

Enero 2015– Síntesis rápida de evidencia

¿Cuál es el impacto de una política de promoción del condón femenino como complemento al condón masculino en la población?

La evidencia de estudios in-vitro muestra que el Condón Femenino (CF) es al menos tan efectivo como el Condón Masculino (CM) para prevenir la transmisión de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población.

Mensajes clave

- El uso correcto de **CF no presentaría diferencias** con el **CM** en cuanto a la protección para transmitir **VIH**.
- Complementar la entrega de **CF con CM** podría **reducir o no generar diferencias** en la **prevalencia de ITS** en comparación a la entrega de CM como intervención única.
- De nuestro conocimiento, no hay ningún estudio que estudie la transmisión de VIH e ITS en **FC2** (segunda versión del CF).
- La promoción y entrega conjunta de CF y CM **incrementa el número de actos sexuales protegidos** (bajo cualquier método) en la población, además de potenciar el **empoderamiento y autonomía de la mujer**.
- La proporción de **falla del CF** es **relativamente baja** (0.6%–13%) y similar a la del CM (CF se rompe menos, no obstante se desliza más).
- El **uso correcto** de CF está directamente relacionado con su **efectividad**. Pese a que el CF es **menos utilizado que el CM**, la aceptabilidad del dispositivo es variable, llegando a ser alta en algunos grupos (por ej, **trabajadoras sexuales**). No se recomienda la **reutilización** del CF y su uso para **sexo anal**.
- Se notifican alrededor de **2.400 casos anuales** de **VIH/SIDA** y alrededor de **38.000 personas viven** con esta enfermedad en el país. El **24%** de los chilenos reporta haber **utilizado CM** en los últimos 12 meses.

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile (evipnet.minsal.cl)

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 15 días hábiles**

! Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones
- **Datos de la realidad del país:** Breve síntesis sobre la condición actual del país en este tema
- **Actores clave:** Personas que han trabajado extensamente en el área, tanto nacional como internamente.

X No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones en la implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.

El resumen utiliza las siguientes revisiones sistemáticas:

(Remme et al., 2014)
(Gallo et al, 2012)
(Vijayakumar et al, 2006)
(Minnis & Padian, 2005)
(Araujo, 2006)

Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

15 días hábiles

¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el **Departamento de Prevención y Control de VIH/SIDA** del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

A nivel global, 35 millones de personas en el mundo viven con VIH/SIDA y 1.5 millones mueren cada año producto de esta condición [1]. En este escenario, organizaciones internacionales han llevado a cabo estrategias de prevención, promoviendo entre otras alternativas, la distribución y uso de preservativos [2].

Pese a la reconocida efectividad del Condón Masculino (CM) para prevenir la transmisión de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), numerosos actores han argumentado que es necesario contar con otros métodos complementarios. Entre otros, el Condón Femenino (CF) ha sido promovido internacionalmente como un método que, a diferencia del CM, protege no solo los genitales internos, sino también los externos, otorgando un mayor grado de protección al acto sexual. Además, al no contener látex, evita cualquier tipo de alergias en los usuarios.

El CF ha recibido apoyo transversal por parte de las organizaciones internacionales. La OMS formó un Comité Técnico para revisarlo, señalando que la promoción del CF puede generar un mayor espectro para la elección por parte de las mujeres [3]. A partir de esto, se estima que UNFPA y USAID han repartido unos 37.8 millones de CF a nivel mundial [2].

La disponibilidad de CF es bastante variable, con distintos tipos de dispositivos en el mercado, no obstante no todos han sido aprobados por el WHO/UNFPA technical review Committee para ser comprados y entregados por organizaciones internacionales. La tabla siguiente resume los tipos de CF disponibles:

¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la creación de una política de promoción del condón femenino en el país.

¿Cómo fue preparado este resumen?

Utilizando palabras clave como “Condón Femenino”, “VIH/SIDA”, “Enfermedades de Transmisión Sexual” y “Contraception” se buscó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, PDQ Evidence, Health System Evidence, Health Evidence, ISIWeb of Knowledge y Support Summaries con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas del tema. Se seleccionaron preferentemente aquellas que incluían información relevante y que fueron publicadas en los últimos 5 años.

Adicionalmente, se utilizaron revisiones realizadas por el Ministerio de Salud anteriormente, además de preguntar a expertos que han trabajado ampliamente con el tema, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Por último, se utilizó información del Depto de Epidemiología de MINSAL, encuestas realizadas en INJUV y el Global Health Observatory de la OMS para obtener datos de la realidad de Chile en esta área.

Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto del efecto de una política de una política de promoción del condón femenino. Se presentan los principales hallazgos encontrados, algunas consideraciones adicionales acerca de la implementación de este tipo de programas y un breve resumen de la realidad del país en indicadores relevantes.

Nombre (Nombre comercial)	Características	Certificación
FC1 (Reality®, Femidom®)	Primer CF fabricado. Hecho de poliuretano con anillo flexible para inserción. No se fabrica desde 2009	WHO/UNFPA FDA
FC2 (Protectiv, Care)	Disponible desde 2005. Hecho de polímero de nitrilo con un costo menor a FC1	WHO/UNFPA FDA
VA w.o.w®	Hecho de látex	BR ¹ WHO/UNFPA
Phoenurse®	Hecho de poliuretano	BR WHO/UNFPA
Cupid1® (L'Amour® o Jeitosa®)	Hecho de látex	WHO/UNFPA
Panty Condom	Hecho de resina sintética de polietileno	Ninguna
Woman's condom (O'lavie®)	Hecho de poliuretano	BR WHO/UNFPA
ORIGAMI®	Aún en desarrollo. Primer CF de silicona	NA ²

Más información sobre tipos de CF consultar página web [ECMI](#) [4]

Fuentes: [4-7]

Pese al apoyo que algunas organizaciones internacionales han brindado al CF, su distribución no ha alcanzado la misma escala que el Condón Masculino (CM) (se estima que en 2007 se fabricaron 423 CM por cada CF [8]), debido principalmente a las dudas que existen sobre la posible transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH.

