



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO ASSIST
DE USAID

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*

INFORME TÉCNICO

Los asuntos de género que influyen en la respuesta frente al Zika en Guatemala

SEPTIEMBRE 2019

Este informe técnico fue elaborado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autoría de Taroub Harb Faramand, Tisa Barrios Wilson y Elga Salvador de WI-HER, LLC bajo el Proyecto de USAID “Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud” (ASSIST). Las actividades del Proyecto ASSIST de USAID para mejorar los servicios de salud en el contexto de Zika son posibles gracias al apoyo del pueblo americano a través de la USAID.

INFORME TÉCNICO

Los asuntos de género que influyen en la respuesta al Zika en Guatemala

Septiembre 2019

Taroub Harb Faramand, DM, MSP, WI-HER, LLC

Tisa Barrios Wilson, MSP, WI-HER, LLC

Elga Salvador, MSc, WI-HER, LLC

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Los contenidos de este informe son de responsabilidad exclusiva de University Research Co., LLC (URC) y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Agradecimientos

Este informe fue elaborado por Taroub Harb Faramand, Tisa Barrios Wilson y Elga Salvador de WI-HER, LLC para el Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas (ASSIST), financiado por el pueblo norteamericano mediante la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), División de Salud Global, Oficina de Sistemas de Salud.

Las autoras desean agradecer al personal de URC del Proyecto ASSIST de USAID por su apoyo para la elaboración de este análisis de género, en específico a: Roberto Aldana, Mélida Chaguaceda, Juan Muñoz, Karen Orellana, Oscar Ixquiac, Luís Marroquín, Gelember Hoil e Iván Leiva. También extienden su agradecimiento a Vivian Salomon de USAID.

El Proyecto ASSIST USAID es administrado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Acuerdo Cooperativo Número AID-OAA-A-12-00101. Los socios de URC que apoyan el trabajo en la respuesta al Zika a nivel mundial en el marco del proyecto ASSIST de USAID incluyen a: la Academia Americana de Pediatría, FHI 360, el Instituto de Mejoramiento de la Calidad en Salud, y WI-HER, LLC. Para más información sobre el trabajo del Proyecto ASSIST USAID, por favor visite la dirección www.usaidassist.org o escriba a assist-info@urc-chs.com. Para obtener más información sobre cómo integrar el enfoque de género en la atención del Zika, por favor contáctese con la dirección tfaramand@wi-her.org.

Cita Recomendada

Faramand TH, Barrios Wilson T, Salvador E. 2019. Los asuntos de género que influyen en la respuesta al Zika en Guatemala. *Informe Técnico*. Publicado por el Proyecto ASSIST de USAID. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de Tablas y Figuras	ii
Siglas.....	iii
I. Antecedentes	1
II. Introducción	2
III. Objetivos	3
IV. Método	3
A. Revisión de información secundaria	3
B. Desarrollo de Herramientas	3
C. Selección de sitios para realizar el trabajo de campo del análisis de género	4
D. Tamaño de la muestra	5
E. Selección de participantes	5
F. Recolección de Datos	6
G. Análisis de Datos	6
V. Revisión de datos secundarios.....	7
A. Panorama sociodemográfico de Guatemala	7
El brote del virus de Zika: cronología y diseminación.....	8
B. Respuesta ante el Zika	9
Actual programa de respuesta ante el Zika	9
Percepción pública del Zika	9
Leyes y legislación relevante que tienen impacto en la respuesta ante el Zika.....	10
C. Factores a considerar en la respuesta al Zika.....	10
1. Normas de género y comportamiento sexual	10
2. Normas de género y Planificación Familiar	11
3. La Violencia Basada en Género (VBG) y su conexión con el Zika y otras ITS	12
4. Desafíos en el sistema de salud	13
D. Poblaciones Vulnerables	15
1. Jóvenes.....	15
2. Mujeres indígenas.....	16
VI. Presentación y discusión de los hallazgos del breve análisis de género.....	17
A. Conocimiento sobre Zika	17
B. Cuestiones de género que influyen en el uso del condón.....	21
1. Acceso a condones: la vergüenza como barrera.....	21
2. Acceso a condones: los costos y el desabastecimiento como barreras	22

3.	Reacciones y percepciones de los hombres sobre el uso del condón durante el embarazo.....	23
4.	Reacciones y percepciones de las mujeres sobre el uso del condón durante el embarazo.....	25
5.	Negociación sobre el uso de condones	28
C.	Estrategias de divulgación y promoción dirigidas a los hombres	30
1.	Como involucrar a los hombres en la respuesta al Zika según las personas consultadas	32
D.	Comportamiento sexual durante el embarazo.....	36
E.	Otras barreras para la prevención y atención del Zika.....	37
1.	Machismo.....	38
2.	Religión	38
F.	Diferencias regionales y urbano-rural.....	39
G.	Poblaciones vulnerables.....	39
1.	Personas jóvenes y adolescentes	39
2.	Poblaciones indígenas.....	40
H.	Cambios implementados por ASSIST para abordar las cuestiones de género que limitan el uso de condones durante el embarazo	41
VII.	Conclusión	42
VIII.	Recomendaciones y camino a seguir.....	43
	Referencias	46
	Anexos	50
	Anexo I: Guía para Discusiones de Grupos Focales.....	50
	Anexo II: Guía para Entrevista a Informantes Clave	52

Lista de Tablas y Figuras

Figura 1.	Mapa de sitios donde se recolectaron datos	4
Figura 2.	Participantes en las DGF según el sexo	5
Tabla 1.	Participantes en las discusiones de grupo focal por comunidad.....	5
Tabla 2.	Indicadores de Salud Sexual Reproductiva – Guatemala, Latinoamérica y el Caribe	7
Tabla 3.	Matriz de actividades	32

Siglas

ALC	América Latina y el Caribe
APN	Atención prenatal
ASSIST	Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas
CDC	Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los E.E.U.U. (siglas en inglés)
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (siglas en inglés)
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
COCODE	Concejos Comunitarios de Desarrollo
DGF	Discusión de Grupo Focal
DIU	Dispositivo intrauterino
EIC	Entrevistas a Informantes Clave
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
HC3	Health Communication Capacity Collaborative
HCI	Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Calidad en Salud (siglas en inglés)
iDARE	Identificar, Diseñar, Aplicar/Evaluar, Registrar, Expandir
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MC	Mejoramiento de la Calidad
MS	Ministerio de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PPF	Programa de Planificación Familiar
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SCaZ	Síndrome Congénito asociado al Zika
SGB	Síndrome de Guillain- Barré
SMNI	Salud Materna, Neonatal e Infantil
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (siglas en inglés)
VBG	Violencia Basada en género
VP	Violencia en la Pareja

I. ANTECEDENTES

El proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST), trabaja a nivel mundial desde el año 2012 para mejorar la calidad y los resultados de la atención en salud y de otros servicios, facilitando que personal de provisión de salud y gerentes de los países anfitriones apliquen estrategias de mejoramiento de calidad basadas en la evidencia. ASSIST busca desarrollar la capacidad de organizaciones que prestan servicios en países anfitriones y que reciben asistencia de USAID para mejorar la efectividad, la eficiencia, el enfoque centrado en el cliente, la seguridad, la accesibilidad, y la equidad de los servicios de atención de salud y de salud familiar que proveen.

Desde el año 2016, ASSIST ha implementado esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe como parte de la respuesta urgente de USAID ante el Zika. ASSIST trabaja para mejorar la capacidad de los servicios de salud relacionados al Zika, a fin de que brinden atención de forma consistente, con base en la evidencia, de manera respetuosa, con alta calidad, poniendo énfasis en las mujeres embarazadas, recién nacidos, adolescentes, y mujeres en edad reproductiva.

ASSIST logra este cometido dando apoyo a los Ministerios de Salud e Instituciones de Seguridad Social en Antigua y Barbuda, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y en la República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, para:

- Incrementar el conocimiento del personal de salud y clientes sobre los riesgos y medidas de prevención frente al Zika, incluyendo el uso de condones para prevenir la transmisión sexual durante el embarazo;
- Mejorar la evaluación clínica para detectar signos y síntomas de la infección por Zika durante el embarazo, así como la implementación de la atención recomendada;
- Mejorar la evaluación clínica para detectar microcefalia y otras manifestaciones del síndrome de Zika congénito en niñas y niños recién nacidos y aumentar el número y proporción de infantes afectados que reciben atención adecuada; y

Fortalecer la prestación de servicios de apoyo psico-emocional de alta calidad para mujeres y familias afectadas por el Zika. A partir del año 2016, USAID | ASSIST empezó a trabajar en Guatemala apoyando a los actores locales a fin de mejorar la capacidad que poseen los servicios de salud de brindar atención relacionada al Zika de forma consistente, con base en la evidencia, respetuosamente y con alta calidad, enfatizando la atención a mujeres en edad fértil, embarazadas o no, y niñas y niños recién nacidos. El proyecto brindó apoyo para la atención prenatal, los servicios de planificación familiar, la atención del parto y del recién nacido, y la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.

WI-HER, LLC, una pequeña empresa y firma de consultoría sobre desarrollo internacional, liderada por mujeres, brinda asesoría y orientación técnica sobre cómo integrar el género en la respuesta a la emergencia por Zika en el marco del Proyecto ASSIST. A fin de integrar el género, WI-HER desarrolló un enfoque innovador y orientado a los resultados, que se basa en la ciencia del mejoramiento de la calidad, denominado iDARE, siglas que corresponden a Identificar, Diseñar, Aplicar/Evaluar, Registrar, Expandir [1].

Los pasos Identificar y Diseñar garantizan que se implementen intervenciones adecuadas al contexto. Estos pasos incluyen un análisis de género que toma en consideración las diferentes necesidades y comportamientos de mujeres, hombres, adolescentes y niños de ambos sexos. Los tres últimos pasos se aseguran de que el enfoque sea permanentemente examinado, evaluado y modificado para garantizar la efectividad continua y mejores resultados humanitarios y de desarrollo. El enfoque iDARE ha demostrado ser efectivo en varios niveles y a lo largo de 35 países de África, Asia, Europea Oriental, América Latina, y Medio Oriente.

Con el objetivo de mejorar la efectividad del programa de respuesta al Zika en Guatemala y para llegar a mujeres y poblaciones vulnerables, WI-HER realizó un análisis de género sobre la prestación de servicios y los factores socioculturales que crean barreras para la prevención y atención del Zika en establecimientos de salud. Junto a un análisis exhaustivo de datos secundarios, la evaluación incluyó 15 Discusiones de Grupos Focales (DGFs) (cinco con mujeres embarazadas, cinco con mujeres en edad fértil, cuatro con hombres, y una con parteras o “comadronas”), y 14 entrevistas a informantes clave (EIC) realizadas a proveedores de salud (personal médico, de enfermería y de promoción de salud comunitaria).

El análisis de género reveló asuntos que afectan la calidad y efectividad de la planificación familiar, la atención prenatal, y la participación masculina en la salud reproductiva. Estos problemas incluyen: información limitada sobre la transmisión sexual de Zika, especialmente entre los hombres; un limitado poder de decisión de mujeres y niñas sobre su salud sexual y reproductiva; la resistencia al uso del condón en parejas que tienen una relación a largo plazo, incluso durante el embarazo; y limitada participación masculina en la consejería de atención prenatal.

Estos problemas deben ser abordados como parte del mejoramiento de la calidad de la respuesta al Zika en establecimientos de salud, y mediante actividades comunitarias que permitan llegar a poblaciones con poco acceso a establecimientos de salud. Es de importancia clave asegurar que las mujeres, hombres, y adolescentes de ambos sexos, puedan tomar los pasos necesarios para prevenir la infección por Zika mediante el acceso a educación y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

II. INTRODUCCIÓN

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) identifican varias vías de transmisión del Zika [2]:

- A través de la picadura de un mosquito *Aedes* infectado;
- Mediante las transfusiones sanguíneas;
- A través de la actividad sexual de una persona que tiene Zika y transmite la infección a sus parejas sexuales;
- En el caso que una madre embarazada esté infectada, puede haber transmisión a la niña o al niño aun no nacido, a través de la placenta. La transmisión del Zika durante el embarazo puede ocasionar el Síndrome Congénito asociado al Zika (SCaZ), que puede incluir microcefalia y una variedad de otros defectos cerebrales del feto y retrasos en el desarrollo;
- Se ha detectado el virus del Zika en leche materna y se han reportado varios casos de infección por el virus del Zika en bebés lactantes. Sin embargo, no se reportaron casos de bebés con SCaZ debido al consumo de la leche materna de una mujer con infección por el virus del Zika. Debido a que la evidencia actual sugiere que los beneficios de la lactancia materna superan los riesgos de transmisión de la infección por el virus del Zika a través de la leche materna, los CDC siguen alentando a las madres para que continúen amamantando a sus bebés incluso en áreas con riesgo de Zika.
- Mediante la exposición al virus en un laboratorio y en establecimientos de salud.

