

El condón femenino: un lujo al alcance de pocas

Quince años perdidos en hacer accesible este método de protección

Los diseñadores de políticas lamentan la vulnerabilidad de la mujer hacia la infección del VIH, aún cuando han pasado ya 15 años durante los cuales no se ha hecho nada para utilizar la tecnología que pueda ayudar a la mujer a protegerse por sí misma. El condón femenino es el único método femenino a disposición de la mujer que brinda protección contra la infección del VIH y también evita el embarazo no deseado. Diversos estudios realizados han demostrado que el condón femenino tiene aceptación entre las usuarias, aumenta la proporción de actos sexuales protegidos y es rentable si se brinda junto a los condones masculinos. No obstante, la mayoría de las mujeres no pueden tener acceso al condón femenino. Las nuevas tecnologías a iniciativa de la mujer como los microbicidas no estarán disponibles por muchos años. Los condones femeninos ya existen en la actualidad y el empuje para su acceso de forma universal debería comenzar ahora mismo.



Resumen

El año 2008 conmemora 15 años de la invención del condón femenino y al tiempo y de manera deplorable, este año representa los 15 años de no hacer nada para que estos condones estén a disposición de las mujeres que lo necesitan. A pesar de la ausencia de alguna otra forma de protección por iniciativa de la mujer y el aumento sin precedentes en el financiamiento para responder al VIH, los condones femeninos siguen siendo inaccesibles y su contribución sigue sin explotar.

La urgente necesidad de acceso a los condones femeninos es evidente en la feminización de la pandemia del VIH, la gran necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos y el luctuoso progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos 5 y 6 de Desarrollo del Milenio con respecto a la salud materna, paralización y reversión de la propagación del VIH.

¿Por qué entregar condones femeninos si los condones masculinos se pueden adquirir fácilmente, son mucho más económicos y proporcionan un nivel comparable de protección?

- Los condones femeninos son una herramienta que ayuda al empoderamiento de la mujer. Las mujeres que usan condones femeninos reportan un mayor sentido de poder de negociación de un sexo más seguro y un sustancial sentido de control y seguridad durante el acto sexual. Pasarán muchos años para que la mujer pueda tener algunos medios alternativos por su propia iniciativa para protegerse a sí misma.
- Entregar condones femeninos y masculinos conduce a más casos de sexo protegido y reduce la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Su efecto aditivo, al dar protección en ejemplos donde los condones masculinos no brindan protección, los vuelven una forma rentable de protección contra el VIH.

Numerosos estudios han mostrado altos niveles de aceptación de los condones femeninos. Algunas usuarias los prefieren a los condones masculinos, ya que ofrecen más flexibilidad con respecto al tiempo de ponerlos y quitarlos y brindan una sensación más natural. Sin embargo, muchos diseñadores de políticas siguen siendo escépticos de que exista suficiente demanda de estos condones. Pero el análisis de proyectos de condones femeninos revela una importante demanda, aunque ésta es a menudo deliberadamente suprimida y socavada por la estigmatización y por la falta de producto en existencia. Lo que se percibe como una cuestión de demanda es, en realidad, una cuestión de abastecimiento. La ampliación en el acceso a los condones femeninos se retrasa no a causa de la usuaria al fin de la cadena, sino al inicio de la misma: la cantidad de dinero que los donantes y gobiernos están dispuestos a invertir para comprar condones femeninos, apoyar los programas de condones femeninos y desarrollar condones de bajos costos.

¿Qué es lo que hay detrás del fracaso para actuar exhaustivamente en la creación de mayor acceso a los condones femeninos? Las respuestas de los tomadores de decisiones sobre el condón femenino reflejan razones comunes a las aludidas para no usar el condón masculino; las respuestas

surgen de la ignorancia, la cultura, la negación, la supuesta pobreza y el conservadurismo. Además de esto, están los errores generales de falta de liderazgo, enormes prejuicios de financiamiento contra las formas existentes de prevención primaria del VIH, fracaso para ampliar la escala de los programas y falta de éxito de la inversión en estrategias que permitan reducir el coste de los condones femeninos.

Por supuesto que se han hecho algunos esfuerzos en los últimos 15 años, los cuales se han acelerado a partir del lanzamiento por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de la Iniciativa Global del Condón Femenino en el 2005. La rápida expansión en las ventas y su libre distribución en los pocos países pioneros demuestran la masiva demanda insatisfecha de condones femeninos. Pero, queda muchísimo más por hacer. En todo el mundo, en el año 2007, se produjeron alrededor de 423 condones masculinos por cada condón femenino. Y actualmente, los condones femeninos tienen un costo unitario unas 18 veces mayor que los masculinos.

Recomendaciones

- 1 ONUSIDA y UNFPA, junto con donantes y organizaciones de desarrollo, deben aportar un liderazgo global y visible para explotar el potencial del condón femenino como un método anticonceptivo y de prevención de ITS, incluyendo el VIH. Deben hacer esfuerzos de presión política rigurosos, priorizar recursos y establecer objetivos sustanciales para mejorar el acceso. Se puede lograr y hacer cumplir un objetivo de corto plazo que permita aumentar la distribución del condón femenino al 5% de la distribución total de condones a un costo de alrededor de \$120 millones por año en todo el mundo.¹
- 2 Las agencias de las Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, UNICEF, OSM y OIT) y donantes internacionales, incluyendo 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 asistencia concreta a agencias y gobiernos responsables de la implementación. Deben impulsar de forma sustancial la inversión en los condones femeninos y ONUSIDA los debe incluir en su cartera.
- 3 Gobiernos, donantes e inversores privados deben apoyar la investigación y el desarrollo (I+D) del condón femenino para crear diversas opciones y bajar los precios. En el 2006, los donantes gastaron más de mil millones de dólares en desarrollar nuevas tecnologías de prevención del VIH.² Una inversión de tan sólo \$20 millones permitiría llevar al mercado nuevos condones femeninos. Las leyes de patentes no deberían prohibir esfuerzos para desarrollar condones femeninos y producir versiones genéricas que puedan ser asequibles, sobre todo patentes que surjan de la Investigación y Desarrollo con fondos públicos. La Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos debería considerar los condones femeninos bajo la misma clasificación que se usa actualmente en los condones masculinos, aunque todavía se requieran nuevos productos para emitir prueba de efectividad.

- 4 Los gobiernos nacionales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado deben colaborar en programas integrados de condones integrados de largo plazo y de forma total para hacer que los condones femeninos estén a disposición de todos los hombres y mujeres, dada su relevancia universal como un método anticonceptivo y de prevención de las ITS.
- 5 Las organizaciones de la sociedad civil deben demandar que los gobiernos y agencias internacionales incluyan condones femeninos en sus programas de planificación familiar y prevención de enfermedades reproductivas (incluyendo el VIH) y en sus planes de financiamiento al Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del presidente de Estados Unidos (conocido por sus siglas PEPFAR en inglés), el Fondo Mundial y ONUSIDA.

1 Introducción

El mejor enfoque para la prevención del VIH es el que brinde la mayor cantidad de opciones. Aquí no hay ni un solo poder mágico para detener el VIH y SIDA – y nunca lo habrá. Esto significa que los líderes mundiales tienen la obligación ética y moral para brindarle a la población la más completa gama de opciones de prevención disponibles. En estos precisos momentos, ello significa hacer que el condón femenino sea un componente fundamental en los programas del VIH en todas partes del mundo...

Mitchell Warren, Director Ejecutivo de la Coalición de Defensa de la Vacuna contra el SIDA³

Desde el inicio de la pandemia del VIH, muchas jóvenes y mujeres han luchado para protegerse a sí mismas de la infección, aún cuando están totalmente conscientes de los factores de transmisión del VIH. El reconocimiento de las complejidades que enfrentan las mujeres ha estado acompañado por los compromisos verbales para abordar la feminización del SIDA, en parte por la inversión en el desarrollo de nuevos medios por iniciativa de la mujer en la prevención del VIH. De forma simultánea, ha habido una movilización sin precedentes de financiamiento, de alrededor de \$10 mil millones disponibles para responder al VIH de forma global en el 2007, un aumento 40 veces más en una década.⁴

Sorprendentemente, en los últimos 15 años, el mundo no ha podido obtener el mayor provecho de la contribución que una tecnología existente, es decir el condón femenino, pueda hacer para evitar tanto la transmisión del VIH como el embarazo no deseado.⁵ Aunque se ha logrado un gran avance al ampliar el acceso al tratamiento, los condones femeninos han sido grandemente ignorados; a lo largo de los países en vías de desarrollo, una persona tiene una oportunidad mucho más grande de obtener acceso al tratamiento antirretroviral que obtener un abastecimiento confiable de los condones femeninos.⁶ Mientras tanto, los esfuerzos de prevención quedan rezagados detrás del progreso al ampliar el acceso al tratamiento: por cada dos personas que se someten a tratamiento antirretroviral, ocurren otras cinco nuevas infecciones del VIH.⁷ Está claro que existe una imperante necesidad de hacer un uso mucho mejor de las tecnologías existentes de prevención del VIH. Aunque no hay un rastreo global de gastos en los condones femeninos, se estima que en el 2007 hubo un financiamiento total no superior al 0.3% del financiamiento total para responder al VIH.⁸

Este documento aborda el incumplimiento del deber en que han incurrido instituciones poderosas al no dar un liderazgo en los condones femeninos y al fracasar para satisfacer las necesidades y demandas de la mujer para ellos con un esfuerzo consistente y proporcional para hacer que éstos sean asequibles y económicos. Esto tiene que ver con la ignorancia, negación y el prejuicio de los poderosos, a expensas de los derechos de la mujer.

