestionar las cadenas de suministro y educar para conseguir un comportamiento sexual más seguro y el empoderamiento de la mujer.
3. Labores de incidencia a nivel internacional para conseguir una mayor inversión en condones femeninos, y crear vínculos y aprendizaje para conseguir programas más efectivos.

Por medio de estas tres estrategias, el consorcio tiene como objetivo hacer una verdadera contribución hacia el acceso universal a los condones femeninos en estos tres países y demostrar que los programas a gran escala sobre el condón femenino pueden funcionar. El programa cuenta con financiación del gobierno de los Países Bajos, DANIDA y la Fundación Hewlett. CIDA, NORAD y la Unión Europea han prometido aportar fondos.

## 5 Recomendaciones para el cambio

*El informe [sobre condones femeninos<sup>88</sup>] constituye una crítica hacia la posición del gobierno actual de Estados Unidos, aunque las mismas inquietudes pueden dirigirse también hacia otros actores importantes, entre ellos ONUSIDA y la OMS. Lo que en realidad hace falta es un compromiso de alto nivel que garantice un mayor esfuerzo de distribución dentro del sistema público de salud, un menor coste... y velar por que haya suficientes recursos disponibles para permitir la ampliación de programas y estrategias de promoción ... El hecho de que los ensayos recientes no hayan logrado demostrar la eficacia de nuevos productos microbicidas o del diafragma hace que la promoción del condón femenino como intervención capaz de salvar vidas sea más pertinente que nunca.*

Editorial, publicación *Lancet Infectious Diseases*, junio de 2008<sup>89</sup>

Es sintomático de la falta de liderazgo y de inversión con respecto a los condones femeninos el hecho de que, a 15 años de su invención, no haya:

- ninguna evaluación de la demanda global de condones femeninos;
- objetivos a nivel mundial para el suministro público de condones femeninos;
- una estimación de los fondos necesarios a nivel global para el suministro de condones femeninos;<sup>90</sup>
- una estimación global del número de casos de infecciones por el VIH y embarazos no deseados que se podrían evitar mediante el uso de condones femeninos;
- un portal de información de datos sobre ensayos y programas relativos al condón femenino;
- una campaña global dinámica a favor de los condones femeninos;
- una estrategia global para el desarrollo y la producción de condones femeninos de bajo coste.

Pero lo más importante es que la mayoría de las mujeres del mundo carecen de acceso a los condones femeninos. Esto puede y debe cambiarse, pasando de 15 años desperdiciados a la acción para conseguir el acceso a los condones femeninos.

<sup>1</sup>. ONUSIDA y UNFPA, junto con donantes y agencias de desarrollo, deben brindar un liderazgo visible a nivel mundial

para explotar el potencial del condón femenino como anticonceptivo y método de prevención contra las ITS, incluido el VIH. Deben hacer rigurosos esfuerzos de incidencia, priorizar recursos y establecer objetivos significativos para mejorar el acceso. El objetivo de corto plazo de incrementar la distribución del condón femenino a un cinco por ciento de la distribución total de condones es alcanzable y asequible, a un coste aproximado de 120 millones de dólares anuales a nivel global.<sup>91</sup>

2. Los organismos de la ONU (ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, UNICEF, OMS, OIT) y los donantes internacionales, incluido el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, deben promover el condón femenino en sus políticas de género y salud, y brindar ayuda concreta a organismos y gobiernos implementadores. Deben aumentar significativamente la inversión en condones femeninos, y UNITAID debería incluirlos en su cartera.
3. Gobiernos, donantes e inversores privados deben apoyar la investigación y desarrollo (I+D) sobre el condón femenino para crear opciones y reducir los precios. En el 2006, los donantes gastaron más de mil millones de dólares en desarrollar nuevas tecnologías para la prevención del VIH.<sup>92</sup> Una inversión de tan sólo 20 millones de dólares permitiría sacar al mercado nuevos condones femeninos. Las leyes de patentes no deberían frenar los esfuerzos por desarrollar condones femeninos nuevos y producir versiones genéricas asequibles, sobre todo aquellas patentes que provienen de I+D financiada con fondos públicos. La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de los Estados Unidos debería reclasificar los condones femeninos de la Clase III (dispositivos de alto riesgo) a la Clase II, la misma utilizada para los condones masculinos, y seguir exigiendo información adicional adecuada y pruebas de eficacia para diseños de condones novedosos.
4. Los gobiernos nacionales, las organizaciones de la sociedad civil y los inversores privados deben colaborar en la consecución de una programación exhaustiva, integral y de largo plazo sobre condones femeninos, poniéndolos al alcance de todas las mujeres y los hombres, dada su relevancia universal como anticonceptivo y método de prevención de las ITS.
5. Las organizaciones de la sociedad civil deben exigir a gobiernos y organismos internacionales que incluyan los condones femeninos en los programas de planificación familiar y prevención de enfermedades reproductivas (incluido el VIH), así como en los planes de financiación del Plan de Emergencia del Presidente de EEUU para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Fondo Mundial y UNITAID.

## Notas

Todas las páginas web (URL) mencionadas fueron consultadas por última vez en junio de 2008.

<sup>1</sup> Suponiendo que se distribuyen unos 11.000 millones de condones masculinos al año, 580 millones de condones femeninos equivaldrían al cinco por ciento del total. A un precio estimado de 22 céntimos de dólar por unidad, se obtiene un total de 127,6 millones de dólares; de esta cantidad se deducirían los adquiridos a título privado (en la actualidad, los organismos públicos adquieren cerca del 86 por ciento de la producción).