Las recomendaciones internacionales sobre prevención del Zika, así como los esfuerzos de salud pública para responder a la enfermedad, rara vez toman en consideración el tema de género y el contexto social. Las recomendaciones gubernamentales que motivan a las mujeres a evitar o retrasar el embarazo, practicar sexo seguro usando condones, o abstenerse de la actividad sexual, presumen que las mujeres tengan un alto nivel de control y autonomía sobre su vida reproductiva y acceso universal a la anticoncepción [2,3]. Sin embargo, estas recomendaciones ignoran las realidades de Latinoamérica y el

Caribe, donde a menudo hay poco acceso a los métodos anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y reproductiva, altas tasas de machismo y violencia basada en género (VBG), incluyendo de violencia sexual, y donde las mujeres enfrentan barreras para la toma de decisiones autónomas sobre salud reproductiva, dando como resultado altas tasas de embarazos no planificados, especialmente entre las adolescentes y jóvenes [4]. Comprender las necesidades y vulnerabilidades específicas de mujeres, hombres, adolescentes y niños de ambos sexos, es necesario para diseñar respuestas adecuadas y destinar recursos dónde son más necesarios.

Este es el primer análisis sobre asuntos de género dentro de la respuesta al Zika en Guatemala. Por ende, el informe apunta a llenar una brecha importante. Este documento ofrece una panorámica sobre estas cuestiones, identifica problemáticas de género de importancia crucial, y ofrece recomendaciones sobre cómo abordar estos temas a través de intervenciones adecuadas al contexto.

III. OBJETIVOS

El objetivo de este análisis fue comprender cuestiones vinculadas al género que influyen en la prevención y atención del Zika dentro del sistema de salud de Guatemala y en la comunidad en general. Entre los objetivos específicos se incluyen los siguientes:

1. Identificar factores que afectan el uso del condón en las parejas de forma general y especialmente cuando la mujer está embarazada.
2. Identificar el comportamiento sexual de las parejas cuando la mujer está embarazada.
3. Identificar diferentes estrategias que usan las mujeres y hombres para negociar el uso del condón.
4. Identificar recomendaciones para promover el uso del condón entre parejas en edad reproductiva y en parejas embarazadas.

IV. MÉTODO

Para alcanzar los objetivos, el equipo utilizó los siguientes métodos de recolección de datos: (1) revisión de datos secundarios a profundidad; (2) entrevistas a informantes clave (EIC) con 14 proveedores y proveedoras de salud; (3) 15 discusiones de grupos focales (DGFs) con un total de 134 participantes. Los datos se analizaron de manera independiente y se compararon según la modalidad de recolección de datos a fin de triangular los resultados.

A. Revisión de información secundaria

El equipo realizó una revisión exhaustiva de información secundaria que abarcó estadísticas, estudios, y documentos relevantes sobre el tema de género, salud sexual y reproductiva, y sobre Zika en Guatemala y la región de Latinoamérica y el Caribe.

B. Desarrollo de Herramientas

Se desarrollaron guías para las DGFs y EIC (ver **Anexos 1 y 2**) con base en los objetivos propuestos por el equipo de ASSIST en Guatemala y los hallazgos de la revisión de datos secundarios.

Se realizó una prueba piloto de la guía para DGFs en Barberena con grupos de hombres, mujeres en edad fértil, y mujeres embarazadas, y una prueba piloto para la guía de EIC con dos enfermeras. La misma guía para DGFs fue utilizada en los tres grupos poblacionales a fin de comprender las diferentes perspectivas y percepciones entre los tres grupos. Las guías se mejoraron inmediatamente después de la prueba piloto y luego fueron aplicadas en todas las DGFs y EIC. Como no se hicieron cambios sustanciales a raíz de la prueba piloto, los resultados obtenidos en estas pruebas se incluyeron en el análisis final.

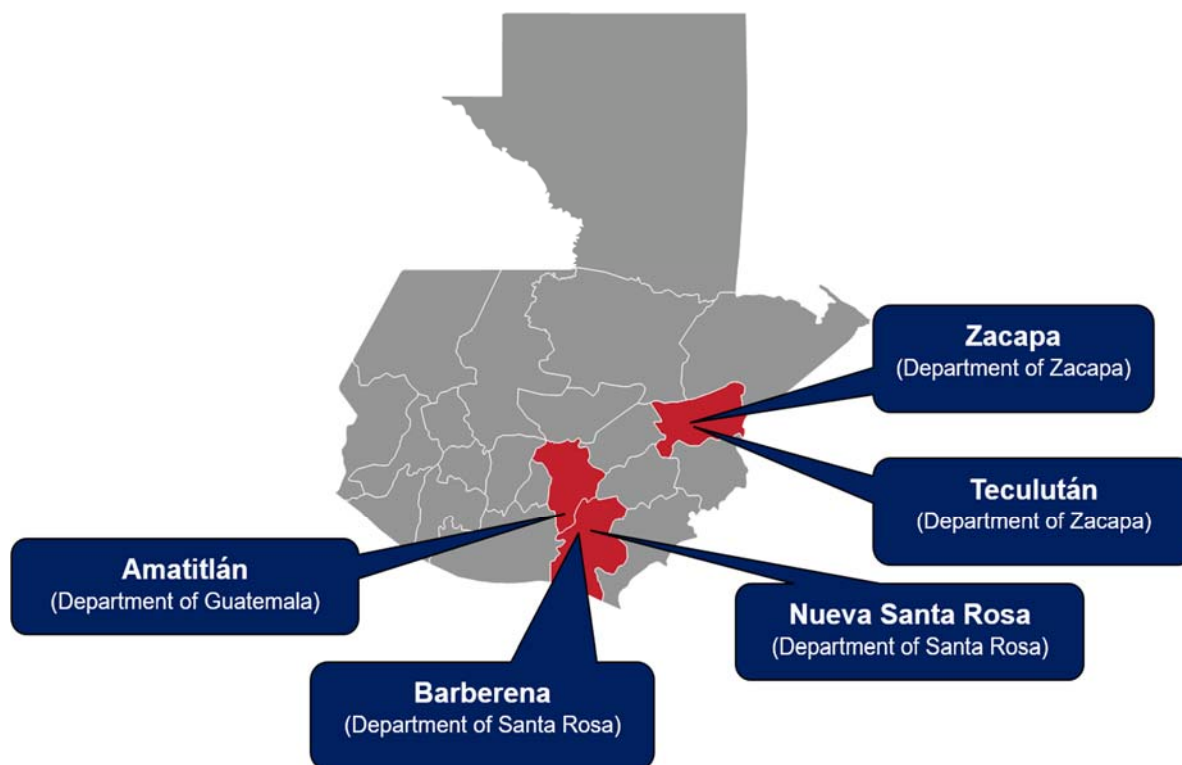
C. Selección de sitios para realizar el trabajo de campo del análisis de género

Para realizar el trabajo de campo del análisis de género, el personal de ASSIST en Guatemala seleccionó cinco regiones de salud y seis establecimientos de salud alrededor de la capital, Ciudad de Guatemala, y en la región oriental del país, contemplando la diversidad de sitios y el impacto programático. Según el Ministerio de Salud, todos los establecimientos de salud incluidos habían confirmado la existencia de casos de Zika desde el brote inicial a comienzos del año 2016. Al momento de la evaluación, el proyecto ASSIST ya se encontraba implementando actividades de Mejoramiento de la Calidad en estos establecimientos, capacitando a los proveedores y las proveedoras de salud para dar consejería a mujeres embarazadas sobre prevención del Zika durante la atención prenatal, y distribuyendo condones durante las consultas.

Los sitios seleccionados fueron (ver **Figura 1**):

1. Amatitlán, Ciudad de Guatemala: un hospital de tercer nivel en un área urbana, a 29kilómetros de distancia de Ciudad de Guatemala.
 - a. Llanos de Animas: un pequeño puesto de salud en una comunidad rural en las afueras de Amatitlán.
2. Barberena, Santa Rosa: un centro de salud de nivel medio en un área periurbana, a 58 kilómetros de Ciudad de Guatemala.
3. Nueva Santa Rosa, Santa Rosa: un centro de salud de nivel medio en un área periurbana, a 50 kilómetros de Ciudad de Guatemala.
4. Zacapa, Zacapa: un hospital de tercer nivel y un centro de salud adjunto de nivel medio, dentro de un área urbana en la cabecera municipal del departamento oriental de Zacapa a 150 kilómetros de Ciudad de Guatemala.
5. Teculután, Zacapa: un centro de salud de nivel medio en un área periurbana, a 26 kilómetros de la cabecera municipal de Zacapa.

Figura 1. Mapa de sitios donde se recolectaron datos



Esta amplia gama de sitios permitió obtener diferentes perspectivas de poblaciones urbanas, periurbanas y rurales, en dos regiones diferentes del país y en los tres niveles del sistema de salud (puesto de salud, centro de salud, y hospital).

D. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó estimando el punto de saturación de datos, cuando se observa repetición y redundancia en la información obtenida. Se consideró que tres DGFs por sitio, con 8-12 participantes cada una, serían suficiente para obtener una variación relevante sobre los temas de interés. Para las EIC, se estimó que para alcanzar la saturación de datos habría sido suficiente entrevistar al menos a dos proveedores/as de salud por sitio, tanto personal médico y de enfermería.

E. Selección de participantes

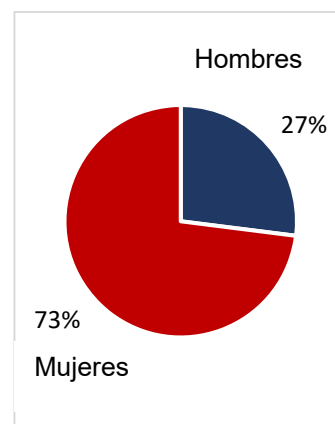
Las DGFs con miembros de la comunidad se estratificaron en función del género, situación de embarazo, y rol dentro de la comunidad. Estos estratos incluyeron a mujeres embarazadas (16 -45 años), mujeres en edad fértil (16-45 años) que informaron no estar embarazadas, y hombres (edades de 16-70). Para la mayoría de DGFs, el equipo local de Mejoramiento de la Calidad seleccionó a las personas participantes a través de una muestra de conveniencia, extendiendo invitaciones a personas interesadas conocidas por el proyecto, o a clientes en las salas de espera del establecimiento. Se invitó a las mujeres embarazadas a participar en las DGFs antes de que acudieran a sus citas de atención prenatal, y se reclutaron a algunas mujeres en edad fértil en la sala de espera del hospital. Para las DGFs con hombres en Llano de Animas y Zacapa, se reclutaron a los participantes a través de líderes comunitarios quienes dieron referencias de potenciales participantes al equipo de investigación; los hombres de Barberena fueron reclutados en la sala de espera del establecimiento de salud. A las personas abordadas en las salas de espera se les preguntó si estarían interesadas en participar y se les dijo que su participación no implicaría ningún conflicto con respecto a la obtención de servicios de salud por los cuales acudieron al establecimiento. No estaba contemplado un grupo focal con parteras, pero se aprovechó de que diez de ellas estaban reunidas en Nueva Santa Rosa y fueron invitadas a participar en las DGFs mientras esperaban que empezara una capacitación que ellas iban a recibir del personal del puesto de salud local.

La **Tabla 1** y la **Figura 2**, proporcionan detalles sobre las características de los participantes en las 15 DGFs.

Tabla 1. Participantes en las discusiones de grupo focal por comunidad

Comunidad	Categorías de Participantes en las DGFs				Total
	Mujeres embarazadas	Mujeres en edad fértil	Hombres	Parteras	
Barberena	11	12	7	N/A	30
Amatitlán	8	7	11	N/A	26
Nueva Santa Rosa	9	9	N/A	10	28
Zacapa	10	6	9	N/A	25
Teculután	6	10	9	N/A	25
Total (#)	44	44	36	10	134
Total (%)	33%	33%	27%	7%	100%

Figura 2. Participantes en las DGF según el sexo



En las EIC participaron solo proveedoras de sexo femenino, las mismas eran integrantes del Equipo de Mejora de la Calidad vinculado al proyecto ASSIST, o proveedoras interesadas que fueron invitadas por el personal del proyecto. Entre las participantes figuraron:

- Médicas (3)
- Auxiliares de Enfermería (6)
- Enfermera (1)
- Jefa de Servicio Externo Materno-Infantil (1)
- Inspectora de Salud Ambiental (1)
- Promotoras de Salud Comunitaria (2)

Quienes participaron en las EIC habían realizado actividades de promoción de salud frente al Zika, proporcionando consejería a mujeres embarazadas durante la APN, sensibilizando a mujeres y hombres sobre la prevención del Zika y el uso del condón, ya sea dentro del establecimiento o en actividades de extensión comunitaria.

F. Recolección de Datos

Del 1 al 9 de agosto de 2018, el equipo de WI-HER/ASSIST llevó a cabo 15 DGFs y 14 EIC. El equipo de recolección de datos estuvo conformado por investigadoras cualitativas experimentadas que hablaban con fluidez con el idioma predominante entre las y los participantes en el análisis, el español y estaban familiarizados con el Zika. Las personas consultadas dieron su consentimiento informado por escrito antes del inicio de los grupos focales y entrevistas, y firmaron un formulario de consentimiento antes de grabar el audio de las conservaciones. Se entregó a cada participante una copia del formulario de consentimiento para sus archivos. Se grabó el audio de todas las discusiones.