Esta síntesis rápida de evidencia intenta recopilar y sistematizar la información disponible sobre el impacto de una política de promoción y distribución del CF en Chile.

¹ Bajo revisión

² No aplica. Espera estar disponible en el mercado a fines de 2015.

Resumen de Hallazgos

Esta síntesis compara la intervención de promover CF como complemento a la entrega de CM, contra la entrega de CM como único producto.

Se utilizaron principalmente 5 revisiones sistemáticas realizadas entre los años 2005–2014, además de documentos institucionales de organismos internacionales y conversaciones con expertos que han trabajado en el tema, tanto en el país como en el extranjero. Finalmente, se utilizaron datos del Departamento de Epidemiología del MINSAL, INJUV y del Global Health Observatory de OMS para describir brevemente la realidad chilena concerniente a esta política.

PREVENCIÓN DE VIH E ITS

Hallazgo 1

→ **Pese a la falta de evidencia disponible, se observa que el CF es eficaz (in-vitro) y su uso correcto no presentaría diferencias con el CM en cuanto a la prevención de la transmisión de VIH. De nuestro conocimiento, no hay ningún estudio que estudie la transmisión de VIH en FC2.**

Se ha analizado la eficacia del CF con estudios in-vitro, los cuales han señalado que el CF (tanto FC1 como FC2) es impermeable al VIH [9-11], CMV [9-11], Herpes [10-11] y Hepatitis B [10-11]. Además, se observa que es totalmente impermeable a gases y líquidos [11]

En términos comparativos, un estudio afirma que el test de fuga de agua demostró una mayor impermeabilidad del CF que el CM [9], así como también una mayor resistencia a condiciones de luz, temperatura y humedad [42]. Otro estudio realizado en Brazil, mostró que al analizar la presencia de semen mediante métodos químicos, el CF es más impermeable que el CM [46].

Por otra parte, 2 estudios (tabla) han abordado el tema desde perspectivas distintas (estudio aleatorizado y simulación), mostrando que la entrega de CM y CF no es diferente de la intervención de entregar únicamente CM, en términos de la transmisión de VIH. Además, la simulación arroja que el grado de transmisión se reduciría al combinar CF con CM.

Comentarios generales sobre ITS y VIH/SIDA

No existen estudios en la realidad local sobre la transmisión de ITS y VIH.

De nuestro conocimiento, **no existen estudios** primarios ni revisiones sistemáticas que aborden la transmisión de ITS y VIH con **CF de tipo 2 (FC2)**.

La incidencia de ITS y VIH son variables con características ampliamente **multifactoriales**, lo que dificulta encontrar diferencias significativas con una intervención que impacta en **una única condición**.

Referencia	Resultados	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
(Ray et al, 2001) [12] citado en [13]	Grupo que recibe CM y CF Grupo que recibe sólo CM: 3 nuevos casos de VIH No hay diferencias significativas	Trabajadoras sexuales en Zimbabwe	149	FC1
(Mukandavire & Garira, 2007) [14] citado en [7]	El grado de transmisión ³ en la población que recibe CM es mayor que el observado entregando CM y CF.	Modelo matemático para predecir la transmisión de VIH en Zimbabwe	NA ⁴	No especificado

Otros autores argumentan que el CF es entre un 94–97% efectivo en reducir el riesgo de transmisión de VIH. No obstante, se señala que esta cifra corresponde a un uso perfecto del dispositivo [15]. De esta manera, es de vital importancia promover el uso correcto del CF para incrementar sustancialmente su efectividad.

Por otro lado, cabe destacar la falta de evidencia empírica que aborde la efectividad del CF sobre la transmisión de VIH, lo que es concordante con la revisión sistemática previa encargada por MINSAL [16]. No obstante, se debe considerar que existen limitaciones en la factibilidad de estudiar la transmisión de VIH, por barreras éticas para realizar diseños experimentales.

Hallazgo 2

→ **Complementar la entrega de Condón Femenino (CF) con CM podría reducir la prevalencia de ITS o no generar diferencias en comparación a la entrega de CM como prevención única. De nuestro conocimiento, no hay ningún estudio que estudie la transmisión de ITS en FC2.**

La evidencia muestra resultados mixtos en cuanto a la efectividad del CF para evitar la transmisión de infecciones. Algunos autores argumentan que no existen estudios claros y confiables sobre prevención de ITS y VIH [6] y que, los existentes, no muestran resultados significativos al incluir el CF al mix de métodos anticonceptivos [9,13]. No obstante, otros autores argumentan que el CF es al menos tan efectivo como el CM en prevenir ITS [10] y VIH [7].

La siguiente tabla describe los estudios primarios analizados, donde se observa una diferencia significativa en 1 estudio, que muestra una menor transmisión de ITS con una intervención que complementa CF y CM, que con una que utiliza únicamente CM. No obstante, el resto de los estudios no muestran diferencias significativas entre ambas intervenciones, por lo que los resultados con ambas intervenciones no son distintos entre sí⁵. Este resultado es consistente con la revisión sistemática realizada anteriormente por el MINSAL [16].

³ Medido como el número reproductivo, que representa las personas que pueden ser transmitidas a partir de una persona con el virus al inicio de la simulación.