<sup>2</sup> HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2007) *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and other New Prevention Options: 2000 –2006*, [www.hivresourcetracking.org](http://www.hivresourcetracking.org).

<sup>3</sup> Comunicado de prensa de CHANGE (2008), 22 April, [www.preventionnow.net](http://www.preventionnow.net).

<sup>4</sup> [www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/ResourcesAndFunding/default.asp](http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/ResourcesAndFunding/default.asp).

<sup>5</sup> Por lo que a eficacia se refiere, la investigación demuestra que los condones femeninos FC1 y FC2 son comparables a otros métodos de barrera para la prevención del embarazo y las ITS, [www.unfpa.org/hiv/female.htm](http://www.unfpa.org/hiv/female.htm).

<sup>6</sup> A finales de 2007, cerca de un 31 por ciento de las personas de países en desarrollo que necesitaban tratamiento antirretroviral tenían acceso al mismo ([data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20080602\\_treatment\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20080602_treatment_report_en.pdf)). En cambio, en 2007 se distribuyeron aproximadamente 22 millones de condones femeninos a países menos desarrollados, con una población total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad cercana a los 1.400 millones ([esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2](http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2)). Esto quiere decir que un 1,6 por ciento de tales mujeres tuvieron acceso a un único condón femenino. Para que un 31 por ciento de las mujeres que los necesitaban tuvieran acceso a condones femeninos, habría que partir de unas suposiciones absurdas e incorrectas: como, por ejemplo, que sólo un uno por ciento de las mujeres necesitaban condones femeninos, y que el suministro de un año es de sólo cinco condones.

<sup>7</sup> ONUSIDA (2008) '*AIDS: exceptionalism revisited*', ponencia de Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, London School of Economics and Political Science, 15 de mayo, [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Esta es la estimación más baja con la que nos hemos encontrado a lo largo de la investigación realizada para este informe; la más alta es de seis nuevas infecciones por cada persona que recibe tratamiento (afirmación hecha por Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de EEUU, en la reunión de la Sociedad Internacional de SIDA de julio de 2007, [www.medicalnewstoday.com/articles/77589.php](http://www.medicalnewstoday.com/articles/77589.php)).

<sup>8</sup> Cálculo aproximado en base a: 25,6 millones de condones femeninos vendidos por la FHC en 2007, de los cuales el 86 por ciento fueron

---

adquiridos por el sector público (comunicación personal, Patrick Friel, 20 de junio de 2008), multiplicado por el coste total de \$1,37 (la cifra del PSI, 2005, de \$1,28 + inflación, citada en PATH y UNFPA 2005); cálculo favorable de los estudios de investigación de \$1,3m; gastos de personal no incluidos en el coste total, cálculo por exceso de 12 empleados a tiempo completo con un sueldo anual de 70.000 dólares cada uno. Total de \$32,8m comparado con el gasto total estimado para la respuesta al VIH en 2007 de \$10.000m.

<sup>9</sup> Los condones de la Female Health Company se venden bajo múltiples marcas, entre otras *Reality, Femidom, Dominique, Femy, Myfemy, Protectiv, Care, Confidorm* y *Velvet*, [www.femalehealth.com](http://www.femalehealth.com). El condón Reddy de Medtech se vende bajo las marcas *Reddy, V Amour, L'amour, VA WOW Feminine condom* y *Sutra*, entre otras, [www.medtechproducts.net](http://www.medtechproducts.net). PATH es una organización sin ánimo de lucro, que ha seguido un proceso de diseño guiado por las personas usuarias con la finalidad de desarrollar un condón femenino que tuviera alta aceptación entre ellas, [www.path.org](http://www.path.org). Mediteam no tiene página *web*; comunicación personal de Chantelle Couvreur de Mediteam a través de Rino Meyers de IDA Solutions, 5 de junio de 2008.

<sup>10</sup> Mecanismo que se ha puesto en marcha en tanto se desarrolle una norma internacional sobre condones femeninos, algo que llevará al menos otros dos años más. [who.int/reproductive-health/stis/female\\_condom.htm](http://who.int/reproductive-health/stis/female_condom.htm).

<sup>11</sup> Female Health Company (2007) '*The Distance Travelled*', Informe Annual de la Female Health Company 2006, [www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual](http://www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual). El FC2 de nitrilo ha permitido a la compañía reducir el precio para las agencias públicas de salud e incrementar su margen de beneficios brutos ('*The Female Health Company Reports 267% Increase in Second Quarter Earnings*', comunicado de prensa, 14 de mayo de 2008, [www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual](http://www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual)).

<sup>12</sup> Comunicación personal, Rino Meyers, IDA Solutions, 3 de julio de 2008.

<sup>13</sup> J.E. Mantell, Z.A. Stein, e I. Susser (2008) '*Women in the time of AIDS: barriers, bargains, and benefits*', *AIDS Education and Prevention* 20(2): 91–106.

<sup>14</sup> ONUSIDA y OMS (2007) '*Actualización de la epidemia del SIDA 2007*', [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

<sup>15</sup> ONUSIDA y OMS (2006) La '*Actualización de la epidemia del SIDA 2006*' informa que en Tailandia una elevada proporción de las nuevas infecciones se dieron entre grupos que se pensaban de bajo riesgo, siendo un tercio mujeres casadas, mientras que en Ghana, 'como en otros muchos países, el matrimonio parece ser un importante factor de riesgo para las mujeres... mientras que la movilidad es un factor de riesgo elevado para los hombres. Las mujeres casadas tenían una probabilidad de infección por el VIH tres veces mayor que las mujeres que no se hubieran casado nunca'..