Para las DGFs, el equipo utilizó una guía estructurada que exploraba primero el conocimiento general sobre Zika para luego realizar preguntas sobre el acceso a condones, la negociación para su uso, el uso de condones, estrategias para sensibilizar de forma efectiva a los hombres e involucrarlos en la prevención y atención del Zika, cerrando con una discusión sobre el comportamiento sexual durante el embarazo. Al discutir sobre cómo involucrar a los hombres en la prevención del Zika, las facilitadoras escribieron las ideas que surgían desde la discusión en un papelógrafo y luego las usaron en un ejercicio de priorización, de modo que las y los participantes votaron sobre cada idea y compartieron la percepción que tenían sobre la efectividad, fortaleza y desafío de cada una.

La recolección de datos a través de DGFs se llevó a cabo en salas de reuniones de cada establecimiento de salud, y en la sala de reuniones de una iglesia cercana en Nueva Santa Rosa. Todas las salas eran privadas y durante las sesiones solo se encontraban presentes las facilitadoras y las personas a consultar, a fin de que estas últimas pudieran expresarse libremente. La duración de las DGFs varió entre una hora con 15 minutos y dos horas.

Para las EIC también se utilizó una guía estructurada, enfocada en el uso del condón durante el embarazo y la participación masculina en la APN. Las entrevistas se realizaron en oficinas privadas y duraron entre 30 y 45 minutos.

G. Análisis de Datos

El equipo que recolectó y analizó los datos hablaba español con fluidez y estaba familiarizado con el Zika y el contexto guatemalteco. Los datos de la transcripción textual fueron analizados por varios codificadores, se compararon los temas y se estudiaron más a fondo aquellos que estaban alineados.

V. REVISIÓN DE DATOS SECUNDARIOS

A. Panorama sociodemográfico de Guatemala

La República de Guatemala se ubica en Centroamérica y es fronteriza con México, Honduras, El Salvador, Belice, el Océano Pacífico, y el Golfo de Honduras en el Mar Caribe. El país tiene un área de 108,889 kilómetros cuadrados [5].

Con más de 16 millones de habitantes, Guatemala tiene la población más grande de Centroamérica que continúa creciendo a un ritmo de 2.0% anual, casi el doble de la tasa de crecimiento poblacional de la región [6]. La población es predominantemente joven – la edad promedio es 26 años para mujeres y 25 años para hombres, mientras que la expectativa de vida es de 75 años para mujeres y 69 para hombres [7]. Si bien la tasa de urbanización está creciendo, el 51.5% de la población aún vive en áreas rurales [8]. Guatemala tiene un patrimonio cultural diverso y reconoce la existencia de 25 grupos sociolingüísticos compuestos por poblaciones de origen Maya, Xinca, Garífuna, y población Ladina (individuos de habla hispana con ascendencia mixta española e indígena) [5].

Pese a que en las últimas décadas se han dado mejoras significativas en la salud de la población general de Guatemala, varios indicadores clave de salud se mantienen aún por debajo del promedio regional (ver **Tabla 2**). Muchos estudios han resaltado como las desigualdades económicas y sociales en poblaciones rurales, pobres, e indígenas contribuyen a generar resultados de salud deficientes [9].

Tabla 2. Indicadores de Salud Sexual Reproductiva – Guatemala, Latinoamérica y el Caribe

	Guatemala	Promedio Regional para América Latina y el Caribe
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)	23.9 por 1,000 nacidos vivos [10]	14.9 por 1,000 nacidos vivos [10]
Razón de Mortalidad Materna (RMM)	88 por 100,000 nacidos/as vivos [11]	85 por 100,000 nacidos/as vivos [11]
Tasa de Fecundidad Global (TFG)	3.1 hijos/as por mujer [12]	2.1 hijos/as por mujer [12]

Si bien en años recientes Guatemala ha sido uno de los actores con mejor desempeño económico de Latinoamérica, con una tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) de 3.2% en 2017 y un crecimiento esperado de 3.4% en el 2018 (Banco Mundial), el país conserva una de las distribuciones de ingresos más inequitativas de todo el hemisferio [6]. Aproximadamente el 51% de la población vive debajo de la línea internacional de pobreza (fijada internacionalmente en 1.90 US\$ por persona por día, empleando precios del 2011), y cuatro de cada diez niños y niñas menores de cinco años de edad tienen desnutrición crónica [5,13]. Casi tres millones (19%) de la población guatemalteca carecen de acceso al agua potable y cerca de seis millones (38%) no tienen acceso a mejores condiciones sanitarias [13].

Desde la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, la sociedad guatemalteca ha progresado significativamente para convertirse en una sociedad más equitativa. La brecha de género en la educación primaria ha disminuido drásticamente; más personas tienen acceso a los servicios de atención primaria de salud; el sector privado muestra apertura al desarrollo social, y la gestión de los recursos naturales ha mejorado significativamente en áreas protegidas [5]. No obstante, este desarrollo no ha alcanzado por igual a toda la población de Guatemala, a menudo dejando atrás a las comunidades rurales e indígenas.

La mayoría de la población pobre en Guatemala está compuesta por personas de áreas rurales e indígenas, de ascendencia Maya con una larga historia de discriminación y exclusión de la participación plena en la vida económica, política y social [5]. Las comunidades rurales indígenas fueron las más afectadas por el conflicto armado de 36 años de duración (1960-1996) que cobró más de 200,000 vidas, de los cuales el 83% eran indígenas [8]. La exclusión y el racismo resultantes del conflicto han generado formas de violencia y discriminación de carácter estructural, legal e institucional, que aún en la actualidad

son generalizadas dentro del sistema legal y del sistema de salud de Guatemala [8]. Por ejemplo, en el 2011 la tasa de analfabetismo entre las mujeres indígenas era del 48%, en comparación con un 19% entre las mujeres no indígenas [8]. Además, en las elecciones de 2011, de los 158 escaños disponibles en el congreso, había solo 22 candidatas/as indígenas, tres de los cuales eran mujeres (1.9%) [8]. Estas cifras muestran altos niveles de exclusión social y política.

En cuanto a las relaciones de género, el Informe Global sobre la Brecha de Género de 2017 ubicó a Guatemala en el puesto 101 de 144 países (el país con la brecha de género más pequeña se ubica en el primer lugar). Las mujeres y niñas alcanzan un nivel educativo ligeramente más bajo en comparación con hombres y niños, tal como lo demuestran las tasas de alfabetización de 76.4% para las mujeres y de 86.8% para los hombres [14]. En promedio, las mujeres ganan aproximadamente la mitad del dinero que ganan los hombres –siendo que los hombres ganan más de US\$10,000 anualmente y las mujeres ganan cerca de US\$5,000 [14]. Según el Informe Global sobre la Brecha de Género, el 43.8% de las mujeres y el 85.7% de los hombres en Guatemala son parte de la fuerza de trabajo formal, lo que significa que muchas más mujeres que hombres trabajan en el hogar o en contextos de trabajo informal [14]. En un estudio que monitoreó Centroamérica durante una década, Guatemala fue el único país donde las mujeres experimentaron reducciones en la participación dentro de la fuerza de trabajo y un crecimiento en la brecha relativa a los ingresos. En el 2015, el 25.1% de los hogares eran liderados por una mujer, colocándolos en una situación de desventaja significativa con respecto a la obtención de un salario mínimo [6].

Hay nuevas situaciones en curso que influyen en los logros sociales y de salud. La migración a México y Estados Unidos está aumentando debido a la falta de oportunidades económicas y de empleo, y por la creciente inseguridad y violencia que surgen del tráfico de drogas vinculado a pandillas y del tráfico humano en las ciudades de Guatemala [9]. Adicionalmente, Guatemala ha estado lidiando con la inestabilidad ambiental, incluyendo erupciones volcánicas, tormentas y sequías, que aportan a la falta de seguridad alimentaria y desnutrición, y que continúan teniendo un impacto desproporcionado en las comunidades indígenas [9]. Estas situaciones todavía influyen en la salud de la población y en la habilidad del sistema de salud de responder ante las enfermedades.

Este informe se propone estudiar cuales son las barreras de género e Interseccionales que intervienen en el ámbito del Zika e identificar oportunidades para mejorar los resultados de la respuesta en salud frente al Zika.

El brote del virus de Zika: cronología y diseminación

A fines de noviembre de 2015, las autoridades de salud de Guatemala reportaron el primer caso confirmado de transmisión endémica del Zika en el departamento oriental de Zacapa [15].

Para julio de 2017, Guatemala había reportado casos sospechosos de Zika en 20 departamentos. Las tasas más altas de incidencia de casos sospechosos de Zika se detectaron en 2016 en Santa Rosa, Zacapa y Chiquimula, con 61 – 106 casos por cada 100,00 habitantes, mientras que en el 2017, el centro de Guatemala, Chiquimula y Santa Rosa reportaron las tasas más altas de incidencia, con 5 – 14 casos por cada 100,000 habitantes [15].

Según la información disponible, la tasa de incidencia de Zika más alta se observó entre mujeres de 15 a 39 años y, especialmente, entre mujeres de 20 a 24 años de edad. Esta estadística puede estar sesgada ya que es más probable que se evalúen a mujeres embarazadas y a mujeres en edad fértil para detectar la infección por Zika, lo cual no puede confirmarse sin exámenes relativamente caros y complejos. Para la mayoría de grupos de edad, la tasa de incidencia observada era más alta entre las mujeres que entre los hombres, excepto para los grupos de edad de 0 a 9 años y de 60 a 64 años [15].

Para agosto de 2017, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala había reportado 1,414 mujeres embarazadas con sospecha de infección por el virus de Zika, incluyendo 341 casos confirmados. Se detectaron 81 casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), incluyendo 9 casos confirmados y 65 casos sospechosos de estar asociados a la infección por virus de Zika, pero no hubo muertes entre los casos de Zika reportados a la OPS/OMS [16]. En los departamentos donde trabaja ASSIST (seis de un total de 22 departamentos), se identificaron 134 niños/as con síntomas de SCaZ aunque la confirmación en el laboratorio no fue posible, y se confirmaron 15 muertes. Estos datos

sustentan la noción de que, debido a las dificultades para confirmar la asociación entre la discapacidad de los recién nacidos y el Zika, los casos de niños/as con SCaZ a menudo no son reportados.

B. Respuesta ante el Zika

Actual programa de respuesta ante el Zika

Actualmente, la respuesta frente al Zika en Guatemala es liderada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Su mecanismo de coordinación para enfrentar el Dengue, el Chikungunya y el Zika, antes denominado Grupo Técnico (GT) sobre Dengue, recibió el nuevo nombre de GT sobre Aedes, en referencia a las enfermedades transmitidas por diferentes vectores. El grupo monitorea actividades vinculadas a estas enfermedades, incluyendo el control de vectores, actividades del Laboratorio Nacional, varias actividades de promoción de salud, y la administración hospitalaria. Han implementado un plan coordinado a corto y largo plazo que aborda el Dengue, el Chikungunya y el Zika, y que monitorea estrechamente y analiza datos recolectados por el sistema de vigilancia nacional [17].

ASSIST trabaja en siete hospitales, una maternidad cantonal y 31 centros de salud de segundo nivel de atención. En lo que respecta a puestos de salud de tercer nivel, ASSIST apoya a un total de 263 establecimientos en 31 municipalidades.

Percepción pública del Zika

Varios hallazgos clave han surgido de investigaciones cualitativas realizadas a partir del 2016 por el Colaborativo de Capacidad de Comunicación en Salud (HC3) y por el instituto de investigación RTI International que exploran la importancia de emitir mensajes sobre Zika, así como la percepción de las personas sobre la factibilidad de adoptar comportamientos para prevenir el Zika en Guatemala y sobre su auto-eficacia. En primer lugar, la mayoría de los participantes (mujeres embarazadas, mujeres que probablemente podrían quedar embarazadas, y parejas masculinas de mujeres embarazadas) confundieron al Zika con otras enfermedades transmitidas por mosquitos. El Dengue ha sido endémico por años y, recientemente, en 2014, hubo un brote sustancial de Chikungunya [18,19]. Las personas consultadas en estos estudios utilizaron su experiencia con el Dengue y el Chikungunya como línea base para comprender el Zika, sin llegar a concebirlo como una nueva enfermedad. Esto es preocupante si se considera que el Zika tiene la característica distintiva de ser transmitido también por vía sexual; la preocupación es que, si lo confunden con otras enfermedades transmitidas por mosquitos, las personas pueden no tomar medidas para prevenir el contagio [18]. Asimismo, el Zika puede ocasionar efectos adversos en los embriones y, en general en el producto del embarazo en el periodo prenatal y posnatal, lo cual también es un rasgo único entre este tipo de enfermedades, que demanda vigilancia adicional para prevenir todos los tipos de transmisión [2].