Cuadro 1: ¿Qué es el condón femenino?⁹

De 1993 a 2005, el único condón femenino era el Condón Femenino de la Compañía de Salud Femenina (al que se refiere también como FC1), fabricado de poliuretano y que utiliza un anillo interior y exterior, el cual se desarrolló en parte con financiamiento público. Ahora está siendo reemplazado por FC2, el cual emplea el mismo diseño pero usa material más barato, nitrilo y métodos de producción menos costosos. Debido a que FC1 y FC2 son los únicos condones femeninos que la OMS ha aprobado para que lo compren las agencias de las Naciones Unidas,¹⁰ la Compañía de Salud Femenina ha disfrutado del estatus de monopolio y la mayoría de ensayos y programas pilotos exhiben sus productos. La Compañía de Salud Femenina sostiene una serie de patentes en el diseño del condón femenino FC. Esto le ha generado utilidades desde 2006.¹¹ Sus ventas aumentaron de 13.5 millones en el 2005 a casi 26 millones en el 2007, en gran parte debido a una mayor adquisición de UNFPA y donantes claves.

Existe también otro condón femenino, el condón Reddy que lo fabricó Medtech Products Ltd. en India, el cual tiene una estructura externa triangular y una esponja interior para sostener la bolsa de látex en el lugar en la vagina. Medtech lo desarrolló sin financiamiento público. Se aprobó para su uso en toda Europa y muchos otros países y se vendieron alrededor de 5 millones de forma comercial entre 2003 y 2007.¹² Aún no ha cumplido con todos los requisitos de procedimiento de pre-calificación de la OMS y por eso no se ha aprobado para su compra en las agencias de la ONU.

Un producto clave que está en desarrollo es el condón de la mujer de PATH, el cual tiene una cápsula disolvente que se parece al tampón para una inserción más fácil, puntos de espuma para mantener la bolsa de poliuretano en posición en la vagina, un anillo exterior flexible y un lubricante por separado. En el 2010, puede estar a la disposición en China. PATH está buscando financiamiento para las muestras con el objetivo de obtener aprobación en China y luego a nivel internacional.

Mientras tanto, la compañía Mediteam en Bélgica se encuentra en la primera etapa de desarrollo de un condón femenino látex, que se parece al condón masculino, pero más flojo y con un cuello plano suave.

2 La urgente necesidad de hacer asequibles los condones femeninos

Aunque tecnologías nuevas pero aún no probadas pueden jugar papeles importantes en la prevención del VIH en el futuro, en este momento no hay ninguna forma de evaluar su potencial efectividad para mitigar el impacto de la epidemia.... Mientras tanto, las mujeres en riesgo necesitan urgente protección que ellas puedan usar aquí y ahora.

Mantell et al (2008)¹³

¿Por qué es tan urgente el acceso?

Las consecuencias de la transmisión del VIH

Al principio, las infecciones del VIH se concentraron entre hombres, pero las mujeres y jóvenes ahora suman la mitad de todas las personas infectadas. En el Sub-África Occidental, 61% de adultos y 75% de las personas jóvenes infectadas por el VIH son del sexo femenino.¹⁴ En algunos países, estar casado es un factor de riesgo para que las mujeres adquieran el VIH.¹⁵ Las consecuencias de la infección del VIH están también sesgadas contra las mujeres y las jóvenes, quienes son las que más cuidan de sus familiares, pero son las que más posibilidades tienen de perder la oportunidad de ir al colegio, de sufrir violencia, perder propiedad y enfrentar la destitución como producto de la infección del VIH.

Aunque el lanzamiento de tratamiento antirretroviral ayuda a reducir el número de muertes debido al SIDA, todavía es una causa principal de mortalidad en todo el mundo, con un estimado de 2.1 millones de muertes el año pasado. Tres cuartos de estas muertes se registraron en Sub-África Occidental, donde el SIDA es la principal causa de muerte.¹⁶ La morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH tienen enormes impactos en la vida de las personas y las múltiples repercusiones negativas para familias, sociedades y economías debido a la presión sobre los servicios sociales, poca productividad y altos índices de dependencia. La inversión en la prevención primaria es de suprema y urgente necesidad para reducir el número de nuevas infecciones del VIH y poder reducir así el crecimiento acumulativo del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral.¹⁷

Consecuencias de la ausencia de métodos anticonceptivos¹⁸

Pese a la variedad de opciones de anticonceptivos disponibles altamente efectivas, existe una masiva necesidad insatisfecha de anticonceptivos, especialmente en los países en vías de desarrollo.

UNFPA estima que existen alrededor de 200 millones de personas en todo el mundo que desearían limitar o distanciar a los hijos que tendrán, pero que no usan ninguna forma de métodos anticonceptivos.¹⁹

La OMS estima que en los países en vías de desarrollo más de un tercio de todos los embarazos no son planificados, con importantes implicaciones para cada bebé, cada mujer, cada familia y mayores repercusiones de alto crecimiento poblacional. Un quinto de estos embarazos no planificados, son abortados, más de la mitad a través de medios inseguros. De forma general, los abortos inseguros provocan que 5 millones de las mujeres que se hospitalizan cada año, y representen el 13% de muertes maternas. Mientras tanto, en el Sub-África Occidental, la salud maternal sigue siendo, según las Naciones Unidas, “un escándalo con las probabilidades de que una mujer muera por las complicaciones del embarazo y el parto durante su vida de 1 en 16, en comparación con 1 en 3,800 en los países desarrollados”²⁰ Aunque la prevalencia de métodos anticonceptivos ha aumentado lentamente, del 55% en el 1990 al 64% en el 2005, esto sigue siendo inferior en Sub-África Occidental a tan sólo 21%. Atender la necesidad aún no satisfecha de métodos anticonceptivos reduciría las muertes maternas en casi un cuarto.²¹

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio²²

¿Qué significa esto para los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Para el Objetivo 5, mejorar la salud maternal, únicamente las regiones de Asia Oriental y la Comunidad de Estados Independientes es posible que cumplan el objetivo de reducir la mortalidad materna en un 75% en el 2015. Se espera que ninguna de las regiones cumpla con el indicador objetivo del Objetivo 6 de detener y revertir la propagación del VIH. Es posible que Sub-África Occidental cumpla únicamente con uno de los 18 indicadores de los ODM, una mayor cobertura de la inmunización contra el sarampión, aunque no cumpla con el objetivo relacionado con la reducción de la mortalidad infantil. A lo largo y ancho de los países en vías de desarrollo y sobretodo en Sub-África Occidental, los embarazos no planificados y la infección del VIH se agrega a la compleja mezcla de factores que aseguran una continua desigualdad de género, altos niveles de morbilidad y mortalidad, extrema pobreza y hambruna.

¿Cómo puede ayudar el acceso a los condones femeninos?

Los condones – masculinos y femeninos – son actualmente la única tecnología disponible que les brinda a las usuarias protección simultánea contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Éstos tienen las ventajas de no presentar efectos secundarios,²³ son formas reversibles de métodos anticonceptivos que se pueden utilizar sin ser atendido por un proveedor de atención médica. Sin embargo, aunque la promoción del condón masculino por varios años ha logrado un acceso relativamente amplio con respecto a los condones masculinos, los índices de infección del VIH entre las mujeres siguen en aumento. Por un número de razones, entregar condones femeninos junto a los condones masculinos podría ayudar a evitar la infección del VIH y el embarazo no deseado y ayudar a empoderar a mujeres.

Los condones femeninos son usualmente una iniciativa de la mujer

Aunque algunas mujeres informan que usan los condones femeninos sin que sus compañeros sexuales se den cuenta,²⁴ la mayoría tiene que negociar su uso. Muchas encuentran que esto es más fácil de hacer que con el condón masculino porque ellas:

- Pueden iniciar su uso
- Tienen mayor dominio del condón femenino
- Ellas mismas se lo pueden poner (hasta ocho horas antes de tener sexo)
- No necesitan el mismo grado de cooperación de sus parejas
- Pueden “transferir” el consentimiento a partir de una ocasión y así evitar la negociación “perenne” del condón masculino, particularmente con respecto al momento en que se debe colocar.
- Saben que sus parejas pueden preferir transferirles responsabilidad.²⁵

Por supuesto, la tarea de negociación se vuelve más fácil para parejas que sienten que les gusta el condón femenino, para quienes el usarlo se puede volver un hábito.

Estudios cualitativos muestran un mayor sentido de poder de negociación de sexo más seguro y un mayor sentido de control y seguridad durante el acto sexual, entre las mujeres que usan condones femeninos.²⁶ Esto es particularmente el caso donde las

mujeres saben de 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.

Programas efectivos del condón femenino también hacen que tanto mujeres, hombres y profesionales de la salud obtengan un mayor entendimiento de los cuerpos de la mujer y una mayor habilidad para discutir la sexualidad y el sexo más seguro.²⁷ Por tanto, la ampliación en la promoción del condón femenino allanaría el camino para otros métodos por iniciativa de la mujer en la prevención del VIH, tales como microbicidas, cuando éstos se tornan accesibles.