⁴ No aplica

⁵ Para poder argumentar equivalencia de ambas intervenciones, es necesario definir un umbral a las hipótesis estadísticas que permita que esta ausencia de diferencia se deba a razones ajenas a la falta de poder estadístico o la alta varianza [17]

Referencia	Infección	Resultados	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
(Soper et al, 1993) [18] citado en [8,11]	Tricomoniasis	Tasa de reinfección comparando 3 grupos: Utilización consistente de CF Utilización no consistente de CF No utilización de CF No hay diferencias significativas	Mujeres mayores de 18 años con tricomoniasis reclutadas en clínicas ambulatorias en centros médicos urbanos en EEUU.	104	FC1
(Feldblum et al, 2001)[19] citado en [8,16]	Chlamydia Gonorrea Tricomoniasis	Prevalencia después de 6 y 12 meses comparando 2 grupos: Grupo que recibe CF y CM Grupo que recibe sólo CM No hay diferencias significativas	Mujeres agricultoras en Kenia	1920	FC1
(Fontanet et al, 1998) [20] citado en [16,21-22]	Chlamydia Gonorrea Tricomoniasis Úlcera genital	Incidencia después de 6 meses en dos grupos: Grupo que recibe CF y CM Grupo que recibe sólo CM No hay diferencias significativas	Trabajadoras sexuales en Tailandia	504	FC1
(French et al, 2003) [23] citado en [16]	Chlamydia Gonorrea Sífilis Tricomoniasis	Prevalencia después de 6-12 meses comparando 2 grupos: Grupo que recibe sólo CF Grupo que recibe sólo CM No hay diferencias significativas	Mujeres reclutadas en clínicas de ITS en EEUU	1442	FC1
(Hoke et al, 2007) [24]	Chlamydia Gonorrea Tricomoniasis	Prevalencia después de 12 y 18 meses comparando el mismo grupo: Primeros 6 meses: Se recibe sólo CM Sigüientes 12 meses: Se recibe CM y CF OR: 0.71* a 12 meses y 0.71* a 18 meses	Trabajadoras sexuales en Madagascar	818	No especificado

*Significancia estadística $p < 0.05$

OTROS HALLAZGOS

Hallazgo 3

→ La promoción del CF aumenta el número de actos sexuales protegidos (bajo cualquier método) en la población, además de potenciar el empoderamiento y autonomía de la mujer.

Pese a que algunos estudios no reportan significancia estadística de las diferencias, en general los estudios primarios de cohorte muestran que una intervención que combina la entrega de CM con CF, aumenta el número de actos sexuales protegidos, al crear un ambiente de seguridad y un bienestar sexual seguro al tener un mayor número de opciones disponibles [10,13,22,25-27].

Referencia	Intervención	Resultado	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
(Thomsen et al, 2006) [28] citado en [29]	Promoción y entrega de CF además de CM	Uso condón inicio: 59.7% Uso condón 12 meses después: 67.1%*	Trabajadoras sexuales en Kenia	149	FC1
(Feldblum, et al 2001) [19] citado en [8]	Comparación entre mujeres con y sin acceso a CF	Uso de CM inicio: 13% Uso CM 6 meses después: 60% Uso CF inicio: 0% Uso CF después 6 meses: 11%**	Mujeres agricultoras en Kenia	1920	FC1
(Artz et al, 2000) [30] citado en [8]	Promoción y entrega de CF además de CM	Actos sexuales protegidos inicio: 38% Tasa de actos sexuales protegidos después de 1 mes: 55%*	Mujeres de 2 clínicas de ITS en Alabama	702	FC1
(Musaba et al, 1998) [31] citado en [13]	Promoción y entrega de CF además de CM y espermicida	Parejas que realizan al menos 1 acto sexual desprotegido después de 3 meses: 42% Proporción de parejas que realizan al menos 1 acto sexual desprotegido después de 6 meses: 34% Proporción de parejas que realizan al menos 1 acto sexual desprotegido después de 12 meses: 10%*	Parejas de clínica de ITS en Zambia	A 3 meses: 51 A 6 meses: 38 A 12 meses: 30	FC1
(Choi et al, 2003)[32] citado en [13]	Promoción y entrega mensual de CF además de CM	Actos sexuales protegidos inicio: 44% Actos sexuales protegidos inicio: 59%*	Clientes de clínica de planificación familiar en EEUU	Inicio: 6130 A 3 meses: 7366	FC1
(Fontanet et al, 1998) [20] citado en [13]	Comparación de 2 grupos: Entrega de CF + CM Entrega de sólo CM	Valores no significativos	Trabajadoras sexuales en Tailandia	2928	FC1

Referencia	Intervención	Resultado	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
(Ray et al, 2001) [12] citado en [13]	Comparación de 2 grupos: Entrega de CF + CM Entrega de sólo CM	En grupo sólo CM: Uso de CM con pareja inicio: 32% Uso de CM con pareja 2.5 meses después: 26% En grupo CF+CM: Uso de CM con pareja inicio: 8% Uso de CM con pareja 2.5 meses después: 33%**	Trabajadoras sexuales en Zimbabwe	149	FC1

*Diferencia significativa $p < 0.05$

**No se especifica significancia estadística

Es interesante constatar que el resumen de los artículos utilizados aquí contempla la realización de actividades de promoción en conjunto a la entrega de CF. De hecho, se ha encontrado evidencia que muestra que este tipo de actividades aumenta de por sí la proporción de uso de CF y el número de actos sexuales protegidos [33].

Por otro lado, se ha observado que la promoción del CF aumenta el empoderamiento y autonomía de la mujer al poseer una herramienta de negociación activa con su pareja y un sentido de control y seguridad durante el acto sexual [8,13,22,26], lo que también se ha observado en la población chilena [34].