El estudio realizado por HC3, que incluyó DGFs en Barberena, Santa Rosa y Mazatenango, Suchitepéquez descubrió que los participantes pensaban que el uso de un condón para prevenir la transmisión sexual del Zika tenía poca trascendencia cultural, ubicándose por debajo del uso de mosquiteros, la eliminación de contenedores expuestos a la lluvia, el uso de repelentes, y la limpieza de la casa. Las personas consultadas en el mismo estudio creían que el uso del condón para prevenir la transmisión del Zika durante el embarazo era inútil o no viable, y reportaron poca auto-eficacia para adoptar este comportamiento. El equipo de investigación de HC3 sugirió que el uso poco frecuente del condón o su falta de uso durante el embarazo también estaba determinado por otros factores, como las infecciones por Zika sin síntomas, el identificar a los condones como medida anticonceptiva no aplicable cuando la persona ya está embarazada, el considerar el embarazo como un período especial durante el cual la mujer tiene menos o nula vida sexual, o la contraindicación de mantener relaciones sexuales si hubiese riesgo de perder el bebé durante el embarazo [19]. La dinámica de género y el poder de la pareja también se consideraron un factor determinante, en particular el hecho de que los condones están asociados con la infidelidad y las parejas fuera de una relación estable, como una amante o una trabajadora sexual. Las parejas estables informaron

que temían que proponer el uso del condón haría que sus parejas buscaran otras parejas en las que pudieran tener relaciones sexuales sin protección [19].

Estos estudios demuestran que el Zika aún se confunde con otras enfermedades transmitidas por mosquitos y que el conocimiento sobre las posibles consecuencias del Zika y sobre su forma de transmisión, sobre todo sobre la transmisión sexual, es limitado. Hay una clara necesidad de estudiar más a fondo los asuntos develados en estas investigaciones y de abordarlos de forma efectiva.

Leyes y legislación relevante que tienen impacto en la respuesta ante el Zika

Guatemala se ha comprometido a promover los derechos humanos en el ámbito de la salud y ha suscrito varias declaraciones internacionales sobre derechos humanos. A nivel nacional, Guatemala ha promulgado leyes sobre desarrollo social, acceso universal e igualitario a la planificación familiar, maternidad saludable, leyes contra la violencia y contra el matrimonio infantil, todas las cuales son de importancia crítica para afrontar la epidemia de Zika [20].

Es pertinente resaltar la ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra las mujeres (Decreto 22-2008). Bajo el Artículo 3, la ley específicamente tipifica como formas de violencia sexual que las parejas u otras personas nieguen a las mujeres el derecho a usar métodos de planificación familiar o a adoptar medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual [20].

Si bien es clave haber instaurado a un alto nivel este marco legal, persisten desafíos para trasladar los compromisos a la implementación en el nivel comunitario. Entre pacientes e incluso entre el personal de salud, hay un significativo desconocimiento del marco legal existente y, por ende, lo que limita el poder de las personas de abogar ante el gobierno para acceder a estos derechos.

C. Factores a considerar en la respuesta al Zika

1. Normas de género y comportamiento sexual

Entre los factores que influyeron en la diseminación del Zika en Guatemala están las diferentes expectativas sociales y conductuales para mujeres y hombres difundidas por las normas de género conservadoras y el machismo. En la región de América Latina y el Caribe (ALC), el machismo dicta que los hombres deben ser fuertes, agresivos, tanto a nivel social como sexual, además de estoicos, y que son los principales proveedores y protectores de la familia. A menudo esto se manifiesta en la dominación social masculina sobre las mujeres. Se espera, por otro lado, que las mujeres sean sumisas y fieles, que produzcan y críen hijos e hijas, y que estén a cargo de las labores domésticas. El machismo perpetúa las relaciones de poder basadas en las construcciones de género y refleja y refuerza las inequidades en los ámbitos social, político, y económico. Impone formas específicas de actuar y pensar que limitan la agencia que tienen las mujeres sobre sus vidas y cuerpos, incluyendo la toma de decisiones sobre planificación familiar, además de acarrear resultados sociales y de salud negativos para las mujeres, niñas y adolescentes de sexo femenino, pero también para los adolescentes y niños de sexo masculino y hombres [21,22].

En la región latinoamericana, el machismo crea un ambiente que promueve y valora a los hombres, quienes demuestran su virilidad y agresividad al tener varias parejas sexuales y dominar el proceso de toma de decisiones dentro de la relación. Es común que los hombres tengan una esposa o pareja estable, y luego mantengan amoríos extramaritales o que paguen a trabajadores sexuales, lo cual se considera aceptable entre algunas personas en ALC debido a la creencia de que los hombres tienen tanto el derecho como la necesidad de tener múltiples parejas sexuales, así como debido a la creencia de que hay una diferencia entre las mujeres con las que se casan y las mujeres con las que pueden disfrutar del sexo [21].

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala hecha en 2014-15 (ENSMI), las mujeres tenían un promedio de 1.5 parejas sexuales durante su vida, mientras que los hombres tenían un promedio de 6.1. Solo el 0.4% de las mujeres tenían varias parejas sexuales simultáneamente, frente al 6.1% de los hombres. Un total de 16.2% de los hombres reportó haber pagado alguna vez por relaciones sexuales [23]. Dado que el Zika se puede transmitir por vía sexual, es importante resaltar que tener más de una pareja sexual simultáneamente puede contribuir a elevar las tasas de infección y llama la atención sobre los sistemas de poder basados en las normas de género y la limitada capacidad que tienen las mujeres en relaciones estables de demandar el uso del condón cuando saben o sospechan que su pareja no es monógama. El ENSMI 2014-15 indica que, aunque casi todas las mujeres y los hombres tienen conocimiento de al menos un método de PF (97.7% y 98.3%, respectivamente), solo el 60.6% está usando un método; 14.1% cita una necesidad insatisfecha de PF. Algunas de las razones por las que las mujeres no usan la PF están relacionadas con factores sociales: el género y las normas sociales, incluida la presión de la familia, los suegros y la comunidad para convertirse en madres; la desaprobación de los esposos de la PF (como la creencia de que la anticoncepción conduce a la infidelidad y su deseo de tener hijos para mostrar fuerza y dominio); y el miedo a los problemas conyugales y el abandono [49], [50].

2. Normas de género y Planificación Familiar

El machismo influye en la percepción que tienen las personas sobre los condones, el acceso a los mismos, y su uso. En el 2015, casi dos terceras partes de las mujeres casadas en Guatemala utilizó alguna forma de anticoncepción; el 48.9% usó un método moderno y el 18.5% usó un método tradicional. Del 11% de mujeres que reportaron tener una pareja fuera del matrimonio y fuera de una relación comprometida, solo el 29.6% utilizó un condón durante su último encuentro sexual. Dentro del 31.2% de hombres que reportaron tener una pareja fuera del matrimonio y fuera de una relación comprometida, el 67.7% utilizó un condón durante su último encuentro sexual, lo cual, además de alertar sobre la alta tasa de relaciones a alto riesgo, puede sugerir también que los hombres tienen más acceso a condones, más poder de negociar el uso del condón, y más conocimiento sobre el sexo seguro. Adicionalmente, del 16.2% de hombres que pagaron alguna vez por relaciones sexuales, el 75.4% había usado un condón durante su última relación sexual pagada [23].

Los estudios cualitativos realizados en Guatemala han ayudado a explicar este fenómeno. Tradicionalmente, los condones han sido vistos como apropiados para ser usados con parejas fuera de una relación estable, por ejemplo, con una amante o trabajadora sexual, o para individuos que no tienen una pareja comprometida. El concepto de que una pareja estable utilice condones evocó muchas preocupaciones ligadas a la infidelidad y la confianza. Las parejas femeninas reportaron un miedo significativo a que el hecho de solicitar el uso de condones empuje a sus parejas a buscar a otra pareja, dado que el hombre tiene la expectativa de tener relaciones sexuales sin protección con su pareja estable. Más aún, el uso de condones en relaciones estables era visto principalmente como una forma de planificación familiar antes que como un mecanismo de prevención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual como el Zika. Por otro lado, los hombres reportaron enfrentar barreras adicionales para utilizar el condón como el costo, la falta de acceso, y la vergüenza al adquirir condones [19].

Pese a las barreras que existen en cuanto al uso de condones, hombres y mujeres tienen conocimiento sobre planificación familiar – 98.1% de los hombres y 97.7% de las mujeres conocían algún método moderno de anticoncepción. Los métodos más conocidos por los hombres incluían los condones (96%), inyecciones (91.3%), la anticoncepción oral (89.5%), la esterilización femenina (87.8%) y la esterilización masculina (72.3%). Los métodos menos conocidos por los hombres incluían los dispositivos intrauterinos (DIU) (57.1%), los implantes (53.7%), los condones femeninos (52.4%), y la anticoncepción de emergencia (43.7%) [23]. Las mujeres tenían más conocimiento sobre la inyección (94.8%), las píldoras anticonceptivas (91.8%), y la esterilización femenina (91.1%); los métodos que menos conocían eran los condones femeninos (44.7%), y la anticoncepción de emergencia (34.3%) [23].

La anticoncepción es de gran importancia para prevenir y retrasar el embarazo si se tiene en cuenta las consecuencias potencialmente negativas de contraer Zika al estar embarazada, sin embargo, hay un 13.9% de mujeres guatemaltecas en edad fértil con necesidades insatisfechas en lo que respecta a planificación familiar [23]. Esta cantidad llega a ser el doble entre las mujeres indígenas [8]. Los participantes de las DGFs en el estudio de HCCC no concebían la planificación familiar para retrasar el embarazo como un método de prevención del Zika. Si bien las personas participantes manifestaron que hay falta de acceso a la planificación familiar, falta de insumos en establecimientos de salud, costos altos, y miedo a los métodos anticonceptivos, también indicaron que muchos hombres no permiten que sus parejas usen dichos métodos, y algunas mujeres que sí los usan lo hacen en secreto. Esto pone de relieve que a menudo hay una falta de equidad en la toma de decisiones sobre planificación familiar al interior de las parejas, y que las mujeres recurren a ocultar el uso de métodos para controlar su fertilidad, pese a las objeciones de sus parejas [19].

Los participantes consideraron que la abstinencia para prevenir la transmisión sexual del Zika es poco factible. El estudio resumió que solicitar a personas adultas que se abstengan de relaciones sexuales es poco realista, ya que hombres y mujeres tienen deseos sexuales. Además, algunos participantes indicaron que los hombres tenían un mayor rol al decidir si la pareja mantendrá relaciones sexuales y cuándo, lo cual limita el control que tienen las participantes femeninas para practicar la abstinencia como conducta preventiva. Algunos participantes indicaron que no habían tenido una conversación con su pareja sobre este método [19].

3. La Violencia Basada en Género (VBG) y su conexión con el Zika y otras ITS

La violencia sexual y de género ha crecido a lo largo de Centroamérica. Guatemala tiene tasas extremadamente altas (9.7 en 100,000) de muertes violentas entre mujeres, denominadas femicidios, las cuales son aproximadamente cinco veces más altas que las tasas globales de homicidios de hombres y mujeres en la mayoría de los países de Europa septentrional, occidental y meridional [8]. En el 2017, se reportaron más de 670 casos de femicidio (ONU Mujeres). Los perpetradores de femicidios en Centroamérica incluyen a miembros de pandillas y otros grupos criminales armados, parejas o miembros de la familia [24].

Guatemala tiene altas tasas de violencia dentro de la pareja (VP); el 20% de mujeres que alguna vez estuvieron casadas reportan haber experimentado violencia física por parte de su esposo o pareja y 7% reportan haber experimentado violencia sexual [23,25]. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008 – 2009, en los últimos 12 meses, el 23.4% de mujeres reportaron haber experimentado alguna forma de violencia; con relación a los tipos de violencia reportado, los mismos se distribuyen de la siguiente forma: verbal (21.6%), física (7.8%), o sexual (4.8%) [26].

La misma encuesta preguntó a los hombres si sus esposas o parejas necesitaban su permiso para llevar a cabo determinadas actividades, lo cual constituye un indicador del nivel de independencia de las mujeres. Las respuestas resaltaron que esta independencia está muy limitada: un 81.6% de los hombres contestó que sus parejas necesitaban permiso para salir de la casa, 58.9% para usar anticoncepción, 67.0% para administrar los fondos del hogar, y 77.8% para realizar otras actividades, como trabajar o estudiar fuera de casa. Adicionalmente, el 82.7% de los hombres contestaron que los problemas familiares solo deben ser discutidos entre personas de la familia y el 49.2% creía que un hombre debe demostrar que está al mando del hogar [26]. Estas limitaciones afectan la independencia económica de las mujeres, su nivel educativo, su acceso a la atención de salud, y pueden conducir a tasas más altas de mortalidad materna e infantil, entre otras consecuencias [8].