<sup>16</sup> ONUSIDA y OMS (2007) *op.cit.*

<sup>17</sup> M. Over (2008) '*Prevention Failure: The Ballooning Entitlement Burden of US Global AIDS Treatment Spending and What to Do About It*', Center for

---

Global Development, Documento de Trabajo número 144, abril de 2008, [www.cgdev.org/content/publications/detail/15973](http://www.cgdev.org/content/publications/detail/15973).

<sup>18</sup> Todos los datos de este apartado tomados de Guttmacher/WHO (2007) '*Facts on Induced Abortion Worldwide*', [www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.html](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html).

<sup>19</sup> UNFPA (2007) '*Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention 2006*'.

<sup>20</sup> ONU (2007) 'Actualización sobre África y los Objetivos de Desarrollo del Milenio', [www.un.org/millenniumgoals/docs/MDGafrica07.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/docs/MDGafrica07.pdf).

<sup>21</sup> ONU (2007) 'Informe de 2007 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio', [mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/UNSD\\_MDG\\_Report\\_2007e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/UNSD_MDG_Report_2007e.pdf)

<sup>22</sup> Todos los datos de este apartado tomados de ONU (2007) 'Objetivos de Desarrollo del Milenio: Tabla de Progreso 2007', [mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/MDG\\_Report\\_2007\\_Progress\\_Chart\\_en.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/MDG_Report_2007_Progress_Chart_en.pdf).

<sup>23</sup> La excepción es que los condones de látex pueden causar alergia al látex de caucho natural. La incidencia de esta alergia no está clara. Los estudios realizados en el mundo occidental parecen indicar que entre un uno y un seis por ciento de la población puede ser sensible al látex de caucho natural, pero no todas las personas presentan síntomas ([www.hse.gov.uk/latex/about.htm](http://www.hse.gov.uk/latex/about.htm)). ONUSIDA cita una cifra del 8 por ciento (ONUSIDA (1997) 'El condón femenino y el SIDA', Punto de Vista, Colección de Mejores Prácticas, abril). Los condones masculinos no de látex se venden en algunos países en desarrollo, pero no son fáciles de conseguir a través de los sistemas de salud públicos.

<sup>24</sup> Por ejemplo, en un estudio el 13 por ciento de las mujeres informaron de que utilizaban el condón femenino sin que lo supiera su pareja sexual (D. Kerrigan, S. Mobley, N. Rutenberg, A. Fisher, y E. Weiss (2000) *The Female Condom: Dynamics of Use in Urban Zimbabwe*, Horizons, Population Council, [list.popcouncil.org/pdfs/horizons/fcz.pdf](http://list.popcouncil.org/pdfs/horizons/fcz.pdf)).

<sup>25</sup> En un estudio realizado en Sudáfrica, el 65 por ciento de usuarias de condones femeninos afirmó que era más fácil convencer a su pareja de utilizar un condón femenino que uno masculino, principalmente por la transferencia de responsabilidad (M. Beksinska, E. Marumo, J. Smit, y Z. Mabude (2005) '*Country Experiences from South Africa*', presentado ante la Consulta Global sobre Condones Femeninos celebrada en Baltimore en septiembre de 2005, [www.path.org/projects/womans\\_condom\\_gcfc2005.php](http://www.path.org/projects/womans_condom_gcfc2005.php)). Algunas personas se oponen a esta transferencia de responsabilidad del hombre a la mujer dado que el condón masculino es el único método anticonceptivo de iniciativa masculina. Sin embargo, muchas mujeres aducen lo contrario, pues prefieren tener el control sobre la protección de su propio cuerpo.

<sup>26</sup> A. Welbourn (2006) '*Sex Life and the Female Condom: Some Views of HIV Positive Women*', *Reproductive Health Matters* 14(28): 32-40; P.R. Telles Dias, K. Souto, y K. Page-Shafer (2006) '*Long-term Female Condom*

---

*Use Among Vulnerable Populations in Brazil*, *AIDS and Behavior* 10: S6–S75; S. Hoffman (2006) ‘*The Female Condom: Challenging Misconceptions About Acceptability and Use*’, presentado en el acto del Consejo Mundial de la Salud ‘Expanding Access to Female Condoms to Stem the Spread of HIV’ celebrado en Washington, DC el 14 de junio de 2006, [www.globalhealth.org/images/pdf/public\\_policy/hoffman\\_061406.pdf](http://www.globalhealth.org/images/pdf/public_policy/hoffman_061406.pdf).

<sup>27</sup> A. Kaler (2004) ‘*The future of female-controlled barrier methods for HIV prevention: female condoms and lessons learned*’, *Culture, Health & Sexuality* 6(6): 501–16; Hoffman (2006) *op.cit.*; Welbourn (2006) *op.cit.*.

<sup>28</sup> J.E. Mantell *et al.* (2008) *op.cit.*; A.L. Gray, J.A. Smit, N. Manzini, y M. Bekinska (2006) ‘*Systematic Review of Contraceptive Medicines: “Does Choice Make A Difference?”*’, RHRU, Universidad de Witwatersand, Sudáfrica, <http://mednet3.who.int/EML/expcom/expcom15/applications/sections/ContraChoiceReview.pdf>.

<sup>29</sup> ONUSIDA y OMS (1997) *El condón femenino, Pack informativo*, abril.

<sup>30</sup> R.M. Barbosa, S. Kalckmann, E. Berquo y Z. Stein (2007) ‘*Notes on the female condom: experiences in Brazil*’, *International Journal of STD & AIDS* 18: 261–6.