Dar condones femeninos y masculinos conduce a más casos de sexo protegido y reduce la incidencia de las ITS

La gran experiencia de planificación familiar muestra que el aumentar la opción de métodos disponibles conduce a una mayor aceptación y un uso de métodos anticonceptivos más consistentes y continuos, en parte porque las preferencias de métodos anticonceptivos de la mujer varían en sus vidas.²⁸ Lo mismo se aplica si los condones femeninos se vuelven accesibles además de los condones masculinos:²⁹

- En un estudio realizado en Brasil, la proporción de actos sexuales con protección entre las mujeres que optaron por usar el condón femenino al igual que el condón masculino aumentó en la línea de del 33% al 70%.³⁰
- En una prueba de Estados Unidos, el índice de sexo con protección entre las pacientes mujeres de ITS aumentó del 38% al 66% unos seis meses después tras haber introducido los condones femeninos. Aunque el 10% de las participantes utilizaron únicamente los condones femeninos, la mayoría usó una mezcla de condones masculinos y condones femeninos.³¹
- En un estudio realizado en Zimbabue, 27% de las mujeres casadas que usaban condón femenino nunca antes habían usado un condón masculino y un quinto de las usuarias que eran usuarias consistentes de condones femeninos no habían sido antes usuarias consistentes de los condones masculinos.³²

Una revisión reciente³³ de artículos y resúmenes sobre los condones femeninos reveló que:

- Cinco estudios aleatorios sobre la efectividad indican la solidez de los beneficios en el uso del condón femenino en un mayor número de actos sexuales con protección.

- Dos estudios muestran una prometedora disminución en la incidencia de las ITS (24%³⁴ y 13%³⁵) con la introducción de condones femeninos en comparación con los condones masculinos únicamente.
- Diez estudios brindan información detallada de patrones de uso a largo plazo, en los cuales muchos sugieren que el condón femenino que una mujer alcance a usar es menos probable que utilizar condones masculinos.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que los datos son limitados; la evidencia está convenciendo que el programa del condón femenino es efectivo al aumentar la proporción de actos sexuales con protección y disminuir la incidencia de ITS.

Los programas del condón femenino son rentables

Un importante freno en la promoción de condones femeninos ha sido su precio. Actualmente, el costo unitario es 18 veces superior al de los condones masculinos, aunque brindan un nivel de protección comparativo.³⁶ En una situación donde una pareja pudiera usar ya sea condón masculino o femenino, el condón masculino es claramente más rentable.

Sin embargo, estudios muestran que las usuarias no cambian generalmente de los condones masculinos a los condones femeninos, pero que a menudo usan condones femeninos en situaciones donde de lo contrario no tendrían ningún tipo de protección. Por ejemplo, un proyecto con trabajadoras sexuales en Madagascar promovió primero los condones masculinos únicamente. La proporción de actos sexuales con protección aumentó del 57% al 78%. Tras la introducción de los condones femeninos, la cifra aumentó nuevamente al 88% (y el índice de ITS se redujo en un 13%).³⁷ Los condones femeninos facilitaron un 10% adicional de protección, probablemente entre clientes que se negaron a usar condón masculino. Este es un efecto aditivo, que hace que los condones femeninos sean rentables en comparación con los condones masculinos, en situaciones donde es difícil aumentar aún más el uso de condones masculinos.

Un modelo matemático de ONUSIDA demuestra que el condón femenino es un método anticonceptivo rentable y de prevención de ITS en términos de incapacidad ajustada a los años de vida y evitar costos.³⁸ Dos estudios han analizado el costo de una ampliación de programas del condón femenino en contraste con el ahorro en los costos del tratamiento que se deben obtener para evitar las infecciones del VIH. Estos estudios llegaron a la conclusión de que los beneficios pesan más que los costos y que la efectividad del programa

y la rentabilidad mejoran sustancialmente con la amplitud.³⁹ Los resultados serían incluso más convincentes si los estudios tomaran en cuenta los costos totales de la infección del VIH y los beneficios del condón femenino para evitar un embarazo no deseado.⁴⁰

Los condones femeninos existen

Actualmente, la inversión en investigaciones y desarrollo de nuevos medios de protección contra el VIH por iniciativa de la mujer se encuentra concentrada en vacunas, microbicidas y, en un menor grado, los métodos de barreras cervicales. En términos potenciales, todas estas medidas tienen la ventaja de brindarle a la mujer un método de protección más discreto, para aquellas que desean ocultar el uso del condón a sus parejas. A diferencia de los condones, las vacunas y los microbicidas también darían un medio de protección contra la infección del VIH para las mujeres que desean embarazarse. No obstante, la posibilidad de estos nuevos métodos de protección no socava, sino que más bien refuerza, la urgente necesidad de los condones femeninos:

- Ni las vacunas ni los microbicidas ni los métodos de barreras cervicales se encuentran actualmente disponibles. Lo más pronto que las mujeres quizás puedan usar cualquiera de estos métodos será posiblemente en el 2014, pero podría ser mucho más tarde.⁴¹ No es nada ético refrenar una tecnología aprobada (condones masculinos y femeninos) mientras se espera el desarrollo de otra.
- Se espera que todos los métodos tengan niveles más bajos de eficacia contra la infección del VIH que los condones masculinos o femeninos.⁴² Por tanto, es importante hacer que los condones masculinos y femeninos sean ampliamente disponibles antes de introducir nuevos métodos, a fin de que se protejan el mayor número de actos sexuales por el método más efectivo o por una combinación de métodos.
- Las vacunas no evitarán los embarazos no deseados o infecciones de otras ITS; los microbicidas se pueden desarrollar para actuar también como métodos anticonceptivos, pero no es posible que brinden protección contra todas las ITS. Por tanto, se necesitarán los métodos existentes además de los nuevos métodos de planificación familiar y salud sexual.
- Además de su propio valor intrínseco para la salud y el empoderamiento de la mujer, los programas exitosos de condones femeninos ayudarán grandemente a la introducción de otros métodos por iniciativa de la mujer cuando éstos se encuentren disponibles.

3 La expresión de la demanda de condones femeninos

Tenemos informes de estudio, sabemos que las mujeres los usan, entonces, ¿Por qué la población, a menudo, pinta el condón femenino como un producto que no es amistoso con la usuaria? ¿Es que esto es algo que está solamente en la mente de las personas? Estéticamente hablando, debo admitir que el condón femenino no es bonito. Pero eso no significa que una debería descalificar el producto. ¿Acaso el condón masculino es algo bonito?

Nilcéa Freira, Ministra, Secretaria Especial de Políticas para las Mujeres, Gobierno de Brasil⁴³

A pesar de la evidencia de pruebas y el limitado uso de condones femeninos, aún persisten dudas sobre esta tecnología. Esta sección observa la aceptabilidad de los condones femeninos entre usuarias y cuestiona si existe demanda de este tipo de condones.

Aceptabilidad

De forma repetitiva, estudios han mostrado altos niveles de aceptabilidad del condón femenino; Hace mucho tiempo como en 1997, una revisión de la OMS de 41 estudios del FC1 (Condón Femenino 1) mostró niveles de aceptación que variaban del 41% al 95%.⁴⁴ A partir de entonces, se han realizado muchos estudios más. En realidad, en el 2006, críticos de 60 de dichos estudios recomendaron que “la investigación sobre el condón femenino se debía separar de la evaluación de aceptabilidad y concentrarse en la evaluación de efectividad y mejoramiento del impacto en diferentes escenarios”.⁴⁵

Para algunas usuarias, los condones femeninos no sólo son aceptables, sino también que los prefieren en comparación con el condón masculino.⁴⁶ Dentro de algunas razones se incluyen las siguientes:

- Los condones femeninos ofrecen mayor flexibilidad con respecto al tiempo de colocarlos y quitarlos.⁴⁷
- Los condones femeninos sintéticos tienen una textura húmeda, que hace que se sienta más natural durante todo el acto. Para los hombres, la sensación se parece más al sexo sin condón porque los condones femeninos no se ajustan talladamente alrededor del pene como sucede con los condones masculinos.⁴⁸

- Muchas usuarias consideran 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 sexo con hombres los prefieren más que los condones masculinos.⁴⁹
- A diferencia de los condones de látex, los condones femeninos sintéticos no se dañan por los lubricantes a base de aceite ni se ven afectados por los cambios de temperatura y humedad, por lo que se pueden almacenar con seguridad en cada cualquier parte.
- Donde los condones femeninos han sido marcados al público en general como métodos anticonceptivos, escapan del estigma que le atañe a los condones masculinos y las nociones de promiscuidad.

Sin embargo, como con cualquier otro método de la prevención del VIH y método anticonceptivo, los condones femeninos no son universalmente aceptables. Dentro de las preocupaciones se incluyen la promiscuidad de la mujer, los temores de que el condón se pierda dentro de la vagina, el desagrado por la apariencia del producto o la poca atracción cuando se usa. En lo particular, las nuevas usuarias pueden rechazar el producto después de uno o dos intentos. Darles apoyo para comprender cómo usar el condón y cómo superar cualquier problema inicial que puedan enfrentar, mejora grandemente la aceptabilidad.⁵⁰ Involucrar a los hombres en la promoción de campañas es también importante; por el mundo entero, una objeción del compañero masculino es una razón clave para el no uso o uso discontinuado del condón femenino.⁵¹

Además, los diseños mejorados y con más opciones en los tipos de condones femeninos deberían conducir a niveles de aceptabilidad más altos. Por ejemplo, en un estudio en India del condón Reddy, mujeres y hombres casados respectivamente alcanzaron un nivel del 94.8% y 94.5% en su uso según términos de comodidad o de neutralidad durante el acto sexual. Ellas mismas informaron como poco o muy satisfecho en un 97.4% en los ejemplos de uso.⁵² Los estudios del condón femenino de PATH muestran de forma similar altos niveles de comodidad y satisfacción.⁵³

Cuadro 2: Algunos comentarios de usuarias sobre el condón femenino⁵⁴

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

Mujer con VIH positivo, Australia

“Estoy tranquila y él ya no pelea conmigo cuando vamos a tener sexo. Ahora ya no tenemos que pelear porque no tengo que seguir pidiéndole que use condón. Yo uso el mío”.