Muchas de estas actitudes controladoras y violentas hacia las mujeres se vieron reforzadas por el conflicto interno armado que duró 36 años en Guatemala. La Comisión Guatemalteca para el Esclarecimiento Histórico (CEH), determinó que la violencia sexual, incluyendo el uso de la violación como un arma, prevaleció durante las tres décadas de duración del conflicto pero que fue muy poco reportada [8]. La

violencia basada en género (VBG) fue usada como una herramienta para controlar los cuerpos y las vidas de las mujeres, y estaba enraizada en la cultura patriarcal y conservadora de Guatemala [8].

Varios estudios demuestran que las altas tasas de VP limitan el control de las mujeres sobre sus cuerpos, así como su habilidad de negociar la actividad sexual y el uso de métodos para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El miedo a la violencia que tienen las mujeres si piden a su pareja usar condones es una senda que une la VP con el uso inconsistente del condón. Dado que el brote de Zika es bastante reciente, aún no existen estudios que vinculen la VP y las infecciones por Zika; no obstante, la conexión es probable dado que se han hecho comparaciones similares entre la VP y el VIH y en función de que tanto VIH como Zika son infecciones transmitidas sexualmente [27,28,29]. Un análisis y revisión sistemática de estudios en diferentes escenarios de epidemias de VIH, realizado por la OMS en el 2013, develó que la VP aumenta el riesgo de infección por VIH entre las mujeres y niñas en más del 50% y, en algunos casos, hasta cuadruplica este riesgo [27]. Hay un vínculo de doble vía entre la VP/VBG y las ITS: es más probable que las víctimas de VBG adquieran una ITS y tener una ITS vuelve a las mujeres más vulnerables ante la violencia [28]. La OMS también reportó que el sexo forzado está directamente relacionado con la infección por VIH y resaltó que mientras más jóvenes son las mujeres al momento de su primer encuentro sexual, más alta es la probabilidad de que dicho encuentro sea no consensuado o forzado [29].

En la región hay estudios que asocian la VP durante el embarazo con un menor número de consultas de atención prenatal. Por ejemplo, en uno de los hospitales más grandes que ofrecen atención materna y prenatal en Perú, es ocho veces más probable que las pacientes que son sobrevivientes de la VP asistan a menos de seis consultas de atención prenatal en comparación con las pacientes que no han experimentado violencia [30]. No hay estudios en Guatemala que investiguen este fenómeno, y se necesita más investigación para determinar si esto también es relevante para Guatemala. En el contexto del Zika, es posible inferir que las dinámicas serían similares, de modo que quienes experimentan VP tendrían menos probabilidad de recibir atención prenatal y, por ende, sería menos probable que reciban educación sobre el Zika de utilidad para prevenir la transmisión de la enfermedad durante el embarazo.

4. Desafíos en el sistema de salud

Financiamiento y cobertura de salud:

El Gobierno de Guatemala, a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS), se encuentra comprometido a brindar atención de salud universal y gratuita a todos sus ciudadanos. Sin embargo, las limitaciones en cuanto a recursos, infraestructura y personal, y el deficiente abastecimiento de insumos y materiales, plantean desafíos profundos para el acceso a la atención de salud, particularmente entre las mujeres indígenas y de áreas rurales de Guatemala [5]. Se estima que los servicios básicos de salud y nutrición satisfacen solo el 54% de las necesidades de la población rural e indígena de Guatemala [31].

Hay poco financiamiento público para la atención en salud, lo que conduce a una mala calidad y poca disponibilidad de los servicios, y conduce a que muchas personas paguen altos costos de su propio bolsillo. La limitada capacidad de los establecimientos públicos, que incluye frecuentes desabastecimientos de insumos y medicinas, obliga a la población a buscar servicios en el sector privado, lo que representa más de la mitad (52%) del gasto total en salud del país [32].

Asimismo, en Guatemala hay limitada presencia de personal médico; existen solo 0.93 médicos/as por cada 1,000 habitantes. Esto es alarmante si se tiene en mente la predicción que hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que los países con menos de 23 trabajadores/as de salud (incluyendo personal médico, de enfermería y de partería parteras) por cada 10,000 habitantes, probablemente no habrían podido alcanzar tasas adecuadas de cobertura de atención primaria de salud según lo definen las que eran las Metas de Desarrollo del Milenio [24]. Esto deja entender, implícitamente, que probablemente

el número de personal médico en Guatemala es insuficiente para alcanzar una cobertura que satisfaga las necesidades de atención primaria de la población [24].

Para agravar estas brechas, la atención de salud de proveedores y proveedoras del sector privado es limitada, la cobertura de seguros de salud es baja, y la población guatemalteca que vive en medio de la pobreza no puede pagar los costos asociados al acceso a estos servicios. Muchas poblaciones rurales y carentes de atención formal de salud pueden buscar atención entre personas que practican la medicina tradicional, como *curanderos/as*, para así cubrir esta brecha y tratar condiciones que se cree están fuera del ámbito de la medicina moderna [33], lo mismo ocurre con las parteras.

Planificación Familiar y Salud Materna:

A pesar de los esfuerzos destinados a garantizar suficiente financiamiento sostenible para salud materno-infantil y planificación familiar en Guatemala, las brechas y los desafíos en el sector salud han traído como resultado escaso acceso a los productos para planificación familiar, como los condones. En áreas urbanas, la planificación familiar no se ha integrado suficientemente al paquete de servicios del IGSS, lo que, de darse, reduciría la presión sobre el MSPAS en lo que respecta a la prestación de servicios de planificación familiar [32].

Más allá de los compromisos políticos para prestar servicios de planificación familiar gratuita en los establecimientos públicos, una gran proporción de mujeres pagan de su bolsillo para recibir servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos; esto constituye una barrera significativa para que las mujeres de bajos ingresos accedan a los servicios. El MSPAS provee el 38% de los servicios de planificación familiar en el país y debe abastecer y proveer de condones, inyecciones y anticonceptivos orales al primer nivel de atención de la salud. Algunos establecimientos de segundo y tercer nivel también proporcionan dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, y servicios de esterilización. No obstante, los desabastecimientos de productos son frecuentes en establecimientos del MSPAS y, a menudo, las y los clientes deben pagar de sus bolsillos por productos en el sector privado [32]. Por lo tanto, el 22% de los servicios de planificación familiar se obtienen a través de clínicas, hospitales y farmacias privadas con fines de lucro, mientras que las organizaciones de comercialización social (principalmente APROFAM) proporcionan el 16% de servicios a precios subsidiados en función del nivel de ingresos [32].

En lo que respecta a la atención de la salud materna, que es crucial para prevenir y detectar el Zika, el 64% de las mujeres embarazadas buscan atención prenatal (APN) de un médico, el 27.3% de una partera, el 5% de otras fuentes, y el 3.8% no reciben ningún tipo de APN. La mediana para el mes de embarazo en que se tiene la primera consulta de APN es 3.2 meses [23]. Esto resulta preocupante si consideramos que los riesgos relacionados con la infección del Zika durante el embarazo son mayores durante el primer trimestre, y acudir tardíamente a la consulta de APN puede privar a las mujeres de conocimientos y atención preventiva esencial. Además, solo el 65.5% de las mujeres dieron a luz con personal calificado (personal de medicina, enfermería, partería y auxiliar de enfermería o partería), lo cual es de suma importancia para garantizar que los y las infantes sean evaluados a fin de detectar el SCaZ y sean referidas a niveles de atención de forma oportuna y adecuada [23].

Las debilidades en el financiamiento de la atención en salud, la poca disponibilidad de personal de salud calificado, y la gran demanda insatisfecha de anticoncepción, dificultan la respuesta del sistema de salud ante el brote de Zika, particularmente en lo que respecta a poblaciones pobres, rurales e indígenas. Las mujeres deben dedicar tiempo, energía, y sus pocos recursos económicos a obtener productos anticonceptivos. Como se mencionó anteriormente, las mujeres tienen poca independencia y autonomía en cuanto a sus relaciones sexuales y la toma de decisiones, lo que significa que cualquier barrera adicional puede prevenir que obtengan anticonceptivos cuyo acceso debería estar garantizado según la legislación.

D. Poblaciones Vulnerables

1. Jóvenes

Según el Instituto Nacional Guatemalteco de Estadísticas (INE), las personas adolescentes, en edad incluida entre los 10 y 19 años, representan más del 23.4% de la población total del país [9]. La edad mediana para la primera relación sexual es 18.6 años, y más de una tercera parte de las mujeres de 18-24 años de edad han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años. Esta proporción es significativamente más alta entre mujeres más pobres (46%) y aquellas que viven en áreas rurales (43%) [34]. Ocho por ciento de las adolescentes y 13.4% de los adolescentes han tenido su primera relación sexual antes de los quince años [23].

La tasa de fertilidad adolescente es de 81 nacimientos por 1,000 adolescentes de 15-19 años de edad, lo cual es mucho más alto que los 66 nacimientos en los países vecinos de El Salvador y Honduras [24]. La ENSMI 2014–2015 develó que 20.7% de las adolescentes entre 15 y 19 años habían estado embarazadas al menos una vez y 16.2% tenían hijos/as [23]. Aunque no se encontraron variantes vinculadas a la etnicidad, había diferencias relacionadas con la educación, área de residencia, y nivel socioeconómico. El embarazo adolescente es más alto en las regiones septentrionales y noroccidentales. El 88% de los adolescentes sexualmente activos de 15-19 años de edad con más de una pareja sexual no utilizó condón en su relación sexual más reciente [9]. Entre quienes llevan su embarazo a término, el 60% de mujeres menores de 20 años reportó que dio a luz en un establecimiento de salud y el 75% reportó haber acudido a una o más consultas de atención prenatal [34].

Pese a que el marco legal en Guatemala garantiza la prestación de servicios de planificación familiar para adolescentes (

mayores de 14 años), las personas adolescentes, y particularmente las de sexo femenino, enfrentan retos adicionales para acceder a la anticoncepción, incluso cuando se trata de métodos para protegerse de la transmisión sexual del Zika y otras ITS. Se enfrentan barreras al tratar de acceder a métodos anticonceptivos y condones para prevenir el embarazo y las ITS, como el estigma por parte del personal de salud, conflictos por el consentimiento de padres o madres, y limitaciones económicas. Por ejemplo, el 39% de adolescentes de 15 a 19 años de edad que nunca se han casado y son sexualmente activas (y manifiestan haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses), y el 33% de las adolescentes casadas en este mismo rango de edad, utilizan un método anticonceptivo. Cincuenta y cinco por ciento de las adolescentes y mujeres que nunca se han casado, de 15 a 19 años, y 26% de las adolescentes y mujeres casadas del mismo rango de edad, tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción, lo cual significa que desean prevenir un embarazo en los próximos dos años, pero no utilizan anticoncepción [34]. Según la ENSMI (2014–2015), 11.6% de las mujeres jóvenes no casadas tuvieron relaciones sexuales en el último año y 35.2% utilizó un condón, mientras que 35.8% de los hombres jóvenes no casados tuvieron relaciones sexuales en el último año y 68.6% utilizó un condón [23].

Los adolescentes pueden enfrentar desigualdades de poder al tratar de negociar el uso de anticonceptivos o de condones con sus parejas, especialmente si su pareja es de más edad. Hay indicaciones de disparidad en cuanto a la edad dentro de las parejas sexuales en Guatemala, donde el 9.8% de las adolescentes de 15 a 19 años, que tuvieron relaciones sexuales en los anteriores 12 meses, tenían una pareja 10 o más años mayor que ellas [23]. Entre las adolescentes de 15 a 19 años casadas de Guatemala, el 63% reportó que necesitan pedir permiso a su pareja para usar anticoncepción [34].

Guatemala tiene una de las tasas más altas de matrimonio infantil en Latinoamérica. En el 2017, el 5% de las niñas guatemaltecas se habían casado al llegar a los 15 años, y el 30% al llegar a los 18 años. Para afrontar esta situación, en el 2015 el gobierno guatemalteco aumentó la edad legal mínima para contraer matrimonio a 18 años, alineándose así con los estándares internacionales. Anteriormente, la edad mínima para contraer matrimonio en Guatemala era de 14 para las niñas y 16 para los niños. En agosto de 2017. En noviembre de 2015, la edad para contraer matrimonio se incrementó de 14 años para las niñas y de 16

años para los niños a 18 años. Además, en 2017 se cerró el vacío legal para que los jueces hicieran excepciones antes de los 18 años. Esto ayudará a reducir el número de matrimonios y embarazos precoces en adolescentes y niñas [35].

2. Mujeres indígenas

Las mujeres indígenas constituyen el 43% de la población total de Guatemala. La población indígena enfrenta discriminación y ello se manifiesta en el acceso inequitativo a la salud, la educación, y la economía, y en resultados negativos en estos mismos ámbitos. Por ejemplo, en el 2011 la tasa de analfabetismo fue de 48% y 25% para mujeres y hombres indígenas, respectivamente, comparado con 19% y 11% para mujeres y hombres no-indígenas [8]. Las altas tasas de mortalidad materno-infantil y desnutrición crónica en Guatemala se concentran principalmente entre las poblaciones pobres e indígenas de áreas rurales del altiplano occidental de Guatemala. La exclusión y el racismo han producido formas estructurales, legales e institucionales de violencia y discriminación hacia la población indígena, y especialmente hacia las mujeres indígenas [8].