<sup>31</sup> ¡Aunque no a la vez! L. Artz, M. Macaluso, I. Brill, J. Kelaghan, H. Austin, M. Fleenor, L. Robey y E.W. Hook (2000) ‘*Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics*’, *American Journal of Public Health* 90(2): 237–44.

<sup>32</sup> Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*.

<sup>33</sup> G.Vijayakumar, Z. Mabude, J. Smit, M. Beksinska y M. Lurie (2006) ‘*A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence*’, *International Journal of STD and AIDS* 17(10): 652–9.

<sup>34</sup> A. Fontanet, J. Saba, V. Chandelying, C. Sakondhavat, P. Bhiraueus, S. Rugsapao, C. Chongsomchai, O. Kiriwat, S. Tovanabutra, L. Dally, J.M. Lange y W. Rojanapithayakorn (1998) ‘*Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomised controlled trial*’, *AIDS* 12 1851–9.

<sup>35</sup> T.H. Hoke, P.J. Feldblum, K. Van Damme, M.D. Nasution, T.W. Grey, E.L. Wong, L. Ralimamonjy, L. Raharimalala y A. Rasamindrakotroka (2007) ‘*Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers*’, *International Journal of STD & AIDS* 18(7): 461–6, [ijsa.rsmjournals.com/cgi/reprint/18/7/461](http://ijsa.rsmjournals.com/cgi/reprint/18/7/461).

<sup>36</sup> El precio actual para compras por UNFPA/ONUSIDA/OMS con finalidades de salud pública de la Female Health Company es de 55 céntimos de dólar (comunicación personal, Rino Mayers, IDA Solutions, 19 de junio de 2008) frente a un precio de unos 3 céntimos de dólar para el condón masculino. El condón Reddy puede comprarse a un precio de 45 céntimos de dólar (comunicación personal, Rino Mayers, IDA Solutions, 3 de julio de 2008).

<sup>37</sup> Hoke *et al.* (2007) *op.cit.*.

---

<sup>38</sup> ONUSIDA (1999) *Launching and Promoting the Female Condom in Eastern and Southern Africa*, Colección de Mejores Prácticas de ONUSIDA, mayo, [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

<sup>39</sup> E. Marseille, J. Kahn, K. Billinghamurst, y J. Saba (2001) 'Cost effectiveness of the female condom in preventing HIV and STDs in commercial sex workers in rural South Africa', *Social Science and Medicine*, 52: 135–48; D. Dowdy, M.D. Sweat, D.R. Holtgrave (2006) 'Country-wide distribution of the nitrile female condom (FC2) in Brazil and South Africa: a cost-effectiveness analysis', *AIDS* 20 (16) 2091–8, [www.aidsonline.com](http://www.aidsonline.com). El estudio de 2006 demostró un ahorro menos contundente, pero únicamente tenía en cuenta el coste del tratamiento antirretroviral, sin incluir el coste de otros tratamientos asociados con el VIH, como la hospitalización, y de otras ITS. Todos los estudios de este tipo dependen enormemente de las muchas suposiciones de partida respecto de los parámetros utilizados, incluida la fluctuación de precios de tratamientos y condones.

<sup>40</sup> Kaler (2004) *op.cit.*.

<sup>41</sup> El público en general dispondrá de un microbicida como muy pronto dentro de cinco años ([www.global-campaign.org/about\\_microbicides.htm](http://www.global-campaign.org/about_microbicides.htm)). Una vacuna tardará mucho más: en una encuesta reciente, casi dos tercios de los científicos que trabajan sobre el SIDA indicaron que se tardarían más de diez años ([www.independent.co.uk/news/science/is-it-time-to-give-up-the-search-for-an-aids-vaccine-814737.html](http://www.independent.co.uk/news/science/is-it-time-to-give-up-the-search-for-an-aids-vaccine-814737.html)).

<sup>42</sup> Los condones masculinos y femeninos tienen una efectividad de alrededor de un 95 por ciento cuando se utilizan correcta y habitualmente. La Iniciativa Internacional Pro Vacuna para el SIDA afirma que 'incluso una vez recibida la vacuna, seguirá siendo necesario que las personas tomen otras medidas de prevención (como por ejemplo mediante la utilización de condones y microbicidas)' ([www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=1685](http://www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=1685)), y la ([www.global-campaign.org/more\\_microbicides.htm](http://www.global-campaign.org/more_microbicides.htm)).

<sup>43</sup> Comunicación personal, 6 de junio de 2008.

<sup>44</sup> ONUSIDA y OMS (1997) *op.cit.*.

<sup>45</sup> Vijayakumar *et al.* (2006) *op.cit.*.

<sup>46</sup> Datos de estos párrafos tomados de: Telles Dias *et al.* (2006) *op.cit.*; Mantell *et al.* (2008) *op.cit.*; M. Skaer y V. Ebin (2006) *In Our Own Hands: SWAA-Ghana Champions of the Female Condom*, [www.popcouncil.org/pdfs/qcq/QCQ17.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/qcq/QCQ17.pdf); Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*; ONUSIDA y OMS (1997) *op.cit.*; e información de la Female Health Company, [www.femalehealth.com](http://www.femalehealth.com).