Mujer de Brasil

“Los prefiero porque yo lo pongo en su sitio. Confío en ellos más que en los condones masculinos (se me han roto varios de ellos) y puedo dejarlo puesto por un momento después del clímax sin preocuparme del derrame. Lo único que no me gusta de ellos es su precio”.

Mujer del Reino Unido

“Mi estrategia para el sexo más seguro es mi habilidad para usar el condón femenino, del cual tengo control... Algunas veces mi esposo se quejaría de que el condón está apretado a su pene o tiene un cuento u otro para no desear usar el condón. Simplemente decidí usar el condón femenino. Lo que me hace feliz es que mi esposo dice que él disfruta más el sexo que el condón masculino. Dice que el anillo interior le hace cosquillas tanto que él obtiene un mayor placer...”

Mujer de Zimbabue

“He estado usando los condones femeninos desde diciembre del 2002... Con él, puedo hacer cualquier movimiento. Me gusta como también a mi marido. Estamos contentos y no pensamos en ser VIH positivos. Con los condones femeninos, nuestro amor es fuerte”.

Mujer con VIH positivo, África francófona

“Al principio, no me gustaba. Me parecía espantoso. Continué usándolo para ver si me podía acostumbrar a él. Ahora me gusta”.

Trabajadora sexual femenina, Brasil

“Tener sexo usando un condón femenino siente mucho mejor que usando condón masculino. Tener un pene al descubierto hace que se sienta casi lo mismo que un sexo sin condón”.

Hombre de Estados Unidos

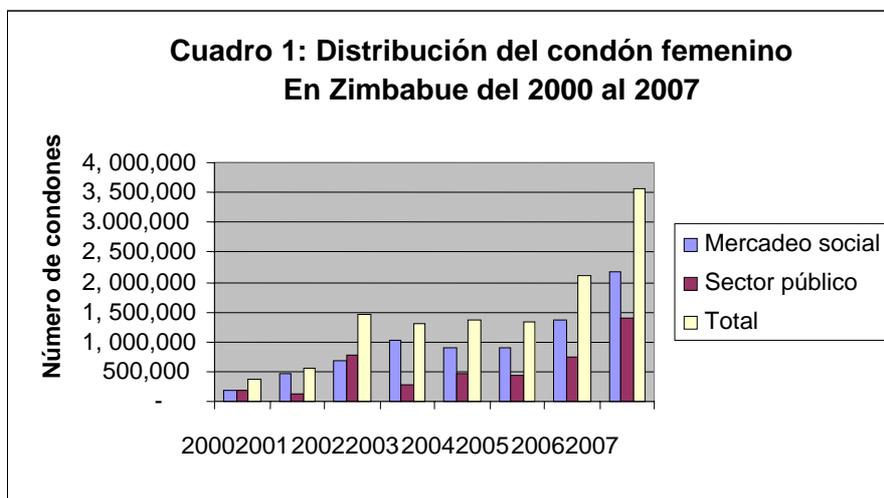
Oferta y demanda

Las personas que han trabajado en programas de condón femenino saben que existe una demanda de este tipo de método anticonceptivo, una demanda que a veces supera grandemente sus pronósticos.⁵⁵ No

obstante, la incertidumbre persiste entre algunos diseñadores de políticas y entes financieros, aquellos que ven la cuota de mercado diminuta – cerca del 0.24% de todos los condones son condones femeninos⁵⁶ – y llegan a la conclusión de la demanda no es suficiente. Esa conclusión no tiene justificación por las siguientes razones:

- No hay estimados globales de la demanda.⁵⁷
- La necesidad de creación de demanda es normal para los nuevos productos y cuanto más para los productos sociales que implican tabúes. La vasta mayoría de potenciales usuarias nunca han visto un condón femenino y mucho menos usado uno.⁵⁸ Sus necesidades tienen, no obstante, que transformarse en demanda.
- La historia del desarrollo de la tecnología muestra que las dudas sobre la dimensión del potencial mercado y el inicial bajo crecimiento en la demanda son comunes. Al tampón, por ejemplo, le tomó 17 años construir una demanda de grandes proporciones, pero ahora es un producto normal que lo usa todo tipo de mujer.⁵⁹
- En muchos programas de condones femeninos, la demanda ha superado la oferta y las clientas no han podido conseguir el producto.⁶⁰ Esto tiene el efecto de reducir la confianza en el programa del condón femenino, y por tanto también en el producto y afecta la demanda a largo plazo.
- La demanda se suprimió de forma deliberada en muchos proyectos: a las usuarias se les pide usar únicamente condones femeninos en situaciones donde no pueden usar condón masculino⁶¹ o se les da muchos menos condones femeninos que condones masculinos.⁶²
- Muchos programas pequeños de condones femeninos apuntan a las mujeres más vulnerables; por eso estos programas no apuntan a crear demanda entre la población en general. En muchos escenarios, este enfoque en las trabajadoras sexuales ha estigmatizado los condones femeninos, socavando así la demanda entre la población en general.⁶³
- No hay grandes programas de condones femeninos que hayan intentado crear demanda entre todas las mujeres con actividad sexual activa. Por tanto, no hay ninguna experiencia para satisfacer la demanda en su totalidad ni de encontrar el nivel de saturación de mercado. Sin embargo, tal como lo ilustra el cuadro 1, sí hay demanda insatisfecha. En Zimbabue, los condones femeninos han sido marcados como *Funda Anticonceptiva Protectora* desde 1997. Aunque la demanda ha ido aumentando a un ritmo constante, el aumento de la inversión desde 2005 ha

visto un cambio masivo, con las ventas que subieron en un 52% en el 2006 y un 58% en el 2007 y la distribución del sector público aumentó en un 67% en el 2006 y en un 90% en el 2007.⁶⁴



Fuente: UNFPA (2008) “El derecho de la mujer y las jóvenes a estar libres del VIH: condones femeninos, una poderosa herramienta de protección”, Informe de avance del FCI 2006–2007. Mayo.

Por supuesto, la demanda está siempre relacionada con el precio. En la mayoría de los programas de condones femeninos, el precio unitario es fuertemente subsidiado; la demanda sería mucho más baja si las consumidoras tuvieran que pagar el precio total.

Sin embargo, si bien es cierto que existe la necesidad de los condones femeninos y que, además, éstos son aceptables entre un número considerable de usuarias, también es cierto que es usual que se necesite algún tipo de subsidio para tener acceso a los métodos anticonceptivos y de prevención del VIH; el tema de la demanda se debería enmarcar de nuevo como un asunto de suministro.

El retraso para ampliar el acceso a los condones femeninos no está con la usuaria al final de la cadena, pero sí al inicio de la cadena. El meollo del asunto es la cantidad de dinero que los donantes y gobiernos estén dispuestos a invertir en la compra de condones femeninos, apoyar los programas de condones femeninos y desarrollar condones femeninos baratos.

4 La respuesta oficial

ONUSIDA está muy consciente de que la aceptación del condón femenino no es un problema a nivel de las mujeres: muchas mujeres le dan preferencia a este condón más que a otros productos. El problema es más aceptación entre los diseñadores de políticas.

Michael Bartos, Director, Unidad de Apoyo, Cuidado y Prevención, ONUSIDA⁶⁵

Ha habido algunos efectos para incrementar el acceso a los condones femeninos y su abastecimiento ha aumentado de forma sustancial en los últimos años, pero aún así éste es lamentablemente bajo a casi 26 millones para el 2007, en comparación con los casi 11 mil millones de condones masculinos.⁶⁶ Eso significa un condón femenino por cada 423 condones masculinos.

¿Por qué el fracaso?

La respuesta de las Naciones Unidas, gobiernos y muchas organizaciones no gubernamentales han visualizado las razones comunes para no usar los condones masculinos: las respuestas están dadas por la ignorancia, cultura, negación, la supuesta pobreza y el conservadurismo.

Ignorancia

Muchos diseñadores de políticas están mal informados sobre los condones femeninos; a menudo confían en los estereotipos de los medios de comunicación en virtud de buscar ideas a partir de estudios científicos. Tal como lo concluyó una reseña: “[L]a misma tecnología parece concebir respuestas negativas de entrada por parte de muchos donantes, gerentes de programas y proveedores, quienes ignoran más los estudios de aceptación positiva y las pocas experiencias exitosas de país”.⁶⁷

Cultura

Aunque los diseñadores de políticas no ponen en ridículo públicamente los condones femeninos, el prejuicio contra ellos es algunas veces explícito⁶⁸ y a menudo implícito en cuanto a lo que las organizaciones no dicen y hacen. La mayoría de las organizaciones carecen de liderazgo sobre el tema y no hacen algo para comprender que los condones femeninos son una parte esencial de la respuesta al VIH. Dentro de ONUSIDA – uno de los precursores entre los

donantes con respecto a los condones femeninos – no existe una guía de política con evidencias bien documentadas para sus misiones. Por el contrario, las decisiones a nivel de país se toman según las creencias y valores personales de unas cuantas personas.⁶⁹

Negación

Los diseñadores de políticas saben que la limitada habilidad de las mujeres para negociar el condón masculino es un problema, aunque muchos rechazan aceptar que el condón femenino ofrece algo más. A pesar de las ventajas que aparecen en la lista de la Sección, 2, los escépticos argumentan que es sólo un condón caro, que todavía requiere negociación. Ignoran que a los hombres no les gustan los condones masculinos y que prefieren los condones femeninos. También son sordos ante las experiencias de mujeres que encuentran que los condones femeninos les brindan mayor poder para negociar un sexo más seguro y mayor sentido de control y seguridad. Su negación es del derecho de la mujer a tener una forma de protección por iniciativa de la misma mujer y de esa manera tener un poco más control.