Según las investigaciones cualitativas llevadas a cabo, la población indígena de Guatemala se enfrenta a la discriminación en establecimientos de salud que son atendidos por personal predominantemente Ladino; la población indígena tiene mayor desconfianza de los servicios de salud modernos y prefieren alternativas de atención tradicionales frente a la atención institucional prenatal y del parto [36]. La variable étnica respecto al uso de atención prenatal institucional era pequeña, sin embargo, la atención del parto en establecimientos de salud formales era mucho menos común entre mujeres indígenas (36%) que entre mujeres no-indígenas (73%), así como también la necesidad satisfecha de métodos modernos de anticoncepción (49% vs. 72%). El hecho de no hablar español explicaba la mayor parte de estas variantes étnicas, afectando el acceso, la comprensión, y la conformidad con respecto a la atención de salud formal [36].

En Guatemala, la partería tradicional y la atención moderna del embarazo a menudo son vistas como complementarias. Como resultado de los esfuerzos del gobierno de integrar a las parteras tradicionales dentro del sistema formal de atención de salud, muchas mujeres indígenas que reciben atención de parteras tradicionales también reciben atención prenatal institucional, frecuentemente por referencia de sus parteras. Aproximadamente el 40% de las mujeres indígenas embarazadas que recibieron atención prenatal institucional también recibieron atención de una partera. Más aún, las mujeres indígenas continúan prefiriendo la atención de una partera tradicional durante el parto [36]. Esta preferencia se fundamenta en varias razones: creencias tradicionales, confianza, atención en el hogar, y costos reducidos en comparación con el costo de viajar a un centro de salud. En algunos casos, las parejas masculinas prefieren la atención de la partera para evitar el riesgo de que sus esposas sean tocadas y observadas por proveedores hombres [36].

En las comunidades indígenas la maternidad puede estar altamente ritualizada, y las parteras tradicionales a menudo asumen roles simbólicos y proveen atención física, social y espiritual. El significado místico asociado a la reproducción femenina contradice la idea de que la fertilidad puede ser calculada o controlada [36].

Las mujeres jóvenes, pobres, indígenas, que viven en áreas rurales, son extremadamente vulnerables a la infección por Zika. Las mujeres y niñas indígenas asumen una doble carga de discriminación por su origen étnico y su sexo. Por ejemplo, el matrimonio infantil es más común entre las comunidades indígenas Maya, donde el 40% de las adolescentes entra a una unión consensuada o formal antes de la edad de 18 años [37]. Una vez casadas, se espera y se presume que las adolescentes iniciarán una familia. El embarazo temprano puede tener consecuencias graves para la salud de las adolescentes más jóvenes. Las tasas de mortalidad materna en Guatemala se encuentran entre las más altas de la región y son 3 veces más altas entre las poblaciones indígenas que entre los habitantes no-indígenas [37].

Las adolescentes indígenas guatemaltecas en su mayoría viven en áreas rurales y tienen poco acceso a los servicios básicos de salud y a los servicios de salud reproductiva, pocas oportunidades educativas y económicas, y tasas de pobreza más altas en comparación con la población no-indígena. Los hombres ocupan la mayoría de los cargos públicos de acuerdo a la tradición Maya, mientras que las mujeres atienden el hogar, la preparación de alimentos, y la crianza de los hijos y de las hijas, lo cual las coloca en una posición subordinada no solo en relación a los hombres de origen Maya.

Las mujeres y adolescentes tienen poco acceso a los métodos anticonceptivos, poca información sobre salud, y escaso poder para decidir sobre el uso de anticoncepción y muchos otros aspectos de sus vidas. Esto significa que el trabajo alrededor de la salud sexual y reproductiva en las comunidades rurales de Guatemala nunca debe involucrar solo la salud sexual y reproductiva; también debe enfrentar y abordar los ciclos de opresión que durante siglos han marginalizado a la cultura y al idioma Maya, y a las mujeres de este grupo étnico [37].

VI. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS DEL BREVE ANÁLISIS DE GÉNERO

El principal objetivo del análisis, que incluyó DGFs y EIC, fue identificar las cuestiones de género que afectan la respuesta ante el Zika en Guatemala. Los resultados se presentan en ocho secciones: (A) Conocimiento sobre el Zika y su transmisión; (B) Disparidades y normas de género que afectan el uso del condón para prevenir la transmisión del Zika y el SCaZ, particularmente durante el embarazo; (C) Divulgación y promoción dirigida a los hombres; (D) Actividad sexual durante el embarazo; (E) Otras barreras para responder al Zika; (F) Diferencias regionales; (G) Diferencias entre lo urbano-rural; y (H) Poblaciones vulnerables.

A. Conocimiento sobre Zika

Hay escaso conocimiento sobre Zika tanto entre hombres como entre mujeres. Si bien muchas personas consultadas a través de los grupos focales de discusión habían escuchado del Zika, muy pocas conocían sobre las vías de transmisión y las posibles consecuencias de contraer el virus durante el embarazo. Algunas de estas personas aprendieron sobre el Zika en establecimientos de salud, a través de la consejería, y mediante la televisión o el internet. Sin embargo, en su mayor parte estos conocimientos eran incompletos y se enfocaban en la transmisión a través de mosquitos, más no en la transmisión sexual.

“No profundizaron mucho, pero en TV han salido anuncios, en el centro de salud explican los riesgos, pero no es muy detallado, no van en profundidad.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

También se pudo revelar un diferente nivel de conocimiento entre mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil y hombres, como se presenta a continuación.

Mujeres:

En general, era más probable que las mujeres comunicaran información que habían escuchado sobre el Zika que los hombres. Algunas mujeres habían escuchado que causaba deformidades en los bebés que aún no nacían, refiriéndose específicamente al tamaño de la cabeza. No obstante, había mucha confusión entre la microcefalia y la macrocefalia, ya que varias mujeres decían haber escuchado que las cabezas eran anormalmente grandes en lugar de pequeñas.

Cuando se indagaba sobre las vías de transmisión del Zika y los métodos para prevenirla, la mayoría de las respuestas se centraron en la transmisión a través de mosquitos y las estrategias de control del vector (vaciar recipientes de agua alrededor del hogar, usar repelente, limpiar los tanques de agua, usar mosquiteros, etc.) Solo unas cuantas mujeres que habían estado en una presentación sobre el Zika en un establecimiento de salud (charla o plática) mencionaron la transmisión sexual, e incluso menos mujeres mencionaron de manera específica el uso del condón como una forma de prevención.

Más mujeres que hombres reportaron haber aprendido sobre el Zika en un establecimiento de salud, ya sea a través de una charla sobre salud dada por un/a proveedor/a, de un/a promotor/a comunitario/a de salud, o de posters colocados en el establecimiento. Esto puede deberse a que las mujeres interactúan más frecuentemente que los hombres con el sistema de salud.

“Se transmite también sexualmente, lo aprendí en una charla en centro de salud en la comunidad hace unos años, no había mucha gente, pero alguien había.” (Mujer en edad fértil, Barberena)

“Está escrito en un afiche en el centro de salud.” (Mujer en edad fértil, Barberena)

Algunas mujeres reportaron haber oído sobre el Zika en la televisión, radio o a través del internet.

“Hace dos años escuché en las noticias que a veces los bebés nacen con defectos, dificultades.” (Mujer embarazada, Barberena)

Mujeres embarazadas:

Las mujeres embarazadas tenían poco conocimiento sobre el Zika, incluso en etapas avanzadas del embarazo (octavo o noveno mes); los niveles de conocimiento se relacionaban con el establecimiento de salud al cual había acudido la mujer para la APN. Las mujeres embarazadas que acudieron a la APN en establecimientos donde trabaja ASSIST recibieron consejería sobre Zika, pero muchas de las mujeres que participaron en las DGFs era primera vez que se presentaban a estos centros, porque habían empezado tardíamente la atención, pues previamente habían sido atendidas por parteras, o habían sido referidas desde otros sitios de prestación de atención (un puestos de salud o clínicas privadas), donde la información sobre el Zika era inconsistente o no existía y, por ende, no habían recibido educación sobre Zika. Esto es particularmente preocupante dado que la infección por Zika en cualquier etapa del embarazo está asociada con un riesgo alto de microcefalia y, consecuentemente, la educación sobre prevención es crucial en el embarazo temprano. Las parteras explicaron que las preocupaciones sobre costos y falta de transporte contribuyen a la incorporación tardía a la APN, sobre todo en comunidades rurales y de difícil acceso. Por ejemplo: nueve de las once mujeres embarazadas consultadas en Barberena tenían al menos seis meses de gestación; aunque algunas de ellas habían tenido consultas previas de APN en un puesto de salud o en centros de salud privados, durante la DGF resultó que era la primera vez que todas recibían APN en ese centro de salud y tan solo dos de ellas conocían sobre prevención del Zika.

Según los testimonios de las mujeres embarazadas que acudían a ginecólogos privados, los proveedores y las proveedoras privadas de salud no siempre ofrecen consejería integral sobre prevención del Zika durante el embarazo. Como explicaba una proveedora de salud, profesionales de salud que trabajan en el ámbito privado no se enfocan en la prevención del Zika tanto como los que trabajan en el sector público, y eso hace que las mujeres embarazadas no reciban información consistente y completa sobre este tema.

“Los médicos privados no hacen el mismo énfasis. A nivel nacional, tampoco todos los médicos que trabajan por el ministerio se han involucrados.” (Proveedora de salud, Nueva Santa Rosa)

Adicionalmente, por una falta de conocimiento o por el temor a los costos del servicio o del transporte, muchas mujeres ingresan a la APN de forma tardía durante su embarazo.

“Se refieren al centro de salud, sobre todo si es su primer bebé o si son jóvenes. Tienen miedo de hacer exámenes, van a los 5 meses porque tienen preocupación por los costos”³ (Partera, Nueva Santa Rosa)

“Empieza a atenderse a los 6 meses. Esto pasa en las comunidades de áreas altas.” (Partera, Zacapa)

“En algunas aldeas no hay transporte y no hay tiempo para traerlas [para APN y parto].” (Partera, Zacapa)

Uno de los hombres en Zacapa vinculó las normas de género para la toma de decisiones, especialmente en comunidades indígenas, a la falta de APN o al ingreso tardío a la APN, explicando que los hombres en última instancia deciden si sus parejas buscarán atención en un establecimiento formal. Como se explica en la revisión de datos secundarios, puede haber varias razones por las cuales se prefiere a las parteras, siendo una de ellas que los hombres no quieren que sus parejas sean observadas o examinadas por proveedores masculinos en un centro de salud.

“La mortalidad materna es un problema, porque muchas mujeres se atienden con comadronas y van al médico solo si necesario; su hombre no acepta.” (Hombre, Zacapa)

“Deben caminar hasta la carretera, una hora o más, allá les recoge la ambulancia o el camión de bomberos; muchas veces están tan lejos que dan a luz en la ambulancia o en el camión de bomberos. Se presentan al hospital que el bebé ya nació.” (Proveedora de Salud, Zacapa)

En consecuencia, la APN que no incorpora educación sobre Zika, o el acceso tardío a la APN, obstaculizan los esfuerzos de prevención y detección del virus. Esto constituye una oportunidad perdida que deja a las mujeres con poca o ninguna información o atención para un mayor periodo de tiempo.

Hombres:

Los hombres por lo general tenían menos conocimiento sobre Zika en comparación con las mujeres. Esto puede deberse a que interactúan menos con el sistema de salud que las mujeres, o a que consideran la salud un asunto de mujeres; era más probable que dijeran haber escuchado sobre el Zika en los medios de comunicación (televisión o radio) o en conversaciones.

“Una de las carencias en el país es la falta de información; solo en medios de comunicación (TV y radio) se escuchó del Zika, pero no se logra entender bien, cómo se transmite, qué riesgos hay”. (Hombre, Teculután)

Tomando en cuenta el importante rol que tienen los hombres en la decisión de usar los condones, es importante encontrar la forma de alcanzarles para sensibilizarles y ofrecerle información clara y completa, tanto desde los servicios de salud, pero también de otros ámbitos, como el comunitario.

Ideas erróneas sobre el Zika:

Existía una confusión generalizada sobre la infección asintomática por Zika y la percepción de sentirse enfermos como un indicador de la infección. Ninguna de las personas que participaron en las DGFs compartió información sobre la naturaleza asintomática del virus o sobre el hecho de que pudieran transmitirlo sin saber que están infectados.

Una preocupación común, especialmente en las DGFs con hombres, era la necesidad de probar la existencia de la infección por Zika para justificar el uso del condón. El machismo y las normas de género

³ Una enfermera intervino aclarando que todos los analíticos son gratuitos, que lo único que hay que pagar es el ultrasonido, pero hay desinformación también sobre esto.

masculinas en la región a menudo vinculan la apariencia saludable del hombre con su masculinidad y su habilidad de ser el proveedor de su familia. Muchos hombres sienten la presión de no revelar o conversar sobre dolor o problemas de salud, y consideran que las dudas sobre su salud constituyen dudas sobre su masculinidad. Esto es particularmente problemático porque muchos participantes, tanto hombres como mujeres, dijeron que solo era necesario usar condones cuando alguien tenía síntomas evidentes de Zika.