<sup>47</sup> La utilización del condón masculino requiere una erección, de manera que sólo puede utilizarse durante el coito, mientras que los condones femeninos pueden colocarse hasta ocho horas antes. Esto significa que no se interrumpe la actividad sexual anterior al coito, y evita tener que volver a negociar, con el posible conflicto que esto conlleva, cuando la mujer le pida a su pareja que pare un momento para ponerse el condón masculino. Esto también evita la necesidad de tener que tomar decisiones arriesgadas en el 'fervor del momento'. Además, con el condón masculino, la penetración lleva a la eyaculación, tras la cual el hombre debe retirarse si no quiere

---

correr el riesgo de que se suelte el condón. Con los condones femeninos, el proceso no es tan estricto, ya que no es necesario mantener la erección para que el condón se mantenga en su sitio. A la penetración pueden añadirse otros juegos sexuales. Tras la eyaculación, la pareja puede permanecer junta si así lo quiere, sin necesidad de separarse inmediatamente después del orgasmo masculino.

<sup>48</sup> Además, algunos hombres y mujeres obtienen una mayor estimulación sexual de los anillos interior y exterior del FC1 y el FC2, lo que puede hacer que el coito con el condón femenino sea más placentero que el coito sin protección.

<sup>49</sup> En un estudio, el 21 por ciento de parejas receptivas y el 26 por ciento de parejas insertivas preferían el FC1 al condón masculino para mantener relaciones íntimas con una persona de condición VIH desconocida. Esta cifra subió a un 60 por ciento para parejas insertivas VIH positivas que mantenían relaciones íntimas con una pareja VIH negativa. (C. Renzia, S.R. Tabet, J.A. Stucky, N. Eaton, A.S. Coletti, C.M. Surawicz, S.N. Agoff, P.J. Heagerty, M.Grosse y C.L. Celuma (2003) '*Safety and acceptability of the Reality™ condom for anal sex among men who have sex with men*', *AIDS* 18(5): 727–31, [www.aidsonline.com](http://www.aidsonline.com)).

<sup>50</sup> En un estudio realizado en Brasil, menos de un 20 por ciento de usuarias del condón femenino adoptaron este método sin problemas en un principio, pero todas lo adoptaron tras recibir el apoyo necesario para superar los problemas iniciales (Telles Dias *et al.* 2006 *op.cit.*). Las participantes indicaron que los aspectos siguientes influyeron en su aceptación y posterior utilización del condón femenino: (1) practicar la inserción del condón sobre un modelo de la pelvis; (2) información respecto a que seguramente necesitarían un periodo para habituarse al mismo, durante el cual es normal tener dificultades; (3) que se alentara la utilización del dispositivo, incluida información sobre sus ventajas; (4) testimonios de otras personas a quienes les gustó y que adoptaron el método; (5) estrategias de aprendizaje para negociar la utilización del condón con la pareja; (6) información sobre la anatomía genital femenina; y (7) información sobre las ITS. En otra prueba, las usuarias de condones femeninos informaron de problemas iniciales por desplazamiento en un diez por ciento de casos de uso, pero estos problemas se habían reducido a cero (de 129 casos) a la finalización de la prueba (Fontanet *et al.* (1998) *op.cit.*).

<sup>51</sup> Hoffman (2008) *op.cit.*, que cita otros cuatro estudios.

<sup>52</sup> Prastut Consulting (2007) '*Product Usage Study Report, Natural Latex Female Condom*', 12 de abril, [inspiral.tv/imglib/VA-Standalone\\_study\\_Analysis\\_and\\_report.pdf](http://inspiral.tv/imglib/VA-Standalone_study_Analysis_and_report.pdf)

<sup>53</sup> De las pruebas realizadas, PATH informa que más del 90 por ciento de las parejas estaban satisfechas con el condón, por la facilidad de uso, su estabilidad, confort y sensaciones habidas. El noventa y ocho por ciento de las mujeres y el 99 por ciento de los hombres opinaron que las sensaciones durante el coito eran de adecuadas a muy satisfactorias: [www.path.org/files/TS\\_update\\_womans\\_condom.pdf](http://www.path.org/files/TS_update_womans_condom.pdf).

<sup>54</sup> Citas de: Welbourn (2006) *op.cit.*; Telles Dias *et al.* (2006) *op.cit.*; ZWRN (sin fecha): '*I' Stories of Women Living with HIV and AIDS: Sexual*

---

*Rights and Access to Treatment among HIV Positive Women in Zimbabwe*, Zimbabwe Women's Resource Centre and Network. Las citas del Reino Unido y EEUU recopiladas de comunicaciones personales.

<sup>55</sup> Por ejemplo, el PSI en Zimbabwe proyectó en un principio que se venderían 4.000 condones femeninos mensuales, pero vendió una media de casi 19.000 mensuales durante los cuatro primeros meses, cifra que luego se redujo hasta una media de más de 13.000 mensuales en los 25 meses siguientes (Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*).

<sup>56</sup> En 2007, a nivel mundial se distribuyeron unos 26 millones de condones femeninos, frente a unos 11.000 millones de condones masculinos (CHANGE (2008) *op.cit.*).

<sup>57</sup> CHANGE intentó buscar una estimación global de la demanda de condones femeninos, con la finalidad de presionar a USAID para que financiara la parte que le correspondiera para cubrir esa demanda. Pero no fueron capaces de encontrar una estimación de dicha demanda (comunicación personal, Lauren Sisson, CHANGE, 5 de mayo de 2008). La ausencia de esta estimación fue confirmada por Bidia Deperthes de UNFPA (comunicación personal, 17 de junio de 2008).

<sup>58</sup> Por ejemplo, en una investigación de mercado realizada en Ghana, el 60 por ciento de personas encuestadas nunca habían oído hablar del condón femenino, y tan sólo un 0,4 por ciento lo había utilizado alguna vez (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*).