Hallazgo 4

➔ **La proporción de falla del CF es relativamente baja (0.6%–13%) y similar a la del CM (CF se rompe menos, no obstante se desliza más).**

Numerosos estudios argumentan que el CF tiene una tasa de fallo un poco mayor que el CM⁶ y que ésta tasa va desde un 2%–25.1% de los actos sexuales [7,9], dependiendo de cómo se utiliza y de la experiencia del usuario [35–36]. No obstante, esta revisión muestra que la tasa de falla de CF va desde un 0.6% a 13%, mientras que la del CM es 1.1%–3.1%.

En términos de los tipos de falla, los estudios primarios que muestra la siguiente tabla señalan que el CF se rompe menos que el CM, la tasa de penetración fuera del condón es variable (los estudios muestran resultados que van entre 0–13%), la invaginación se da en un 3–8% de los casos y la tasa de deslizamiento del CF es bastante variable (0%–13%), además de ser mayor que la del CM y mayor en el CF Phoenurse® que en Femidom®.

⁶ Tasa de fallo global del CM va entre 2–15% dependiendo del correcto uso que se haga de éste [7]

Tipo de Falla	Referencia	Resultados	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
Rotura ⁷	(Hou et al, 2010) [37]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC2 Femidom® vs Phoenurse FC2: 3.6% Phoenurse: 2.9%	Trabajadoras sexuales en China	FC2: 3365 Phoenurse: 3427	FC2 y Phoenurse
	(Beksinka, et al 2006) [38] citado en [39]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC1 Reality® vs FC2 FC1: 0.73% FC2: 0.85%	201 Mujeres expuestas a ITS en Sudáfrica	FC1: 1915 FC2: 1889	FC1 y FC2
	(Valappil et al, 2005) [35]	Comparación fallas de CF vs CM: CF: 0.11% CM: 3.1% No se especifica significancia estadística	Mujeres en 2 clínicas de ITS en Alabama.	CF: 7.895 CM: 12253	FC1
	(Fontanet et al, 1998) [20] citado en [35]	Comparación fallas de CM y CF CF: 0.5% CM: 2.8%*	Trabajadoras sexuales en Tailandia	2928	FC1
	(Macaluso et al, 2003) [36] citado en [35]	Estudio sobre fallas de CF CF: 0.67%	Mujeres que asisten a clínicas de planificación familiar en Alabama entre 21 y 49 años	2232	FC1
	(Jivasak-Apimas et al, 2001) [40] citado en [39]	Comparación fallas de CM y CF CF: 0.6% CM: 2.1% Sin diferencia significativa	Trabajadoras sexuales en Tailandia	CF:2285 CM: 14907	FC1
	Penetración fuera del CF	(Hou et al, 2010) [37]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC2 Femidom® vs Phoenurse FC2: 12.9% Phoenurse: 11.8%	Trabajadoras sexuales en China	FC2: 3365 Phoenurse: 3427
(Beksinka, et al 2006) [38] citado en [39]		Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC1 Reality® vs FC1: FC1: 1.26% FC2: 0.64%	201 Mujeres expuestas a ITS en Sudáfrica	FC1: 1915 FC2: 1889	FC1 y FC2
(Macaluso et al, 2003) [36] citado en [39]		Estudio sobre fallas de CF CF: 1.6%	Mujeres que asisten a clínicas de planificación familiar en Alabama entre 21 y 49 años	2232	FC1

⁷ No se separó entre rotura clínica o no-clínica

Tipo de Falla	Referencia	Resultados	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
Invaginación	(Hou et al, 2010) [37]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC2 Femidom® vs Phoenurse FC2: 7.1% Phoenurse: 8%	Trabajadoras sexuales en China	FC2: 3365 Phoenurse: 3427	FC2 y Phoenurse
	(Beksinka, et al 2006) [38] citado en [39]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC1 Reality® vs FC2 FC1: 3.14% FC2: 2.98%	201 Mujeres expuestas a ITS en Sudáfrica	FC1: 1915 FC2: 1889	FC1 y FC2
	(Macaluso et al, 2003) [36] citado en [39]	Estudio sobre fallas de CF CF: 3.2%	Mujeres que asisten a clínicas de planificación familiar en Alabama entre 21 y 49 años	2232	FC1
Deslizamiento	(Hou et al, 2010) [37]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC2 Femidom® vs Phoenurse FC2: 9.1% Phoenurse: 10.9%*	Trabajadoras sexuales en China	FC2: 3365 Phoenurse: 3427	FC2 y Phoenurse
	(Beksinka, et al 2006) [38] citado en [39]	Comparación fallas de 2 tipos de CF: FC1 Reality® vs FC2 FC1: 0.37% FC2: 0.27%	201 Mujeres expuestas a ITS en Sudáfrica	FC1: 1910 FC2: 1881	FC1 y FC2
Deslizamiento	(Macaluso et al, 2003) [36] citado en [35,39]	Estudio sobre fallas de CF CF: 12.7%	Mujeres que asisten a clínicas de planificación familiar en Alabama entre 21 y 49 años	2232	FC1
	(Valappil et al, 2005)[35] citado en [39]	Comparación fallas de CF vs CM: CF: 5.6% CM: 1.1% Sin diferencia significativa	Mujeres en 2 clínicas de ITS en Alabama.	CF: 7.895 CM: 12253	FC1
	(Fontanet et al, 1998) [20] citado en [35]	Comparación fallas de CM y CF CF: 5.7% CM: 1.3%*	Trabajadoras sexuales en Tailandia	2928	FC1

*Significancia estadística $p < 0.05$

Hallazgo 5

➔ **El uso correcto de CF está directamente relacionado con su efectividad. Pese a que el CF es menos utilizado que el CM, la aceptabilidad del dispositivo es variable, llegando a ser alta en algunos grupos (por ej, trabajadoras sexuales). Las principales desventajas mencionadas son su apariencia, incomodidad y resistencia de la pareja.**

Estudios cualitativos muestran que la eficacia del CF varía entre un 79%-95% dependiendo del uso correcto del dispositivo [8]. Además, y como ha sido mencionado en los hallazgos anteriores, el uso correcto del CF es un aspecto importante para evaluar la efectividad del CF para la prevención de la transmisión de ITS y VIH.