“Cómo saber si está enfermo? pues si no está enfermo, si está bien y no siente nada, no debe usar condón. Debe saber de estar enfermo.” (Mujer en edad fértil, Barberena)

“Hay más que no entienden porque usar el condón si ellos sienten que están sanos y son fieles. No entienden que existen enfermedades.” (Mujer en edad fértil, Zacapa)

Hasta una partera, que tenía muy claros los riesgos de Zika durante el embarazo y que tenía conocimiento de que el virus del Zika puede permanecer hasta seis meses en el semen de hombres infectados, tenía resistencias a promover el uso de condones en falta de síntomas:

“¿Por qué debería decir al hombre que use condones si no está enfermo? Si no ha tenido Zika en los seis últimos meses no hay problema y no le digo que use condones; solamente atiendo el embarazo como siempre.” (Partera, Nueva Santa Rosa)

Otra idea errónea, común entre muchas personas en las DGFs, en especial entre los hombres, es no creer que el Zika sea una enfermedad real. Varios participantes compartieron anécdotas sobre hombres de sus comunidades que no creían que el Zika y la microcefalia eran verdaderos, pues no habían visto ningún caso, o pensaban que eran parte de una conspiración de un gobierno extranjero. Los participantes también mencionaron que era probable que los hombres no creyeran nada sobre el Zika a menos de que lo escucharan directamente de un médico o proveedor de salud. En varios casos enfatizaron que los hombres usualmente no consideran a sus esposas como fuentes confiables de información sobre estos temas.

“¿Te lo hallaste de por ahí (la enfermedad)? Dicen que es mentira porque no se lo dice un profesional; cuesta que a las mujeres le crean.” (Mujer, Teculután)

La dependencia en los proveedores de salud como única fuente confiable de información sobre salud por parte de los hombres es preocupante, especialmente dado su rechazo a asistir a los establecimientos formales en búsqueda de atención.

Es claro que existen brechas clave e ideas erróneas en cuanto al conocimiento sobre Zika que requieren ser abordadas. En general, el conocimiento sobre el Zika, sus vías de transmisión, sus posibles consecuencias, y los métodos de prevención, es escaso. Mientras que es más probable que las mujeres en edad fértil accedan a información gracias a sus visitas a los centros de salud, los hombres carecen de cualquier tipo de información y están confundidos sobre los mensajes que escuchan en la TV o en la radio.

Muchas mujeres embarazadas acceden a la APN en una etapa muy avanzada del embarazo, por lo cual no reciben información y no adoptan medidas preventivas. No obstante, la existencia de guía de consejería y de personal específico para la consejería en Zika, según los testimonios, la información sobre prevención del Zika durante el embarazo no se ofrece de la forma adecuada en todos los servicios, tanto del sector público como del privado. Además, las ideas erróneas sobre el Zika reducen la percepción del riesgo entre mujeres, hombres, parteras y personal de salud.

Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de acercarse a la población, sobre todo a los hombres, usando diferentes estrategias, incluyendo el nivel comunitario. Es de suma importancia diseñar formas de promover la prevención de embarazos no planificados en diferentes escenarios (establecimientos públicos y privados a nivel local y nacional, centros comunitarios, escuelas, redes sociales, hogares, etc.), y llevar el mensaje a mujeres, hombres y adolescentes de ambos sexos. También es fundamental fortalecer alianzas con actores clave como parteras, promotores/as de salud y líderes/as comunitarios/as, para educar a las mujeres embarazadas y a sus parejas sobre prevención del Zika desde los primeros meses de embarazo.

B. Cuestiones de género que influyen en el uso del condón

Muchos establecimientos de salud, al igual que algunas comunidades, están avanzando a grandes pasos en la distribución de condones, sobre todo entre mujeres embarazadas durante la APN. Algunas personas participantes estaban deseosas de compartir las historias exitosas de sus comunidades.

“Allí (en mi comunidad) las mujeres piden cuantos [condones] quieren, y se los entregan. Es algo confidencial. Les entregan 15-20.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

Sin embargo, las personas participantes también reportaron varios problemas que limitan el acceso a los condones y a su uso, especialmente durante el embarazo.

1. Acceso a condones: la vergüenza como barrera

Tanto los hombres como las mujeres que participaron en cada una de las DGF sabían que los condones estaban disponibles gratuitamente en puestos/centros de salud y a través de enfermeras que realizan visitas domiciliarias. También mencionaron que los condones están disponibles para la compra en farmacias, supermercados, y tiendas o despensas locales.

Mujeres:

A pesar de saber dónde obtener condones, muchas mujeres dijeron que la vergüenza, y el pudor hacían que ellas no solicitaran o compraran condones. Varias reportaron que en su sociedad generalmente no era algo aceptado o común que las mujeres llevaran condones consigo y esto constituye un límite tanto para ellas en pedirlos, así como para el personal de salud recomendarlos y entregarlos.

“A mí no me los han dado, sabía que los daban, pero no los pedí. Tal vez es incómodo para una mujer que no está acostumbrada a cargar condones en la bolsa.” (Mujer embarazada, Nueva Santa Rosa)

De forma frecuente, las mujeres reportaron que temían comprar o recibir condones de personas que conocían en su comunidad (en farmacias o establecimientos de salud local); dado que los condones se asocian con amoríos extramaritales, las mujeres temían que estas personas asumieran que ellas estaban engañando a sus parejas y que se esparzan rumores.

“Personas conocidas que lo venden ... Ya en un centro de salud da vergüenza, más aún para una mujer ir a comprarlo.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

“En las tiendas hay personas chismosas, habladoras. que piensan que una lo pide para usarlo con otra gente, hacen el cálculo de cada cuanto una los compra, ... así da vergüenza comprarlo; así uno no compra.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

“Aquí cuando uno lo sabe, se lo sabe todo el país, la gente habla de más.” (Mujer embarazada, Zacapa)

Esto llama la atención sobre la necesidad de sensibilizar sobre el uso de condón como método para prevenir el Zika y la importancia de usarlo para aplazar embarazos y para prevenir el síndrome congénito asociado al Zika entre proveedores de salud y otras personas que distribuyen y venden condones (personal de farmacias y tiendas).

Hombres:

Si bien llevar consigo condones es más aceptable socialmente para los hombres jóvenes y adultos que para las mujeres, y en algunas instancias se considera positivo como prueba de la proeza sexual, los hombres reportaron que todavía experimentan vergüenza y pudor cuando compran o solicitan condones, sobre todo si es a personas del sexo opuesto. Aunque en menor grado que las mujeres, los hombres expresaron preocupación sobre recibir condones de alguien que los conozca en la comunidad y temen los

chismes. Algunos hombres reportaron que era más fácil comprar condones en una farmacia que estaba lejos de su comunidad o solicitarlos en el hospital más grande, donde no conocían al personal.

Hombre 1: “Da pena ir a comprar. Preocupa que digan que uno vaya con otra. Da vergüenza también pedirlo aquí en el puesto de salud de la comunidad.”

Hombre 2: “En el hospital uno trata con personal diferente, no da pena.” (Hombres, Llano de Animas)

Un hombre dijo que se sentía incómodo recibiendo condones de una mujer, y que se sentía menos avergonzado comprándolos o recibéndolos de un hombre. Dijo que los hombres son más discretos y comprensivos entre ellos.

“El hombre se mantiene discreto.” (Hombre, Barberena)

Aunque los hombres manifestaron que los condones son fáciles de obtener, algunos resaltaron que no todos los hombres saben cómo usarlos. Algunos mencionaron que esto sucede por la vergüenza de revelar su desconocimiento y porque los hombres en general son reacios a buscar atención de salud o acercarse al personal de salud. En lugar de buscar consejo de profesionales de la salud u otras fuentes confiables sobre condones y salud sexual, los adolescentes prefieren escuchar a sus amigos, y esta primera información (sin bases en evidencia científica) en muchos casos es lo que queda por el resto de la vida.

“Cuando tenemos 10-12 años, en vez de preguntar a un salubrista vamos a donde amigos. Los más grandes le dicen a los otros. La enseñanza se da entre amigos, en la calle; pero todos somos igualmente ignorantes.” (Hombre, Zacapa)

La vergüenza es una barrera de importancia crucial que evita que hombres y mujeres busquen condones y consejería profesional. La privacidad y confidencialidad son esenciales para clientes que buscan condones, otros métodos de planificación familiar, y consejería. Para abordar estas barreras, es clave que los establecimientos de salud y las farmacias garanticen que estos servicios sean ofrecidos, en condiciones de privacidad, confidencialidad y libre de sesgos, por personal sensibilizado e informado y, preferentemente, del mismo sexo que el/la cliente. Además, sería importante fortalecer las campañas sobre la necesidad de usar condones para prevenir el Zika de transmisión sexual y el síndrome congénito asociado al Zika

2. Acceso a condones: los costos y el desabastecimiento como barreras

Los desabastecimientos en establecimientos públicos son otra barrera para acceder a los condones y para utilizarlos. Las y los participantes de las DGFs y las proveedoras consultadas, reportaron largos períodos de desabastecimiento durante los últimos años en Santa Rosa y en Zacapa. Varios informantes clave dijeron que esto constituía un problema a nivel nacional.

Dado que no era posible entregar gratuitamente condones a las mujeres embarazadas durante los desabastecimientos, el personal de salud les facilitaba recetas para que compraran condones en farmacias privadas. Tanto las proveedoras como las usuarias y los usuarios interpelados describieron cómo el uso de condones se veía limitado por los desabastecimientos. Una proveedora de salud de Zacapa dijo creer que muchas personas no usaban condones durante el período de desabastecimiento porque no podía pagarlos.

“Entre finales del 2017 y febrero 2018 se ocasionó un desabastecimiento de condones; entonces se les daba solo la prescripción para que los compraran. Cuando no hay condones en el puesto de salud, en el centro de salud o en el hospital, muchos no los usan por escasez económica, porque no los pueden comprar.” (Proveedora de Salud, Zacapa)

Hombres y mujeres se referían con frecuencia al costo de los condones en farmacias. Esto constituía una preocupación particularmente en las áreas rurales, donde hombres y mujeres dijeron que sus ingresos eran demasiado bajos para mantener a la familia y adquirir condones.

“Cuando uno va a la farmacia son muy caros, 3 por 10- 12 Quetzales, es un impedimento; no es como tener una caja en casa y decir me voy a proteger siempre. Además, no hay competencia en marcas, quisiera más competencia para que hubiera más facilidad.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

El costo es una barrera más notable para las mujeres dado que, según la ENSMI (2008 – 2009), el 67% de las mujeres necesitan pedir permiso a sus parejas para usar recursos económicos del hogar e incluso porque es menos probable que tengan un empleo remunerado fuera de la casa [26].

En Zacapa, durante las DGFs con hombres del área urbana, los jóvenes dijeron que usualmente no obtienen sus condones en el centro de salud, sino que prefieren hacerlo en farmacias o supermercados porque están abiertos a horas más convenientes. En contraste, los hombres mayores preferían los centros de salud porque los condones eran gratuitos.

Un hombre en Zacapa compartió que algunos hombres prefieren comprar condones porque hay rumores de que los condones distribuidos en centros de salud son de mala calidad y no son efectivos. Las parteras también hablaron sobre las limitaciones que tienen para responder a las solicitudes de condones de clientes.

“Los hombres me dicen ‘tráemelos’, que se los consigas. Pero a nosotras comadronas nos dan solo la capacitación, no tenemos condones.” (Partera, Nueva Santa Rosa)

Evitar el desabastecimiento de condones en los establecimientos públicos de salud es esencial para aumentar el uso de condones durante el embarazo a fin de prevenir la transmisión sexual del Zika. Los condones de buena calidad deben ser distribuidos de manera regular a mujeres embarazadas y sus parejas durante la consejería, una vez se obtenga el consentimiento de la cliente. Los condones deben estar disponibles de forma gratuita en todos los establecimientos de salud. Otra estrategia para aumentar el uso de condones durante el embarazo puede ser la distribución gratuita durante las visitas domiciliarias por parte de personas que se ocupan de promoción de salud a nivel comunitario y parteras.

3. Reacciones y percepciones de los hombres sobre el uso del condón durante el embarazo

La reacción inicial de los hombres al ser aconsejados sobre el uso de condones durante el embarazo fue abrumadoramente negativa; las razones variaban desde la incomodidad física al usar condones, pasando por el estigma asociado con la infidelidad, hasta el miedo a ver reducido el placer y la virilidad.

Uso general del condón:

Muchos hombres se quejaron de que el condón causa irritación, incomodidad, o reacciones alérgicas.