<sup>59</sup> M. Latka (2001) '*Female-initiated barrier methods for the prevention of STI/HIV: Where are we now? Where should we go?*', *Journal of Urban Health* 78 (4) 571–80.

<sup>60</sup> SWAA Cameroon (comunicación de Adrienne Germaine), Ghana (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*), y Tanzania y Malawi (Fundación para la Población Mundial y Oxfam Novib (2007) '*A Matter of Choice Rather than Noise*', informe de una reunión internacional sobre el condón femenino, 12 a 14 de septiembre de 2007, Oegstgeest, Países Bajos, disponible en la página de recursos de [www.preventionnow.net](http://www.preventionnow.net)).

<sup>61</sup> Por ejemplo, en Fontanet *et al.* (1998) *op.cit.*, se pidió a las trabajadoras sexuales que propusieran la utilización del condón masculino, y que únicamente utilizaran el condón femenino si el cliente se negaba a ello. Este enfoque resulta el más rentable.

<sup>62</sup> En un estudio realizado en Zambia, se ofreció asesoría a las parejas respecto a las ventajas de la utilización del condón, pero se les proporcionaron únicamente diez condones femeninos frente a 60 condones masculinos en cada visita a la clínica. Pese a que los condones femeninos representaron tan sólo un 14 por ciento de los condones que tenían a disposición, las parejas informaron que los utilizaron en cerca de un 24 por ciento de las relaciones sexuales que mantuvieron en 12 meses; es posible que su utilización hubiera sido mayor si el número proporcionado no fuera tan limitado. Este hecho no se menciona en el estudio, ni en ninguna de las citas o de los análisis del mismo. (E. Musaba, C.S. Morrison, M.R. Sunkutu, y E.L. Wong (1998) '*Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia*', *Sexually Transmitted Diseases* 25(5): 260–4, [www.stdjournal.com](http://www.stdjournal.com)).

---

<sup>63</sup> Fundación para la Población Mundial y Oxfam Novib (2007) *op.cit.*

<sup>64</sup> UNFPA (2008) *op.cit.*

<sup>65</sup> Fundación para la Población Mundial y Oxfam Novib (2007) *op.cit.*

<sup>66</sup> CHANGE (2008) *op.cit.*

<sup>67</sup> G.F. Brown, V. Raghavendran y S. Walker (2007) '*Planning for Microbicide Access in Developing Countries: Lessons from the Introduction of Contraceptive Technologies*', International Partnership for Microbicides, julio de 2007, ipm-microbicides.org/pdfs/english/ipm\_publications/2007/ipm\_rh\_paper\_en\_20070730v6.pdf.

<sup>68</sup> Por ejemplo, el sitio *web* de Aidsmap ([www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com), consultado el 5 de junio de 2008) tiene tres párrafos sobre métodos de sexo seguros controlados por la mujer. El primero aporta el contexto. El segundo afirma que el condón femenino es el primer producto en dar mayor control a las mujeres, pero a esta afirmación siguen cuatro opiniones negativas. La última de estas opiniones – que un hombre puede introducir el pene deliberadamente en la vagina a un lado del condón sin que la mujer lo sepa – no es un problema que haya surgido en los ensayos. El tercer párrafo se centra en los microbicidas, con dos comentarios positivos, entre ellos el que posiblemente tienen la ventaja de proteger frente a las ITS.

<sup>69</sup> Una conclusión clave de investigaciones recientes sobre el rol de USAID en el fomento de condones femeninos afirmaba que 'las agencias de los EEUU responsables de la programación y adquisición de condones femeninos carecen de políticas que fomenten la integración de los condones femeninos en los programas de prevención del VIH y planificación familiar. El que los EEUU adquieran condones femeninos en un país concreto depende enormemente de los prejuicios personales de los empleados en las distintas delegaciones de USAID' (CHANGE (2008) *op.cit.*). El informe menciona también que la falta de directrices de política concreta sobre condones femeninos afecta a agencias que reciben financiación de los EEUU, como por ejemplo Population Services International (PSI); a pesar de que PSI es uno de los mayores distribuidores de condones femeninos, estos condones siguen siendo un producto marginal en su red, y la programación sobre los mismos depende de la presencia de 'campeones' del condón femenino en cada una de sus oficinas.

<sup>70</sup> Por ejemplo, en una conferencia en línea en mayo de 2008 sobre condones femeninos, una persona participante de Uganda afirmó: '...los condones femeninos son bastante caros, sobre todo para países de escasos ingresos donde los fondos para la adquisición y promoción de condones tienen que pedirse como donación de socios para el desarrollo o donantes. A veces tenemos que hacer una elección y convencernos a nosotros mismos que sería más rentable adquirir 2 millones de condones masculinos que 100.000 condones femeninos.' Esta participante afirmó también que preferiría no tener que elegir, sino proporcionar acceso a ambos. Lo que está claro es que esta elección rara vez se aplica a otras esferas distintas de las de los condones, por ejemplo, para comparar la adquisición de condones femeninos con la compra de cazabombarderos.

---

<sup>71</sup> El conservadurismo también está patente en el sesgo de proveedores. En la prevención del VIH, el personal suele preferir la promoción del condón masculino. El personal de planificación familiar prefiere métodos anticonceptivos orales 100 por cien eficaces que las estrategias de reducción de riesgo (Kaler (2004) *op.cit.*).