Uso

Según los resultados de los estudios revisados, se observa que el CM es utilizado con mayor frecuencia y que, en general, las personas están más dispuestas a utilizar éste método que el CF (tabla).

Se ha estudiado que el CF es más probable de ser utilizado si ambas partes están de acuerdo en su uso [2], mientras que las probabilidades se reducen bastante si la pareja ya ha tenido problemas en ocupar condón masculino [25]. Por otro lado, algunos estudios muestran que el uso del CF es bajo principalmente debido a su alto costo [9], falta de apoyo de formuladores de política pública internacional [9] y desconocimiento de la tecnología [41].

	Referencia	Resultado	Población estudiada	Tamaño de la muestra	Tipo de CF
Uso	(Barrantes et al, 2012) [42]	CM = 25.3% CF = 1.4%	Mujeres y parejas en población transfronteriza en Costa Rica	297	FC2
	(Diagnosis SRL, 2012) [41]	CM = 44% CF = 4%	Encuesta a población sexual activa en Bolivia	3600	FC2
	(Mejía et al) [43] citado en [8]	CF= 75% de las transacciones sexuales	Trabajadoras sexuales en Perú	ND ⁸	FC1
	(Sakondhvat, 2002) [11]	CF=32% CM=35%	Trabajadoras sexuales en Tailandia	247	FC1
Disposición	(Barrantes et al, 2012) [42]	10.9% estaría dispuesta a utilizar CF en los próximos 12 meses	Mujeres que ya están utilizando un método anticonceptivo en la actualidad en población transfronteriza en Costa Rica	44	FC2
	(Diagnosis SRL, 2012) [41]	Muy dispuesto a ocupar CM: 30% Muy dispuesto a ocupar CF: 10% No dispuesto a ocupar CM: 9% No dispuesto a ocupar CF: 32%	Encuesta a población sexual activa en Bolivia	3600	FC2

Aceptabilidad

La evidencia muestra que un factor importante para el uso correcto es la aceptabilidad del dispositivo [8]. En general, los estudios de aceptabilidad muestran que el CF tiene una experiencia global variable, que va desde un 37 a un 90% de los casos [8,10-11,26,37]. En Chile, un estudio realizado demostró que la experiencia después del primer uso fue calificada como buena o muy buena en el 50% de los casos [34].

⁸ No disponible

Las principales desventajas que los usuarios señalan son:

- Apariencia [8-9]
- Incomodidad/dificultad de uso [9,22,37,41-42], donde se señala principalmente el ruido que este genera, no obstante esta condición habría sido resuelta con el FC2.
- Resistencia otorgada por la pareja [8,16,22,44].

Por otro lado, la aceptabilidad del CF varía dependiendo del grupo de mujeres estudiadas. En Chile, trabajadoras sexuales parecieran ser más propensas a utilizar CF, contemplando que en este grupo existe un alto conocimiento de ambos tipos de preservativos [34,45].

Hallazgo 6

→ **Aún no ha sido estudiada la efectividad del CF para su reutilización y para sexo anal, por lo que se recomienda no utilizarlo en estas circunstancias.**

Algunos autores argumentan que, si bien el CF podría ser reutilizado u ocupado para sexo anal, la evidencia no permite afirmar que sea un mecanismo efectivo para la prevención de la transmisión de ITS y VIH en estas circunstancias [9,47]. En base a esto, se recomienda no utilizar el CF en estos casos.

La realidad de Chile

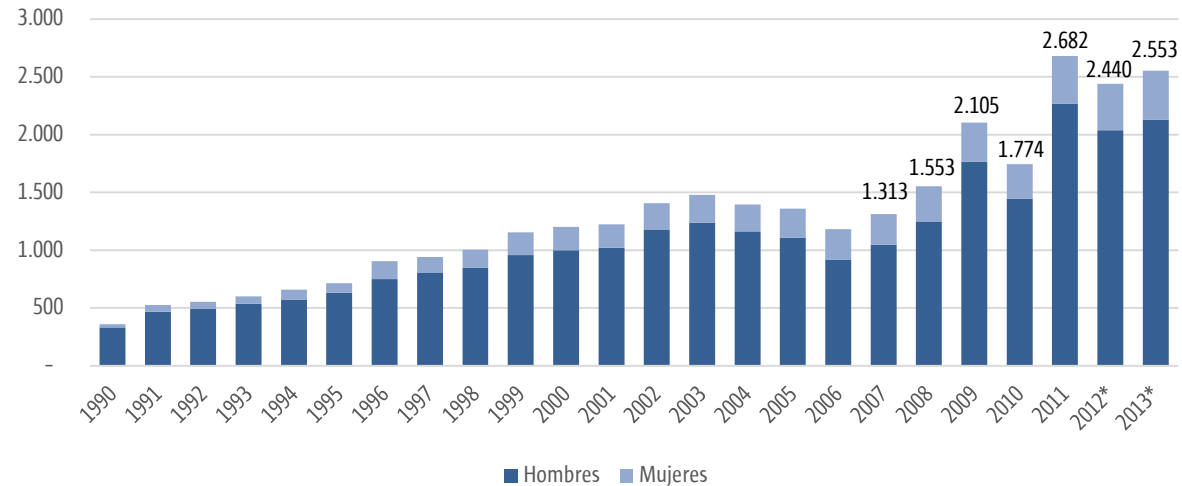
% de uso de preservativo masculino durante los últimos 12 meses