“Pobreza”

Los condones femeninos son más caros que los condones masculinos y en situaciones de recursos limitados, la toma de decisión se torna un cambio de lo uno por lo otro.⁷⁰ El reclamo de que los condones femeninos no se pueden costear es la razón más públicamente aceptada para hacer que los condones femeninos no sean asequibles. No obstante, con el financiamiento de \$10 mil millones para responder al VIH en el 2007, esta supuesta pobreza es más un fracaso para encontrar dinero para los condones femeninos y abordar la feminización del VIH. Para aquellas mujeres, cuyas parejas no usan un condón masculino, el condón femenino es su único medio de protección. Ellas tienen el derecho de protegerse.

Conservadurismo

Aunque el condón masculino está lejos de ser un producto sin problema, este tipo de condón y sus controversias son también bien conocidos. Tras muchos años de promoción, éste se usa mucho, incluyendo por los que toman las decisiones y tiene el total beneplácito de ONUSIDA. Por el contrario, el condón femenino se desconoce, su status no es claro y por ende, dudoso y se usa menos.⁷¹ Su asociación con el territorio corporal femenino y el hecho que la

mujer toma control de su cuerpo y de su sexualidad también causa malestar psicológico a algunas personas.

Errores Generales

Falta de liderazgo

Ha habido una carencia marcada de liderazgo sobre los condones femeninos entre las agencias de las Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OMS) y la mayoría de agencias donantes (especialmente el Banco Mundial y el Fondo Mundial). Como resultado, los esfuerzos globales que se han realizado para desarrollar los condones femeninos y promover su uso ha sido esporádico y de forma descoordinada.

Un análisis de 36 discursos realizados por el director de ONUSIDA de enero del 2006 a junio del 2008 revela únicamente tres menciones de los condones femeninos. En comparación, se refirió a los microbicidas y a las vacunas en mitad de los discursos y al tratamiento que aunque no en todos, sino en dos de ellos.

La falta de liderazgo sobre los condones femeninos es también evidente en la forma en que los condones femeninos son casi ignorados por algunos documentos de las Naciones Unidas,⁷² además de que es una idea tardía en otros,⁷³ o se han incluido en la frase de “condones femeninos y masculinos” sin ninguna referencia a los desafíos de embarcarse en el programa del condón femenino.⁷⁴

La falta de financiamiento para los condones femeninos

Se desconoce cuánto dinero se ha gastado en el condón femenino, pero los analistas están de acuerdo en que ha sido irregular, no sostenido e insuficiente.⁷⁵

Un problema clave en el prejuicio de financiamiento es que:

- Ha habido incrementos sin precedentes en el financiamiento para responder al VIH, pero los esfuerzos de prevención primaria reciben demasiado poca atención.⁷⁶ Todavía hay una gran brecha entre el número de condones – masculinos y femeninos – necesarios y el número disponible.⁷⁷
- Dentro del financiamiento de investigaciones y desarrollo de métodos de prevención por iniciativa de la mujer, existe un prejuicio a favor de los nuevos enfoques de alta tecnología, como microbicidas y vacunas.⁷⁸ En el 2006 únicamente, los donantes públicos y filántropos contribuyeron con \$217 millones para el desarrollo de microbicidas y \$776 millones para el desarrollo de

vacunas.⁷⁹ En comparación, en los diez años de 1998 a 2008, ellos invirtieron un total de \$6.48 millones para desarrollar el condón femenino de PATH. Su diseño se terminó de realizar en el 2004, pero el proceso de aprobación está ahora dos años rezagado en su programación debido a la falta de financiamiento.⁸⁰

Fracaso para avanzar en los programas de condón femenino

La mayoría de las intervenciones de condón femenino han sido de corto plazo, con los donantes, que prefieren financiar ensayos, programas y estudios pilotos en virtud de asumir compromisos a largo plazo para ampliar el acceso.⁸¹ La calidad de los programas también ha sido algo problemático, ya que muchos países reportan que ellos con frecuencia se quedan sin existencia de condones femeninos, algunas veces por largos períodos.

Con inversión esporádica y limitada en programas del condón femenino, la demanda de los condones femeninos había aumentado muy lentamente hasta hace poco tiempo y tenían poco efecto en el precio. Sin embargo, en los programas de mercado social, se han logrado reducciones en el costo de la carga total del condón femenino (es decir, el producto más los costos del programa menos los ingresos generados).⁸² Se pudo haber ganado más eficiencia a través de programas de condones femeninos integrados de largo plazo dentro de esfuerzos de planificación familiar y prevención del VIH.

Fracaso para reducir el precio de los condones femeninos

Aunque el costo de los condones femeninos siempre ha sido reconocido como un problema significativo, no se han llevado a cabo de forma vigorosa las siguientes estrategias para reducir su precio:

- Crear demanda para reducir el costo unitario a través de economías de escala de una mayor producción.
- Invertir en nuevos diseños que sean mucho menos costosos de fabricar o que se puedan volver a utilizar⁸³.
- Invertir en una producción no lucrativa de condones femeninos
- Promover la competencia en el mercado para bajar los precios de los proveedores (en especial, para ayudar a traer nuevos productos al mercado, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos debería considerar los condones femeninos en la misma clasificación que utiliza en la actualidad para los condones masculinos, aunque todavía se requieren nuevos productos para emitir prueba de efectividad);⁸⁴

- Permitir versiones genéricas de condones femeninos, particularmente aquellos que surjan de investigación y desarrollo con financiamiento público.

Presión política enmudecida

En comparación con las demandas vocales en el acceso al tratamiento antirretroviral, la presión política para el acceso de condones femeninos se ha enmudecido. En parte, las mujeres y las organizaciones no gubernamentales pueden llegar a ser víctimas de las mismas mal interpretaciones y reacciones negativas como donantes y diseñadores de políticas. Las mujeres son también menos usadas para demandar cosas para ellas mismas y pueden ser catalogadas como prostitutas si piden herramientas para tener sexo más seguro. También existe la realidad de que los grupos de mujeres carecen de recursos para enfrentar una gran variedad concerniente a la injusticia y desigualdad de género que enfrentan.

Existen algunas señales de una mayor presión política. Por ejemplo, en África del Sur, el Programa de Empoderamiento de Víctimas de Tohoyandú está movilizando a los grupos de sociedad civil para defender en conjunto un mayor acceso a los condones femeninos. Si es necesario, ellos llevarán el gobierno a la corte sobre la muy baja cantidad de condones femeninos que proporciona en comparación con los condones masculinos, por motivo de discriminación de género. La iniciativa de Oxfam (véase Cuadro 3) defiende también un mayor acceso a los condones femeninos.

Algunas acciones

No se trata de que no se haya hecho ningún progreso en los últimos 15 años, las agencias de las NU (sobretudo UNFPA), los donantes (sobretudo USAID, DFID, KFW, DANIDA y ACDI), los gobiernos (en particular, Brasil, África del Sur, Zimbabue y Ghana⁸⁵) y organizaciones no gubernamentales han producido documentos sobre los condones femeninos, organizado reuniones y consultas y financiado o apoyado el desarrollo de proyectos, capacitación, promoción y distribución de condones femeninos. Este informe no pretende hacer una lista de sus logros, sino hacer notar que se ha hecho algún progreso.

En el 2005, UNFPA lanzó su Iniciativa Global del Condón Femenino, cuyo objetivo es apoyar a los gobiernos para ampliar los programas de condones femeninos. La iniciativa promueve los condones

femeninos como un método de protección dual que debería ser un componente esencial tanto de prevención del VIH como programas de salud reproductiva. Actualmente su lista incluye 47 países, que comprende 17 en países de África, 6 de Asia y 21 naciones del Caribe.⁸⁶ Aunque el cambio positivo es evidente en algunos países, existe un muy largo camino que recorrer. Muchos programas tienen agotadas sus existencias de condones femeninos y el manejo de la cadena de abastecimiento sigue siendo un asunto problemático en incluso en los mejores programas.⁸⁷ El número de condones femeninos disponibles es aún diminuto en el contexto del número de mujeres sexualmente activas, lo cual hace que el condón femenino sea un “producto de nicho” para unas cuantas mujeres en virtud de ser un producto normalizado para muchas mujeres.

Cuadro 3: El programa del acceso universal al condón femenino (UAFC) por iniciativa de Oxfam

Este programa es complementario a la Iniciativa Global del Condón Femenino de UNFPA. Oxfam formó el Consorcio del Condón Femenino con el Ministro de Asuntos Exteriores de los Países Bajos, la Fundación de la Población Mundial y las soluciones IDA.