<sup>72</sup> Por ejemplo, una declaración conjunta de la OMS, ONUSIDA y UNFPA titulada '*Position Statement on Condoms and HIV Prevention* (julio de 2004)' comienza diciendo: 'El condón masculino de látex es la única y más eficaz tecnología disponible para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones sexualmente transmitidas'. Pero el condón femenino es tan eficaz como el masculino. El documento incluye 38 referencias a 'condones', pero sólo una a 'condones femeninos': 'Los condones femeninos pueden aportar a la mujer un mayor control para su protección', [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/343\\_filename\\_Condom\\_statement.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/343_filename_Condom_statement.pdf)

<sup>73</sup> Cuando fue consultada el 29 de abril de 2006, una página *web* de ONUSIDA comenzaba con la misma frase que la nota anterior, pero añadía: 'Junto con el condón femenino, [el condón masculino] es el elemento fundamental de las estrategias exhaustivas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH'. No obstante, durante los trabajos de investigación para este informe, se encontró que la página había sido actualizada, pasando a decir: 'El condón masculino de látex es la tecnología más eficaz y fácilmente disponible para la reducción de la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La disponibilidad del condón femenino es cada vez mayor y tiene la misma eficacia en la reducción de la transmisión sexual del VIH. Los condones han jugado un importante papel en los esfuerzos por la prevención del VIH en muchos países. Tanto los condones masculinos como femeninos son un elemento fundamental de las estrategias exhaustivas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH,' [www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/Condoms/default.asp](http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/Condoms/default.asp).

<sup>74</sup> Por ejemplo, la publicación de ONUSIDA, 2007 '*Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: hacia el acceso universal*' hace mención en todo el documento a 'condones masculinos y femeninos' pero no presta especial atención a los retos de ampliar el acceso a los condones femeninos, a pesar de los problemas conocidos respecto a las percepciones negativas, coste de suministro, la necesidad de formar a proveedores de salud, etc.

<sup>75</sup> Brown *et al.* (2007) *op.cit.*; CHANGE (2008) *op.cit.*. Mantell *et al.* (2008) *op.cit.* no encontraron datos de inversión global en la investigación y desarrollo de condones femeninos; también resulta difícil encontrar datos sobre inversión en adquisición y programación porque muchos donantes aportan apoyo a través de fondos no dirigidos.

<sup>76</sup> Over (2008) *op.cit.* Tal y como afirmó Peter Piot recientemente en su discurso ante la Reunión de Implementadores: 'En primer lugar, tenemos que trabajar más en la prevención. Aunque en algunos países se están dando por primera vez menor número de infecciones nuevas, la mayoría de respuestas ante el SIDA siguen prestando una atención demasiado escasa a la prevención del VIH... Uno de los problemas es la falta de demanda. Imaginen qué sucedería si hubiera una fuerte movilización - como por

---

ejemplo la de la campaña de Acción para el Tratamiento (TAC) en Sudáfrica – también para la prevención del VIH'. (UNAIDS (2008) 'Opening Speech at the Implementers Meeting', Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, Kampala, 3 de junio de 2008, [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

<sup>77</sup> Para el 2006, UNFPA estimó que se necesitaban 18.000 millones de condones, y había disponibles unos 11.400 millones (UNFPA (2007) *op.cit.*).

<sup>78</sup> Por ejemplo, en el Día Mundial del SIDA 2004, Peter Piot de ONUSIDA dijo (énfasis de la autora): 'Para revertir estas desigualdades, debemos centrar la atención y los recursos en incrementar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento para mujeres. Debemos hacer que los condones femeninos sean fácilmente accesibles en más lugares del mundo. *Y más urgente aun* es la necesidad de invertir en un microbicida que las mujeres puedan utilizar con confianza y de manera confidencial para protegerse del VIH', [data.unaids.org/Media/Speeches02/sp\\_piot\\_wad2004\\_01dec04\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Media/Speeches02/sp_piot_wad2004_01dec04_en.pdf).

<sup>79</sup> HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2007) *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and other New Prevention Options: 2000 –2006*, [www.hivresourcetracking.org](http://www.hivresourcetracking.org).

<sup>80</sup> Comunicación personal, Joanie Robertson, PATH, 14 May 2008.

<sup>81</sup> Kaler (2004) *op.cit.* afirma '...la inversión en una extensa ampliación de actividades resulta fundamental, como lo es también ir más allá de los estudios piloto y de aceptación... Por desgracia, puede parecer más seguro invertir en numerosos ensayos poco sistemática que dar el paso hacia la ampliación, pero el impacto para la salud pública de los ensayos de aceptación es insignificante'.

<sup>82</sup> PATH y UNFPA (2006) *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*, [www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=298](http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=298). El coste total por cada condón femenino en programas de PSI fue de 2,96 dólares en 2000, bajando hasta 1,28 dólares en 2005.

<sup>83</sup> A excepción del desarrollo del FC2 por parte de la Female Health Company, que significó una reducción en el precio de alrededor del 30 por ciento en comparación con el FC1. Con respecto a la reutilización, la OMS financió varios estudios del FC1 y publicó protocolos para ayudar en la reducción de riesgo, pero nunca llegó a recomendar la reutilización del FC1. Los estudios demostraron que podía ser lavado, lubricado de nuevo y reutilizado hasta siete veces sin que se viera dañada su integridad estructural: [www.who.int/reproductive-health/stis/reuse.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/stis/reuse.en.html).