Fuente: ENS 2009-2010. Depto Epidemiología, DIPLAS_MINSAL [49]

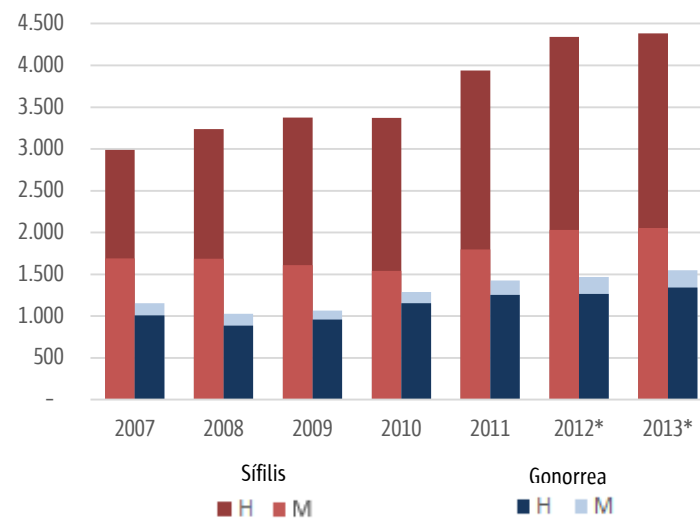
*Datos 2012-2013 son preliminares en proceso de validación

Casos notificados de VIH/SIDA según sexo 1990-2013



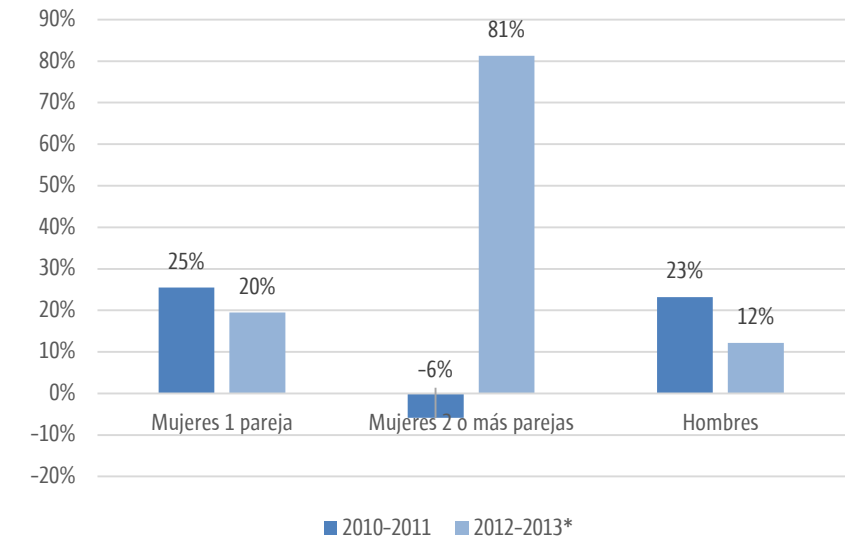
Fuente: Formulario notificación de VIH/SIDA, Depto Epidemiología, MINSAL [48]

Casos notificados de Sífilis y Gonorrea según sexo 2007-2013



Fuente: Base de datos ENO File Maker, Dpto. Epidemiología, DIPLAS_MINSAL [50]

% variación bi-anual de casos de VIH/SIDA según sexo 2009-2013



Fuente: Base de datos ENO File Maker, Dpto. Epidemiología, DIPLAS_MINSAL [50]

31.521

casos de VIH/SIDA han sido notificados entre 1984-2013

Alrededor de **38.000**

personas viven con VIH en el país*

24%

De la población declara utilizar condón masculino en los últimos 12 meses

*Dato del año 2012. Fuente: Global Health Observatory, OMS [1]

En la actualidad, se notifican unos 2.400 casos de VIH/SIDA por año, lo que se concentra principalmente en hombres adultos entre 20 y 39 años [48]. Alrededor de 400-500 por año mueren de SIDA, lo que se ha mantenido relativamente constante en los últimos años y más bien concentrado en la población masculina. Además, según datos de la OMS, en Chile hay alrededor de 38.000 personas que viven actualmente con VIH.

Algunos estudios muestran que en Chile las mujeres se contagiarían principalmente con su pareja habitual. Más aún, un estudio realizado en trabajadoras sexuales señala que, si bien ellas utilizan preservativo con sus clientes, mantienen relaciones sexuales desprotegidas con su pareja estable [45]. Complementariamente, un estudio realizado en Chile, mostró que la prevalencia de VIH en la población de trabajadoras sexuales es 0 [51].

En cuanto a las ITS, sólo se pudo obtener información de Gonorrea y Sífilis. La primera se concentra principalmente en Región de Tarapacá y Aisén y en hombres de 15 a 29 años [50], mientras que la segunda en Tarapacá, Valparaíso y Magallanes, y relativamente equitativo entre hombres y mujeres [50].

En términos del uso de preservativo, el 24% de las personas declara haber utilizado CM en los últimos 12 meses. El porcentaje aumenta principalmente en los hombres de la zona norte del país mientras que, en general, las mujeres utilizan menos CM. Por último, una encuesta realizada por el INJUV mostró que el 87% de los jóvenes entre 15 a 29 años ha utilizado algún tipo de método anticonceptivo en su última relación sexual, el cual ha sido condón en la mayoría de los casos [52]. Estos datos, se encuentran por debajo del promedio OCDE de un 73.7% para mujeres y 81.3% para hombres (no obstante es la tasa de uso de condón para jóvenes de 15 años) [53].