El programa UAFC tiene tres componentes:

1. La inversión en la investigación y el desarrollo para reducir el costo unitario de los condones femeninos.
2. Los programas del condón femenino de gran escala en tres países africanos: Nigeria, Camerún y un tercer país (dependiente de financiamiento) para demostrar que se puede crear la demanda, que se pueden manejar las cadenas de abastecimiento y que la educación puede conducir a un comportamiento sexual más seguro y empoderamiento de la mujer.
3. La presión política internacional de una mayor inversión en los condones femeninos y el vínculo y aprendizaje para un programa más efectivo.

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

5 Recomendaciones para el cambio

El informe [sobre condones femeninos⁸⁸] es una crítica sobre la posición del gobierno actual de Estados Unidos, aunque las mismas preocupaciones se pueden igualmente nivelar en otros jugadores importantes, incluyendo ONUSIDA y la OMS. Lo que en realidad hace falta es un compromiso de alto nivel que asegure mejores esfuerzos de distribución dentro del sistema de asistencia de salud pública, bajar los costos... y asegurar que haya suficientes recursos disponibles para poder ampliar los programas y las estrategias promocionales ... El fracaso de pruebas recientes para mostrar la eficiencia de nuevos candidatos de microbicidas y el diafragma, hace que la promoción del condón femenino como intervención salvavidas sea más pertinente que nunca.

Editorial, *Enfermedades Infecciosas de Lanceta*, junio 2008⁸⁹

Es algo sintomático de la falta de liderazgo sobre los condones femeninos y la falta de inversión en ellos, de forma que tras 15 años de su intervención, nosotros no tenemos:

- Ninguna valoración sobre la demanda global de condones femeninos.
- Los objetivos globales para la disposición pública de los condones femeninos.
- Los cálculos de los requisitos de financiamiento global para suministrar los condones femeninos⁹⁰.
- Los estimados globales de la cantidad de infecciones de VIH y embarazos no deseados que se podrían evitar a través del uso de condones femeninos.
- Un portal de información para los datos de ensayos y programas del condón femenino.
- Una campaña global animada para los condones femeninos.
- Una estrategia global para el desarrollo y la producción de condones femeninos que sean asequibles.

De forma más significativa, la mayoría de las mujeres del mundo no tienen acceso a los condones femeninos. Esto puede y debe cambiarse, al pasar de 15 años perdidos a una acción que haga que los condones femeninos se vuelvan accesibles.

1. ONUSIDA y UNFPA, junto con las organizaciones de desarrollo y donantes, deben dar un liderazgo global visible para explotar el potencial del condón femenino como un método contraceptivo y de prevención contra las ITS, incluyendo el VIH. Ellos deben hacer rigurosos esfuerzos de presión política, priorizar recursos y establecer objetivos sustanciosos para mejorar el acceso. Un objetivo de corto plazo de aumentar la distribución del condón femenino al 5% de la distribución total de condones y hacer que esto se logre y se pueda pagar a un costo de alrededor de \$120 millones por año de forma global.⁹¹
2. Las agencias de las NU (ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM, UNICEF, OMS y la OTI) y los donantes internacionales, incluyendo el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria deben promover el condón femenino en sus políticas de salud y de género y brindar asistencia concreta a las agencias y gobiernos que las implementan. Ellos deben fomentar la inversión de forma sustancial en los condones femeninos y ONUSIDA la debería incluir en su cartera.
3. Los gobiernos, donantes y los inversionistas privados deben apoyar la investigación y el desarrollo (I+D) del condón femenino para crear opciones y bajar los precios. En el 2006, los donantes gastaron más de \$1 mil millones para desarrollar nuevas tecnologías de prevención del VIH.⁹² Una inversión de tan solo \$20 millones permitiría que nuevos condones femeninos entren al mercado. Las leyes de patentes no deberían escatimar esfuerzos para desarrollar nuevos condones femeninos y producir versiones genéricas que se pueden pagar, sobretudo patentes de investigación y desarrollo que surjan de fondos públicos. La Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos deberían considerar los condones femeninos bajo la misma clasificación que se usa actualmente con los condones masculinos, aunque todavía se requieren nuevos productos para emitir pruebas de efectividad.
4. Los gobiernos nacionales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado deberían colaborar en programas de condones femeninos integrados a largo plazo globales, haciendo que los condones femeninos estén a disposición de todos los hombres y mujeres, dado su relevancia universal como método anticonceptivo y de prevención de las ITS.

5. Las organizaciones de la sociedad civil deberían demandar que los gobiernos y las agencias internacionales incluyan condones femeninos en sus programas de planificación familiar y de prevención de enfermedades reproductivas (incluyendo el VIH) y en sus planes de financiamiento para el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del presidente de Estados Unidos (conocido por sus siglas PEPFAR en inglés), el Fondo Mundial y ONUSIDA.

Notas

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

¹ Assuming male condom distribution of 11 billion per year, 580 million female condoms would equal 5 per cent of the total. At an estimated price of \$0.22, this equals \$127.6m, less those which would be privately purchased (currently around 86 per cent of production is purchased by public bodies.)

² 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.

³ CHANGE (2008) press release, 22 April, www.preventionnow.net.

⁴ www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/ResourcesAndFunding/default.asp.

⁵ In terms of efficacy, research shows that the FC1 and FC2 female condoms are comparable to other barrier methods in preventing pregnancy and STIs, www.unfpa.org/hiv/female.htm.

⁶ As of the end of 2007, approximately 31 per cent of people in need of anti-retroviral treatment in developing nations were accessing it (data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20080602_treatment_report_en.pdf). By comparison, in 2007 roughly 22 million female condoms were distributed to less-developed countries with a combined population of approximately 1.4 billion women aged 15–49 (esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2). This is equivalent to 1.6 per cent of those women each having access to a single female condom. For 31 per cent of those in need to gain access to a supply, we would have to make ludicrously low and incorrect assumptions: for example, that only 1 per cent of the women were in need of female condoms, and that a yearly supply constitutes just five condoms.

⁷ UNAIDS (2008) 'AIDS: exceptionalism revisited', lecture by Peter Piot, UNAIDS Executive Director, London School of Economics and Political Science, 15 May, www.unaids.org. This is the lowest estimate seen during research for this paper; the highest is six new infections for every person on treatment (Stated by Anthony Fauci, the Director of America's National Institute of Allergy and Infectious Diseases at the International AIDS Society meeting in July 2007, www.medicalnewstoday.com/articles/77589.php).

⁸ Rough estimate based on: 25.6 million female condoms sold by FHC in 2007, 86 per cent of which were purchased by the public sector (personal communication, Patrick Friel, 20 June 2008), multiplied by a fully loaded cost of \$1.37 (PSI 2005 figure of \$1.28 + inflation, cited in PATH & UNFPA 2005); research studies generous estimate of \$1.3m; staff costs not included in fully-loaded price, high estimate of 12 full-time at salary of \$70,000 pa

each. Total of \$32.8m compared to total estimated expenditure on HIV response in 2007 of \$10bn.

⁹ The Female Health Company's condoms are marketed under many brand names, including *Reality, Femidom, Dominique, Femy, Myfemy, Protectiv, Care, Confidorm*, and *Velvet*, www.femalehealth.com. Medtech's Reddy condom is sold under brand names including *Reddy, V Amour, L'amour, VA WOW Feminine condom*, and *Sutra*, www.medtechproducts.net. PATH is a not-for-profit organisation, which has followed a user-driven design process aimed at developing a female condom with very high user acceptability, www.path.org. Mediteam does not have a website; personal communication from Chantelle Couvreur of Mediteam via Rino Mayers of IDA Solutions, 5 June 2008.

¹⁰ This mechanism has been put in place while an international standard for female condoms is developed, which will take at least another two years who.int/reproductive-health/stis/female_condom.htm.

¹¹ Female Health Company (2007) 'The Distance Travelled', Female Health Company Annual Report 2006, www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual. The nitrile FC2 has allowed the company to lower the price to public-health agencies and to increase its gross profit margin ('The Female Health Company Reports 267% Increase in Second Quarter Earnings', press release 14 May 2008, www.femalehealth.com/fhcoinvestor.html#annual).

¹² Personal communication, Rino Meyers, IDA Solutions, 3 July 2008.

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

¹⁴ UNAIDS & WHO (2007) 'AIDS Epidemic Update 2007', www.unaids.org.

¹⁵ UNAIDS & WHO (2006) 'AIDS Epidemic Update 2006' reports that in Thailand a large proportion of new infections were among groups thought to be at low risk, with one third being married women, while in Ghana, 'as in many other countries, marriage appears to be a significant risk factor for women...while mobility is a strong risk factor among men. Married women were almost three times more likely to be HIV-infected than women who had never been married'.

¹⁶ UNAIDS & WHO (2007) *op.cit.*

¹⁷ 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 Working Paper Number 144, April 2008, www.cgdev.org/content/publications/detail/15973.

¹⁸ All statistics in this subsection taken from Guttmacher/WHO (2007) 'Facts on Induced Abortion Worldwide', www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.

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

²⁰ UN (2007) 'Africa and the Millennium Development Goals 2007 Update', www.un.org/millenniumgoals/docs/MDGafrica07.pdf.

²¹ UN (2007) 'The Millennium Development Goals Report 2007', mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/UNSD_MDG_Report_2007e.pdf

²² Data in this sub-section is taken from UN (2007) 'The Millennium Development Goals: 2007 Progress Chart', mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2007/MDG_Report_2007_Progress_Chart_en.pdf.