<sup>84</sup> PATH y UNFPA (2006) *op.cit.* En la actualidad, la FDA clasifica los condones femeninos en la Clase III, la misma categoría que marcapasos y demás dispositivos invasivos necesarios para apoyar o sustentar la vida y que conllevan un riesgo alto o poco razonable de enfermedad o daño al paciente (Williams ED (2007) *The Medical Device Approval Process and Related Legislative Issues*, Informe del CRS para el Congreso, actualizado el 12 de julio de 2007). Esto significa que los ensayos clínicos son muy caros, un serio elemento disuasorio para los fabricantes que también ha afectado la mejora del producto: la Female Health Company únicamente modificó el material utilizado en el FC2 y no su diseño, para reducir en lo

---

posible el tiempo y el coste del proceso de aprobación. Se precisa además la aprobación del FDA para adquisiciones por USAID, y por tanto USAID en la actualidad compra el FC1, más caro, pues el FC2 aún no cuenta con la aprobación del FDA. Los condones masculinos están clasificados en la Clase II, dispositivos que conllevan un riesgo moderado para los pacientes, que no afrontan los mismos obstáculos para su registro.

<sup>85</sup> Ver M. Warren y A. Philpott (2003) '*Expanding Safer Sex Options: Introducing the Female Condom into National Programs*', *Reproductive Health Matters* 11(21): 130–39, que aporta un análisis de las características de estos programas de vanguardia.

<sup>86</sup> A mayo de 2008, estos países son Botswana, Burkina Faso, Costa de Marfil, Etiopía, Isla Mauricio, Liberia, Malawi, Mauritania, Mozambique, Nigeria, República Centroafricana, RD Congo, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Zambia, Zimbabwe, Camboya, India, Mongolia, Myanmar, Papua Nueva Guinea, RP Laos, Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Belice, Bermudas, Bonaire, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Isla de San Martín, Islas Caimán, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nevis, San Eustaquio, Santa Lucía, San Vicente, Surinam, Tórtola, Trinidad y Tobago, Turcos y Caicos (UNFPA (2008) *op.cit.*).

<sup>87</sup> SWAA Camerún (comunicación de Adrienne Germaine), Ghana (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*), y Tanzania y Malawi (Fundación para la Población Mundial y Oxfam Novib (2007) *op.cit.*).

<sup>88</sup> CHANGE (2008) *op.cit.*

<sup>89</sup> *The Lancet Infectious Diseases* 8(6): 343, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) (se necesita una inscripción gratuita para acceder a los documentos).

<sup>90</sup> Comunicación personal, Bidia Deperthes, UNFPA, 16 de junio de 2008.

<sup>91</sup> Suponiendo que se distribuyen unos 11.000 millones de condones masculinos al año, 580 millones de condones femeninos equivaldrían al cinco por ciento del total. A un precio estimado de 22 céntimos de dólar por unidad, se obtiene un total de 127,6 millones de dólares; de esta cantidad se deducirían los adquiridos a título privado (en la actualidad, los organismos públicos adquieren cerca del 86 por ciento de la producción).

<sup>92</sup> HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (2007) *Building a Comprehensive Response: Funding for HIV Vaccines, Microbicides and other New Prevention Options: 2000 –2006*, [www.hivresourcetracking.org](http://www.hivresourcetracking.org).

© Oxfam Internacional, agosto de 2008

Este documento fue elaborado por Sue Holden. Oxfam agradece la colaboración de Anny Peters, Lauren Sisson, Susie Hoffman, Dan Resnic, Joanie Robertson, Wendi Losha Bernadette, Fiona Nicholson, Daisy Nyamukapa, Bidia Deperthes, Amy Kaler, Jo Mantell, Alice Welbourn, Maggie Usher-Patel, Mags Beksinska, Yvonne Bogaarts, Rino Meyers, Lucy Idoko, Nilcéa Freira, Rohit Malpani, Nicole Gray, Celine Charveriat, Esmé Berkhout, Mark Fried, Patrick Friel, Victoria Harnett, Claire Harvey, Mohga Kamal-Yanni y Moniek Wester Keegstra en su preparación. Forma parte de una serie de documentos escritos para contribuir al debate público sobre política humanitaria y desarrollo.

El texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del *copyright* requiere que todo uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. Para la reproducción del texto en otras circunstancias, o para uso en otras publicaciones, o en traducciones o adaptaciones, debe solicitarse permiso y puede requerir el pago de una tasa. Correo electrónico: [publish@oxfam.org.uk](mailto:publish@oxfam.org.uk).

Para más información sobre los temas tratados en este documento escriba a [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org).

La información contenida en este documento es correcta en el momento de su publicación.



**Oxfam Internacional** es una confederación de trece organizaciones que trabajan conjuntamente en más de 100 países para encontrar soluciones duraderas a la pobreza y la injusticia: Oxfam América, Oxfam-Bélgica, Oxfam Canadá, Oxfam Australia, Oxfam Alemania, Oxfam Francia – Agir ici, Oxfam GB, Oxfam Hong Kong, Internón Oxfam (España), Oxfam Irlanda, Oxfam Novib, Oxfam Nueva Zelanda y Oxfam Quebec. Si desea más información llame o escriba a cualquiera de las agencias o visite [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org).

Correo electrónico: [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

#### **Fundación para la Población Mundial**



WPF es una organización holandesa sin fines de lucro que tiene por objetivo mejorar la salud y los derechos reproductivos y sexuales en los países en desarrollo.

WPF apoya a organizaciones locales para hacer posible que hombres, mujeres y jóvenes decidan libre y responsablemente sobre su vida sexual y el número y espaciamiento de hijos, y para garantizar que tengan la información y los medios para

hacerlo. WPF hace incidencia política en los Países Bajos, en Europa y en todo el mundo para conseguir políticas y recursos de apoyo. Todo ser humano tiene derecho a elegir y derecho a una vida reproductiva segura y voluntaria.

[www.wpf.org](http://www.wpf.org)