Información Adicional

Stakeholders Clave

En azul se marcan los actores que se contactaron para la realización de esta síntesis.

Nacional

- [Edith Ortiz](#)
Jefa(s) Departamento Prevención y Control VIH-SIDA/ División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL Chile.
Contacto: eortiz@minsal.cl.
- [Dra Paz Robledo](#)
Jefa Depto de Ciclo Vital / División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL Chile.
Contacto: paz.robledo@minsal.cl.
- [Marcela Silva](#)
Referente Titular Capítulo chileno ICW Latina, Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA.
Contacto: icwlatina.chile@gmail.com
- [Herminda González](#)
Presidenta Fundación Margen Apoyo y Promoción de la Mujer y Coordinadora Nacional de RedTraSex.
Contacto: funmargen@hotmail.com
- [Isabel Matute](#)
Académico Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.
Contacto: matusabel@vtr.net
- [Mariela Cortés](#)
Oficial de Enlace, Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas UNFPA Chile.
Contacto: cortes@unfpa.org. Tel: +562 26541054

Internacional

- [Dr. Mags Bekskinska](#)
Director Maternal Adolescent and Child Health Research Univ. Witswatersrand, South Africa.
Contacto: mbeksinska@matchresearch.co.za
- [Bidia Deperthes](#)
Senior HIV Technical Adviser, HIV/AIDS Branch, New York, United Nations Population Fund.
Contacto: deperthes@unfpa.org
- [Mitchell Warren](#)
Director AIDS Vaccine Advocacy Coalition, New York.
Contacto: Mitchell@avac.org
- [Dr Erica Gollub](#)
Department of Epidemiology, Robert Stempel College of Public Health and Social Work, Florida International University.
Contacto: elgollub@gmail.com
- [Dr Maurizio Macaluso](#)
Director, Division of Biostatistics and Epidemiology Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
Contacto: Maurizio.macaluso@cchmc.org

Citación sugerida

Cristian Mansilla, Cristian A. Herrera ¿Cuál es el impacto de una política de promoción del condón femenino como complemento al condón masculino en la población? Síntesis rápida de evidencia. Enero 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

Female condom; Condom; Contraception; Physical barrier; Sexual work; Failure; HIV transmission; HIV prevention; Sexual transmitted disease; Sexual transmitted infection; Gender; Gender equality; Civil society; Rapid response synthesis.

Agradecimientos

Biblioteca de Salud Dr Bugoslav Juricic Turina, por facilitar gran parte de los artículos utilizados en texto completo
Departamento de Epidemiología, MINSAL, por colaborar ampliamente en la visualización de datos resumiendo la realidad de Chile en este tema.

Referencias

1. World Health Organization. (n.d.). Global Health Observatory WHO. Retrieved January 07, 2015
2. Deperthes, B. (n.d.). HIV Prevention Gains Momentum –Successes in Female Condom Programming. Presentación para Female Condom Parallel Programming Meeting.
3. World Health Organization. (2007). Female Condom Technical Review Committee Summary report on FC2.
4. FCMi+. (n.d.). Retrieved December 30, 2014
5. World Health Organization. (2011). Review of submissions by manufacturers of female condoms to initiate the prequalification process for bulk procurements.
6. Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., Usher-Patel, M., & Potter, W. (2011). Female condom technology: new products and regulatory issues. *Contraception*, 83(4), 316–21
7. Friend, D. R., & Doncel, G. F. (2010). Combining prevention of HIV-1, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies: Development of dual-protection technologies. *Antiviral Research*, 88 Suppl 1, S47–54
8. Ministerio de Salud Perú, & Fund, U. N. P. (2009). PERÚ: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos.
9. Gallo, M. F., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. S. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *Sexual Health*, 9(1), 18–26
10. Hoffman, S., Mantell, J., Exner, T., & Stein, Z. (2004). The future of the female condom. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 120–6
11. Sakondhvat, C. (2002). Challenges to female condom integration into condom programming. *International Journal of STD & AIDS*, 13(7), 444–8.
12. Ray, S., van De Wijgert, J., Mason, P., Ndowa, F., & Maposhere, C. (2001). Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban zimbabwe. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(4), 581–92.
13. Vijayakumar, G., Mabude, Z., Smit, J., Beksinska, M., & Lurie, M. (2006). A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD & AIDS*, 17(10), 652–9.
14. Mukandavire, Z., & Garira, W. (2007). Sex-structured HIV/AIDS model to analyse the effects of condom use with application to Zimbabwe. *Journal of Mathematical Biology*, 54(5), 669–99
15. AMFAR. (2005). The Effectiveness of Condoms in Preventing HIV Transmission, (1).
16. Araujo, M.A. (2006). Condón Femenino: efectividad para la prevención de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana y otras enfermedades de transmisión sexual, y aceptabilidad del método. Revisión sistemática de la literatura. Estudio comisionado por CONSIDA, Ministerio de Salud.
17. Tamayo-Sarver, J. H., Albert, J. M., Tamayo-Sarver, M., & Cydulka, R. K. (2005). Advanced statistics: how to determine whether your intervention is different, at least as effective as, or equivalent: a basic introduction. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(6), 536–42
18. Soper, D. E., Shoupe, D., Shangold, G. A., Shangold, M. M., Gutmann, J., & Mercer, L. (n.d.). Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases*, 20(3), 137–9
19. Feldblum, P. J., Kuyoh, M. A., Bwayo, J. J., Omari, M., Wong, E. L., Tweedy, K. G., & Welsh, M. J. (2001). Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya. *AIDS (London, England)*, 15(8), 1037–44