²³ The exception is that latex condoms can cause natural rubber latex allergy. The prevalence of this allergy is unclear. Studies in the west suggest that 1–6 per cent of the population may be sensitised to natural rubber latex, but not all develop symptoms (www.hse.gov.uk/latex/about.htm). UNAIDS cites a figure of up to 8 per cent (UNAIDS (1997) 'The Female Condom and AIDS', Point of View, Best Practice Collection, April). Non-latex male condoms are available commercially in some developing countries, but are not easily accessible via the public-health systems.

²⁴ For example, in one study, 13 per cent of women reported using the female condom without their sexual partner's knowledge (D. Kerrigan, S. Mobley, N. Rutenberg, A. Fisher, and E. Weiss (2000) *The Female Condom: Dynamics of Use in Urban Zimbabwe*, Horizons, the Population Council, list.popcouncil.org/pdfs/horizons/fcz.pdf).

²⁵ In a study in South Africa 65 per cent of female condom users said it was easier to convince their partner to use a female condom compared with a male condom mainly due to the transfer of responsibility (M. Beksinska, E. Marumo, J. Smit, and Z. Mabude (2005) 'Country Experiences from South Africa', presented at the Global Consultation on Female Condoms in Baltimore in September 2005, www.path.org/projects/womans_condom_gcfc2005.php. Some people object to this shifting of responsibility from men to women as the male condom is the only male-initiated form of contraception. However, many women argue the opposite, preferring to be in control of protecting their own bodies.

²⁶ 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, and 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', presented at the Global Health Council's event 'Expanding Access to Female Condoms to Stem the Spread of HIV' in Washington, DC on 14 June 2006, www.globalhealth.org/images/pdf/public_policy/hoffman_061406.pdf.

²⁷ 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.*.

²⁸ J.E. Mantell *et al.* (2008) *op.cit.*; A.L. Gray, J.A. Smit, N. Manzini, and M. Bekinska (2006) 'Systematic Review of Contraceptive Medicines: "Does

Choice Make A Difference?”, RHRU, University of Witwatersand, South Africa,
<http://mednet3.who.int/EML/expcom/expcom15/applications/sections/ContraChoiceReview.pdf>.

²⁹ UNAIDS & WHO (1997) *The Female Condom: An Information Pack*, April.

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

³¹ Though not at the same time! L. Artz, M. Macaluso, I. Brill, J. Kelaghan, H. Austin, M. Fleenor, L. Robey, and 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.

³² Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*.

³³ G.Vijayakumar, Z. Mabude, J. Smit, M. Beksinska, and 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.

³⁴ A. Fontanet, J. Saba, V. Chandelying, C. Sakondhavat, P. Bhiraueus, S. Rugsao, C. Chongsomchai, O. Kiriwat, S. Tovanabutra, L. Dally, J.M. Lange, and 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.

³⁵ T.H. Hoke, P.J. Feldblum, K. Van Damme, M.D. Nasution, T.W. Grey, E.L. Wong, L. Ralimamonjy, L. Raharimalala, and 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.

³⁶ The public-health price for UNFPA/UNAIDS/WHO purchases from the Female Health Company is currently \$0.55 (personal communication, Rino Mayers, IDA Solutions, 19 June 2008) against a price of male condoms of around \$0.03. The Reddy condom can be purchased for \$0.45 (personal communication, Rino Mayers, IDA Solutions, 3 July 2008).

³⁷ Hoke *et al.* (2007) *op.cit.*.

³⁸ UNAIDS (1999) *Launching and Promoting the Female Condom in Eastern and Southern Africa*, UNAIDS Best Practice Collection, May, www.unaids.org.

³⁹ E. Marseille, J. Kahn, K. Billingham, and 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. The 2006 study showed less compelling savings, but only accounted for the cost of anti-retroviral treatment, excluding the costs of other treatment

associated with HIV including hospitalisation, and of other STIs. All such studies are highly sensitive to the many assumptions made for the input parameters, including changing prices for treatment and condoms.

⁴⁰ Kaler (2004) *op.cit.*.

⁴¹ Five years' time is the earliest the public might access a microbicide (www.global-campaign.org/about_microbicides.htm). A vaccine is much further away: in a recent survey, nearly two-thirds of AIDS scientists believed it would be more than ten years (www.independent.co.uk/news/science/is-it-time-to-give-up-the-search-for-an-aids-vaccine-814737.html).

⁴² Male and female condoms are around 95 per cent effective when used correctly and consistently. The International AIDS Vaccine Initiative notes that 'even after people receive the vaccine, they will still need to take other prevention precautions (such as using condoms and microbicides)' (www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=1685), while the Global Campaign for Microbicides expects that correct and consistent use of male and female condoms will be the preferred option, with microbicides' role being giving some protection to people who cannot or will not use condoms (www.global-campaign.org/more_microbicides.htm).

⁴³ Personal communication, 6 June 2008.

⁴⁴ UNAIDS & WHO (1997) *op.cit.*.

⁴⁵ Vijayakumar *et al.* (2006) *op.cit.*.

⁴⁶ Data in these bullet points is taken from: Telles Dias *et al.* (2006) *op.cit.*; Mantell *et al.* (2008) *op.cit.*; M. Skaer and V. Ebin (2006) *In Our Own Hands: SWAA-Ghana Champions of the Female Condom*, www.popcouncil.org/pdfs/qcqc/QCQ17.pdf; Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*; UNAIDS & WHO (1997) *op.cit.*; and information from the Female Health Company, www.femalehealth.com.

⁴⁷ Male condoms require an erection, and so can only be employed during sex, whereas female condoms can be inserted up to eight hours before sex. This means no interruption in sex play, and avoids the renegotiation and potential conflict caused when women have to ask their partner to stop and put on a male condom. It also precludes taking risky decisions in the 'heat of the moment'. Furthermore, with male condoms, penetration leads directly to ejaculation, after which the man must withdraw or risk having the condom slip off. With female condoms the process doesn't have to be so linear, as there is no need to maintain an erection to keep the condom in place. Penetration can be mixed with other kinds of sex play. Following ejaculation, the couple can stay together if they wish, with no need to part straight after male orgasm.

⁴⁸ In addition, some women and men get added sexual stimulation from the inner and outer rings of FC1 and FC2. This can make sex with a female condom more pleasurable than sex without protection.

⁴⁹ In one study 21 per cent of receptive partners and 26 per cent of insertive partners preferred FC1 over male condoms when having sex with someone of unknown HIV status. This figure rose to 60 per cent for HIV-positive

insertive partners having sex with an HIV-negative partner. (C. Renzia, S.R. Tabet, J.A. Stucky, N. Eaton, A.S. Coletti, C.M. Surawicz, S.N. Agoff, P.J. Heagerty, M.Grosse, and 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).

⁵⁰ In a study in Brazil, less than a fifth of female condom users initially adopted the technology without any problem, but all did adopt it with support to overcome those 'teething problems' (Telles Dias *et al.* 2006 *op.cit.*). The participants identified the following issues as influencing their acceptance and subsequent adoption of the female condom: (1) practising condom insertion on a pelvic model; (2) being warned that there would likely be a period of adjustment during which it is usual to experience difficulties; (3) encouragement regarding use of the product, including its advantages; (4) testimonials from others who liked and adopted the method; (5) learning strategies to negotiate condom use with sexual partners; (6) information on female genital anatomy; and (7) information on STIs. In another trial, users of female condoms initially reported problems of slippage in 10 per cent of uses, but this had gone to 0 (out of 129 uses) by the end of the study (Fontanet *et al.* (1998) *op.cit.*).

⁵¹ Hoffman (2008) *op.cit.*, citing four other studies.

⁵² Prastut Consulting (2007) 'Product Usage Study Report, Natural Latex Female Condom', April 12, inspiral.tv/imglib/VA-Standalone_study_Analysis_and_report.pdf

⁵³ PATH reports from its trials that over 90 per cent of couples were satisfied with the condom's performance for ease of use, stability, comfort, and sensation. Ninety-eight per cent of women and 99 per cent of men found the sensation of sex to be okay to very satisfactory: www.path.org/files/TS_update_womans_condom.pdf.

⁵⁴ Quotes taken from: Welbourn (2006) *op.cit.*; Telles Dias *et al.* (2006) *op.cit.*; ZWRN (no date): '*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. UK and USA quotes from personal communications.

⁵⁵ For example, PSI in Zimbabwe initially forecast sales of 4,000 female condoms a month, but sold an average of almost 19,000 a month for the first four months, slowing to an average of over 13,000 a month in the following 25 months (Kerrigan *et al.* (2000) *op.cit.*).

⁵⁶ In 2007, worldwide about 26 million female condoms were distributed, compared with around 11 billion male condoms (CHANGE (2008) *op.cit.*).

⁵⁷ CHANGE attempted to find a global estimate of demand for female condoms in order to advocate that USAID should fund its share of meeting demand. However, they were unable to find any such estimate (personal communication, Lauren Sisson, CHANGE, 5 May 2008). Its non-existence is confirmed by Bidia Deperthes of UNFPA (personal communication, 17 June 2008).

⁵⁸ For example, in market research in Ghana, 60 per cent of respondents had never heard of the female condom, and just 0.4 per cent had ever used it (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*).

⁵⁹ 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.

⁶⁰ SWAA Cameroon (communication from Adrienne Germaine), Ghana (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*), and Tanzania and Malawi (World Population Fund & Oxfam Novib (2007) 'A Matter of Choice Rather than Noise', report on an international meeting on the female condom, 12–14 September 2007, Oegstgeest, The Netherlands, available from the resources page of www.preventionnow.net).