20. Fontanet, A. L., Saba, J., Chandelying, V., Sakondhavat, C., Bhiraless, P., Ruggao, S., ... Rojanapithayakorn, W. (1998). Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS (London, England)*, 12(14), 1851–9.
21. Minnis, A. M., & Padian, N. S. (2005). Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. *Sexually Transmitted Infections*, 81(3), 193–200.
22. Gollub, E., & Stein, Z. (2012). Living with uncertainty: acting in the best interests of women. *AIDS Research and Treatment*, 2012.
23. French, P. P., Latka, M., Gollub, E. L., Rogers, C., Hoover, D. R., & Stein, Z. A. (2003). Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(5), 433–9.
24. Hoke, T. H., Feldblum, P. J., Van Damme, K., Nasution, M. D., Grey, T. W., Wong, E. L., ... Rasamindrakotroka, A. (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, 461–466.
25. Alexander, K. A., Coleman, C. L., Deatricks, J. A., & Jemmott, L. S. (2012). Moving beyond safe sex to women-controlled safe sex: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1858–69.
26. Beksinska, M. E., Smit, J. A., & Mantell, J. E. (2012). Progress and challenges to male and female condom use in South Africa. *Sexual Health*, 9(1), 51–8.
27. Latka, M. (2001). Female-initiated barrier methods for the prevention of STI/HIV: where are we now? Where should we go? *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(4), 571–80.
28. Thomsen, S. C., Ombidi, W., Toroitich-Ruto, C., Wong, E. L., Tucker, H. O., Homan, R., ... Luchters, S. (2006). A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 82(5), 397–402.
29. Remme, M., Siapka, M., Vassall, A., Heise, L., Jacobi, J., Ahumada, C., ... Watts, C. (2014). The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 19228.
30. Artz, L., Macaluso, M., Brill, I., Kelaghan, J., Austin, H., Fleenor, M., ... Hook, E. W. (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.
31. Musaba, E., Morrison, C. S., Sunkutu, M. R., & Wong, E. L. (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.
32. Choi, K.-H., Gregorich, S. E., Anderson, K., Grinstead, O., & Gómez, C. A. (2003). Patterns and predictors of female condom use among ethnically diverse women attending family planning clinics. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(1), 91–8.
33. Choi, K.-H., Hoff, C., Gregorich, S. E., Grinstead, O., Gomez, C., & Hussey, W. (2008). The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*.
34. Cumsille, G., & Valdebenito, M. (2006). Estudio de Percepción del Condón Femenino en poblaciones focalizadas. Informe Final. Santiago.
35. Valappil, T., Kelaghan, J., Macaluso, M., Artz, L., Austin, H., Fleenor, M. E., ... Hook, E. W. (2005). Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(1), 35–43.
36. Macaluso, M., Lawson, M. L., Hortin, G., Duerr, A., Hammond, K. R., Blackwell, R., & Bloom, A. (2003). Efficacy of the female condom as a barrier to semen during intercourse. *American Journal of Epidemiology*, 157(4), 289–97.
37. Hou, L.-Y., Qiu, H.-Y., Zhao, Y.-Z., Zeng, X.-S., & Cheng, Y.-M. (2010). A crossover comparison of two types of female condom. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 108(3), 214–8.
38. Beksinska, M., Smit, J., Mabude, Z., Vijayakumar, G., & Joanis, C. (2006). Performance of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. *Contraception*, 73(4), 386–93.
39. Beksinska, M., Joanis, C., Manning, J., Smit, J., Callahan, M., Deperthes, B., & Usher-Patel, M. (2007). Standardized definitions of failure modes for female condoms. *Contraception*, 75(4), 251–5.
40. Jivasak-Apimas, S., Saba, J., Chandelying, V., Sakondhavat, C., Kiriwat, O., Ruggao, S., ... Fontanet, A. L. (2001). Acceptability of the female condom among sex workers in Thailand: results from a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 28(11), 648–54.
41. Diagnósis SRL. (2012). Diagnóstico situacional de la oferta y demanda de condones en Bolivia.
42. Barrantes, L. F., Sánchez, A., Ruiz, A., & Bejarano, M. J. (2012). Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José.
43. Mejía, et al. (n.d.). Is the female condom an additional tool for HIV/STD protection among sex workers in Peru? Trabajo no publicado
44. Rotheram-Borus, M. J., Swendeman, D., & Chovnick, G. (2009). The past, present, and future of HIV prevention: integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 143–67.
45. Fundación Savia. (2013). INVESTIGACIÓN DE MONITOREO Y VALORACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL VIH Y SIDA EN POBLACIÓN DE MUJERES QUE EJERCEN EL COMERCIO SEXUAL.

46. Chen, M. P., Macaluso, M., Blackwell, R., Galvao, L., Kulczycki, A., Diaz, J., ... Duerr, A. (2007). Self-reported mechanical problems during condom use and semen exposure. Comparison of two randomized trials in the United States of America and Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8), 557-62.
47. Kelvin, E. A., Smith, R. A., Mantell, J. E., & Stein, Z. A. (2009). Adding the female condom to the public health agenda on prevention of HIV and other sexually transmitted infections among men and women during anal intercourse. *American Journal of Public Health*, 99(6), 985-7.
48. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (n.d.). Datos de vigilancia epidemiológica
49. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (n.d.). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010
50. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (n.d.). Datos de vigilancia epidemiológica
51. Barrientos, J. E., Bozon, M., Ortiz, E., & Arredondo, A. (2007). HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1777-84
52. Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (2013). Encuesta de sexualidad jóvenes entre 15 y 29 años
53. OECD. (2009). *Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators*. Paris.