⁶¹ For example, in Fontanet *et al.* (1998) *op.cit.*, sex workers were asked to propose a male condom, and only to use a female condom if the client refused. This approach maximises cost-effectiveness.

⁶² In one Zambian study couples were counselled about the benefits of condom use, but were given only ten female condoms against 60 male condoms at each visit to the clinic. Despite female condoms making up only 14 per cent of their condom supply, the couples reported using them in around 24 per cent of sexual acts after 12 months; it is plausible that their use would have been higher if the supply were not so restricted. This is not mentioned in the study, nor in any citations or reviews of it. (E. Musaba, C.S. Morrison, M.R. Sunkutu, and 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).

⁶³ World Population Foundation & Oxfam Novib (2007) *op.cit.*.

⁶⁴ UNFPA (2008) *op.cit.*.

⁶⁵ World Population Fund & Oxfam Novib (2007) *op.cit.*.

⁶⁶ CHANGE (2008) *op.cit.*.

⁶⁷ G.F. Brown, V. Raghavendran, and S. Walker (2007) 'Planning for Microbicide Access in Developing Countries: Lessons from the Introduction of Contraceptive Technologies', International Partnership for Microbicides, July 2007, ipm-microbicides.org/pdfs/english/ipm_publications/2007/ipm_rh_paper_en_20070730v6.pdf.

⁶⁸ For example, the Aidsmap website (www.aidsmap.com, accessed on 5 June 2008) features three paragraphs on female-controlled methods of safer sex. The first gives the context. The second states that the female condom is the first product to give women more control, but then gives four negative opinions. The last of these – that a man can deliberately insert his penis in the vagina around the side of the condom without the woman knowing – is not an issue reported in trials. The third paragraph is about microbicides, making two positive comments, including that they potentially have the benefit of protection against STIs.

⁶⁹ CHANGE (2008) *op.cit.*.

⁷⁰ For example, in an on-line conference in May 2008 about female condoms, one contributor from Uganda stated: 'female condoms are quite expensive, particularly for cash-strapped countries where funds for condom procurement and promotion have to be requested as a donation from development partners/donors. Sometimes we have to make a choice and convince ourselves that it would be more cost-effective to bring in 2 million male condoms than 100,000 pieces of the female condoms'. She also noted that she would prefer not to have to choose, but to give people access to both. Of course, the trade-off is rarely applied outside of the condom sphere, for example, to compare procurement of female condoms with that of jet fighters.

⁷¹ Conservatism is also evident in provider bias. Within HIV prevention, staff are generally more comfortable with promoting the male condom. Family-planning staff have a preference for 100 per cent effective oral contraceptives over harm-reduction strategies (Kaler (2004) *op.cit.*).

⁷² For example, a joint statement by WHO, UNAIDS, and UNFPA entitled 'Position Statement on Condoms and HIV Prevention (July 2004)' begins: 'The male latex condom is the single, most efficient, available technology to reduce the sexual transmission of HIV and other sexually transmitted infections'. Yet the female condom is as efficacious as the male condom. The document includes 38 references to 'condoms' but only one to 'female condoms': 'Female condoms can provide women with more control in protecting themselves', www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/343_filename_Condom_statement.pdf

⁷³ When accessed on 29 April 2006, a UNAIDS web page began with the same sentence as the previous footnote, but then added: 'Along with the female condom, it [the male condom] is a main component of comprehensive strategies to reduce risks of sexual exposure to HIV'. However, in the process of researching this brief, the page was updated to read: 'The male latex condom is the most efficient and available technology to reduce the sexual transmission of HIV and other sexually transmitted infections. The female condom is increasingly available and is equally effective in reducing the sexual transmission of HIV. Condoms have played a decisive role in HIV prevention efforts in many countries. Both male and female condoms are a main component of comprehensive strategies to reduce risks of sexual exposure to HIV', www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/Condoms/default.asp.

⁷⁴ For example, UNAIDS' 2007 *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention, Towards Universal Access* mentions 'male and female condoms' throughout, but gives no special attention to the challenges of expanding access to female condoms despite all the known problems of negative perceptions, costs of procurement, the need to train health providers, and so on.

⁷⁵ Brown *et al.* (2007) *op.cit.*; CHANGE (2008) *op.cit.*. Mantell *et al.* (2008) *op.cit.* failed to find figures for global investment in research and development of female condoms; investment in procurement and

programming is also difficult to track because many donors provide support through non-earmarked funds.

⁷⁶ Over (2008) *op.cit.*. As Peter Piot stated recently in his opening speech to the Implementers' Meeting: 'First we need to work much harder on prevention. Although some countries are, for the first time, recording lower rates of new infections, most AIDS responses still pay too little attention to HIV prevention...One problem is lack of demand. Imagine what could happen if there were a strong constituency – along the lines of South Africa's Treatment Action Campaign –marching for HIV prevention too'. (UNAIDS (2008) 'Opening Speech at the Implementers Meeting', Peter Piot, UNAIDS Executive Director, Kampala, 3 June 2008, www.unaids.org).

⁷⁷ For 2006, UNFPA estimated that 18 billion condoms were needed, and about 11.4 billion were available (UNFPA (2007) *op.cit.*).

⁷⁸ For example, on World AIDS Day 2004 Peter Piot of UNAIDS stated (emphasis added) 'To reverse these inequities we must focus attention and resources on increasing access to prevention and treatment services for women. We need to make female condoms readily accessible in more parts of the world. *And even more urgent* is the need for investment in a microbicide that a woman can confidently and confidentially use to protect herself from HIV', data.unaids.org/Media/Speeches02/sp_piot_wad2004_01dec04_en.pdf.

⁷⁹ 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.

⁸⁰ Personal communication, Joanie Robertson, PATH, 14 May 2008.

⁸¹ Kaler (2004) *op.cit.* states '...investment in large scaling-up of activities is crucial, as is moving beyond piloting and acceptability studies...Sadly, it may seem safer to invest in endless piecemeal trials rather than taking the leap to scale-up, but the public health impact of acceptability trials is negligible'.

⁸² PATH & UNFPA (2006) *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*, www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=298. The fully loaded cost per female condom in PSI programmes was \$2.96 in 2000, down to \$1.28 in 2005.

⁸³ With the exception of the Female Health Company's development of FC2, which has resulted in around a 30 per cent reduction in price compared to FC1. Regarding re-use, WHO funded several studies of FC1 and produced protocols to assist in risk-reduction, but never recommended reuse of FC1. Studies showed that it could be washed, re-lubricated, and re-used up to seven times without damaging its structural integrity: www.who.int/reproductive-health/stis/reuse.en.html.

⁸⁴ PATH & UNFPA (2006) *op.cit.*. Currently the Food and Drug Administration classifies female condoms in the same category as pace-makers and other invasive devices. This makes the clinical trials very expensive, a severe deterrent to manufacturers. It has also affected device improvement: the Female Health Company only changed the material for FC2 and not the

design, to minimise the time and cost of approval processes. US approval is required for USAID procurement: USAID is currently procuring the more expensive FC1 because FC2 has not yet passed US Food and Drug Administration approval. Male condoms are classified differently, and do not face the same regulatory challenges.

⁸⁵ For an analysis of the characteristics of these leading programmes, see M. Warren and A. Philpott (2003) 'Expanding Safer Sex Options: Introducing the Female Condom into National Programs', *Reproductive Health Matters* 11(21): 130–39.

⁸⁶ As of May 2008, they are Botswana, Burkina Faso, Central African Republic, Congo DR, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Liberia, Malawi, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Tanzania, Zambia, Zimbabwe, Cambodia, India, Loa PDR, Mongolia, Myanmar, Papua New Guinea, Anguilla, Antigua & Barbuda, Aruba, Barbados, Belize, Bermuda, Bonaire, Cayman Islands, Curacao, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, Monsterrat, St. Eustatius, St. Kitts/Nevis, St. Lucia, St. Maarten, St. Vincent, Suriname, Tortola, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos (UNFPA (2008) *op.cit.*).

⁸⁷ SWAA Cameroon (communication from Adrienne Germaine), Ghana (Skaer & Ebin (2006) *op.cit.*), and Tanzania and Malawi (World Population Fund & Oxfam Novib (2007) *op.cit.*).

⁸⁸ CHANGE (2008) *op.cit.*.

⁸⁹ *The Lancet Infectious Diseases* 8(6): 343, www.thelancet.com (free registration required to access documents).

⁹⁰ Personal communication, Bidia Deperthes, UNFPA, 16 June 2008.

⁹¹ Assuming male condom distribution of 11 billion per year, 580 million female condoms would equal 5 per cent of the total. At an estimated price of \$0.22, this equals \$127.6m, less those which would be privately purchased (currently around 86 per cent of production is purchased by public bodies.)

⁹² 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.

© Oxfam International, Agosto 2008

Este documento ha sido escrito 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 elaboración. Forma parte de una serie de documentos escritos para contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Su contenido 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. Los derechos de propiedad requieren 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 otra publicaciones, o traducciones o adaptaciones, debe solicitarse permiso y puede requerir el pago de una tasa. Correo electrónico: publish@oxfam.org.uk

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor envíe un correo a 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 Canada, Oxfam Australia, Oxfam Alemania, Oxfam Francia – Agir Ici, Oxfam GB, Oxfam Hog Kong, Intermón Oxfam (España), Oxfam Irlanda, Oxfam Novib, Oxfam Nueva Zelanda y Oxfam Quebec.

www.oxfam.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