“Tengo 39 años y he usado preservativos una sola vez. Tenía una pareja, me metí a un bar y usé uno, pero me hizo daño, me irritó. Desde aquella vez estuve con esto en la mente. Creo que me dio irritación por ser diabético.” (Hombre, Llano de Animas)

Algunos hombres se quejaron de que con condón no sentían lo mismo o que disminuía su satisfacción sexual. Varias analogías comunes se usaron para ilustrar este punto.

“Mi cuñado le dijo a mi hermana: ¿te gusta comer el banano? ¿Te gusta comerlo con cascara? ¿No? Es lo mismo: no se siente igual!” (Mujer, Zacapa)

“Por lo que refieren ellas, los hombres dicen que no es igual, que no les gusta. Ellas les explican a ellos, pero nos refieren que si se lo llevan al esposo él no acepta de utilizarlo, que ellos le dicen que es como comerse un dulce sin quitarle el papel.” (Proveedora de salud, Zacapa)

La resistencia al uso del condón porque se piensa que reduce el placer se reflejó en las respuestas de participantes quienes dijeron que las normas tradicionales de género priorizan la satisfacción sexual masculina por sobre la satisfacción femenina y la salud.

"El hombre dice 'no, yo no lo uso y se acabó', el hombre piensa solo en su satisfacción, no en la satisfacción de la mujer y no en la salud." (Hombre, Llano de Animas)

Otras reacciones comunes incluyeron quejas porque los hombres no estaban acostumbrados a usar preservativos, algunos no saben cómo usarlos, otros simplemente olvidan usarlos y el miedo al estigma. En este sentido una mujer joven en Amatitlán manifestó que en el pasado el uso de condones estaba estigmatizado porque se los vinculaba con los hombres homosexuales, lo cual probablemente se debía a que los preservativos se promocionaban para prevenir el VIH entre poblaciones en alto riesgo como hombres que tienen sexo con hombres.

"Antes se decía que si un hombre usaba el condón era gay." (Mujer, Amatitlán)

Uso del condón en las relaciones formales:

Dado que los condones están asociados a las relaciones extramaritales, muchos hombres mencionaron que los condones no eran necesarios o aceptables con sus parejas estables.

"Si yo estoy casado, yo no tengo problema con la esposa, existen otros métodos para no embarazarse; pero si hay promiscuidad, si uno va en la calle, hay que usar condón para prevenir VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Para mí no sería normal con mi esposa, pero fuera de la casa sí." (Hombre, Zacapa)

Los hombres también enfatizaron que no usar condones es un signo de confianza entre las parejas.

"Uno tiene más confianza con su esposa, con ella uno no necesita usar el condón." (Hombre, Zacapa)

Si una persona, de ambos sexos, propone el uso del condón a su pareja estable, esto a menudo se concibe como una acusación de que su pareja es infiel o como una admisión que ella misma ha sido infiel. Si bien las mujeres manifestaron más preocupaciones sobre la reacción de sus parejas, los hombres también expresaron preocupación sobre la reacción de su pareja si proponían el uso del condón.

"Deben dar la platica cuando dan el preservativo en la comunidad o centro de salud, así ella va a entender, sino ella va a pensar que uno tiene pareja afuera del hogar y que los compra para afuera. Hay que explicarle que es para la protección de ella." (Hombre, Barberena)

Uso del condón con parejas embarazadas:

Los hombres inicialmente no comprendían el propósito de usar condones dado que sus parejas ya se encontraban embarazadas y ellos manifestaban no estar enfermos/infectados, ni tener sexo con otras parejas.

"Los hombres dicen que no porque la mentalidad es que ya está embarazada. No piensan a los riesgos del contagio. Muchos se protegen solo de los embarazos." (Mujer, Amatitlán)

Los hombres mostraron preocupación ante el hecho de que las mujeres aprendieran a usar condones y los trajeran a casa después de la consejería de APN. Un hombre admitió que si su pareja sabía más sobre condones que él, eso lo haría sentir incómodo y humillado.

"Nosotros usar y la mujer explicando como ponerlo. Es un choque de género." (Hombre, Zacapa)

Algunos hombres no escuchaban a sus parejas después de una consulta de APN. El esposo de una mujer embarazada en Teculután compartió que cuando su pareja regresó con información sobre preservativos y Zika después de su consulta de APN, él se rehusó a escucharla y afirmó que no habían usado condones durante los últimos 6 meses de embarazo. El hombre interpretó la sugerencia de usar condones como una acusación de que era infiel y dio por terminada la conversación. Por un lado, esto refleja el hecho de que, como suele suceder, la mujer asistió a la cita, pero el hombre no participó y no obtuvo la información adecuada de una fuente que consideró con la autoridad adecuada; también esto ilustra el limitado poder para actuar de manera independiente (agencia) y para negociar el uso de condones que tienen algunas mujeres dentro de sus relaciones.

“Le dijeron a mi esposa que me explicara, yo le dije que no, porque como uno no anda haciendo nada malo. Ella dijo que era para las infecciones de transmisión sexual, yo le dije que no porque yo no voy haciendo nada malo con algunas más. [...] no me explicó las consecuencias, yo no quise hablar de esto y cerramos el tema. No, no le di el chance de hablar más.” (Hombre, Teculután)

Reacciones positivas:

Sin embargo, después de una explicación a fondo sobre el Zika y los métodos de prevención, la mayoría de los hombres en las DGFs dijeron estar abiertos al uso de condones. Muchos de los hombres reiteraron que si los hombres estuviesen bien informados sobre los riesgos para su futuro hijo/a, entonces usarían un condón; lo mismo fue confirmado por personal de salud.

“La primera reacción del hombre a usarlo es negativa, pero si comprende los riesgos, entonces lo acepta.” (Auxiliar de enfermería, Barberena)

4. Reacciones y percepciones de las mujeres sobre el uso del condón durante el embarazo

La mayoría de las mujeres reportó que su reacción inicial ante la recomendación de usar condones durante el embarazo fue negativa, y que era algo incómodo tanto para los hombres como para las mujeres.

“No está agradable, es incómodo para los dos.” (Mujer, Barbarena)

Al recibir consejo sobre el uso de condones durante el embarazo, las mujeres inicialmente no comprendían por qué necesitaban usarlos. Había confusión porque los condones se usan principalmente como una forma de anticoncepción y, en estos casos, la mujer ya se encontraba embarazada. Una vez que se explicaba que se trataba de proteger al bebé, aceptaban con más facilidad la recomendación.

“Una mujer me dijo: ¿si yo estoy ya embarazada, por qué debo usar el condón? No me voy a embarazar otra vez. Le dije que es para proteger al bebé del Zika y que lo tiene que explicar también al papá para que lo entienda.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

Ideas erróneas sobre el uso de condones durante el embarazo:

Entre las mujeres participantes en las DGFs, a menudo se conversaba sobre varios mitos, ideas erradas o miedos que inhiben el uso de condones. El miedo citado con más frecuencia es que los condones pueden causar irritación, o incluso infecciones vaginales o del tracto urinario. Estas ideas equivocadas se basaban en experiencias personales, pero también en lo que habían escuchado de otras mujeres y de proveedores de salud, quienes a veces perpetúan estos mitos.

“Cuando una mujer está embarazada, está propensa a tener infecciones vaginales y urinarias; el condón calienta y da infección.” (Mujer, Nueva Santa Rosa)

“La doctora de otro centro privado donde me atiendo me dijo que el condón transmite infecciones y que no hace bien usar el condón durante el embarazo. Dice de no usar el condón durante el

embarazo porque el bebé tiene su bolsa – la placenta - que lo protege.” (Mujer embarazada, Barberena)

Otra mujer describió cómo su abuela le dijo que el látex de los condones era malo para el bebé. Esto ejemplifica la influencia de los miembros de generaciones anteriores sobre las personas más jóvenes que buscan consejos y conocimientos.

“Mi abuelita dice que el látex no se usa durante el embarazo, que el condón es algo que afecta el bebé.” (Mujer embarazada, Zacapa)

Algunas mujeres plantearon sus dudas con relación a que los condones no siempre son efectivos para prevenir embarazos y ITS.

“Yo escuché que no son siempre seguros.” (Mujer, Barberena)

Miedo a las reacciones violentas y escaso poder de decisión sobre la salud sexual y reproductiva:

Uno de los temas más notorios al dialogar sobre el uso del condón era el miedo de las mujeres a la violencia y maltrato por parte de sus parejas. Tanto las mujeres embarazadas como las proveedoras de salud de Amatitlán y Nueva Santa Rosa resaltaron que una de las principales limitantes para que las mujeres acepten condones ofrecidos en la APN es el miedo a la reacción de sus parejas. Esto está relacionado con la falta de información por parte de los hombres. Una de las proveedoras en Zacapa estimaba que dos o tres de cada diez mujeres se rehúsan a aceptar los condones y prefieren buscar permiso de sus parejas antes de llevarlos a su casa. La necesidad de no apresurarse en mandar la mujer a casa con condones y de darle el tiempo de informar previamente a su pareja y así reducir reacciones violentas fue expresada también por una mujer embarazada:

“Primero hay que hablar con él, solo luego comprar los condones.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

Muchas mujeres mencionaron la amenaza de violencia física y de varias formas de violencia psicológica, incluyendo insultos y amenazas de dejarlas por otras mujeres, si insistían en utilizar condones.

“La mayoría son machistas. Preguntan ¿Dónde encontraste estos? Algunos le pegan a las mujeres.” (Mujer, Zacapa)

“Donde yo vivo una mujer llegó de la consulta y le dijo ‘nos dieron condones’, él le dijo: ‘éstas son mentiras. ¿Porque yo voy a usar esto?’ Se pelearon. Este es un gran problema.” (Mujer, Nueva Santa Rosa)

“Quizás no se llega a violencia física, pero sí psicológica, le amenazan a la mujer. Por ejemplo, le platican que si ellas no quieren tener las relaciones como ellos quieren, ellos consiguen otras. Esta es la mayor preocupación de la mujer.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

“Hay mucha infidelidad, los hombres se buscan otra persona si su mujer quiere usar el preservativo.” (Proveedora de salud, Amatitlán)

En sociedades patriarcales, donde los hombres son percibidos como quienes principalmente toman las decisiones, a menudo sus parejas femeninas no son consideradas suficientemente inteligentes o confiables como para creer en ellas.

“Hoy la mayoría de los hombres son machistas; un esposo entiende porque la doctora le habla, pero algunos hombres no quieren ni que la mujer se haga el Papanicolaou. Al principio me dijo: ‘¡Esta es una tontera!: ¿Cómo vas a usar condones conmigo?’; yo le expliqué que para el bebé, para que no se le transmita la enfermedad y él: ‘estas son tonteras’ Fuimos a la doctora juntos y ella le explicó. Y él entendió. A mí no me creía.” (Mujer embarazada, Zacapa)

Esto también ilustra una importante brecha que los servicios de salud deben tomar en cuenta: incluso si una mujer recibe información integral sobre el Zika durante la APN, comprende plenamente los riesgos y

recibe condones gratuitamente, esto puede no ser suficiente para garantizar el uso de preservativos. En algunos casos, si la mujer embarazada teme que su pareja no le creerá, se rehusará, la amenazará o la golpeará, entonces puede decidir no informar a su pareja sobre la recomendación de usar condones y desecharlos.

“A veces es mejor quedarse calladas para que un hombre no le pelee, no le insulte. Él no se contiene.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

“Depende de la actitud del hombre. Uno prefiere mejor quedarse callado; si se lo dice, él amenaza con buscar otra, puede ponerse violento.” (Mujer embarazada, Teculután)

“Dicen ‘Entiendo’, se lo llevan, pero nunca se los proponen por miedo a como va a reaccionar. Prefieren callar. El esposo ni siquiera se entera. Sería importante llamar al esposo que venga a la consulta, pero en este servicio no es posible porque se llena, se atiende consulta prenatal, pediatría, etc. No hay espacio, se llena y hay el riesgo que, si la gente está muy apretada, se golpeen sin querer a las mujeres embarazadas.” (Proveedora de salud, Zacapa.)

Con frecuencia no es suficiente entregar condones a las mujeres durante las consultas de APN. La amenaza de violencia continúa siendo importante en la decisión de una mujer de proponer el uso de preservativos a su pareja, por lo cual debe abordarse en la consejería de APN o mediante otras intervenciones para llegar con el mensaje a los hombres. Asimismo, esto pone de relieve la necesidad de evaluar de forma universal a todas las pacientes de APN para detectar violencia de género y relaciones violentas, con el fin de ofrecerles apoyo y referencias adecuadas que ayuden a mejorar su salud y bienestar general, incluyendo su habilidad de prevenir la infección por Zika. Como se mencionó en la revisión bibliográfica, la violencia de pareja (VP) a menudo se asocia con ITS y, por ende, con la transmisión sexual del Zika, pues es más probable que los hombres que son violentos tengan varias parejas y esto eleva el riesgo de ITS y al mismo tiempo es más frecuente que ellos se rehúsen a usar métodos para prevenir ITS. La VP con frecuencia evita que las mujeres busquen atención de salud, ya sea para detectar una ITS o para obtener APN, debido a la vergüenza, el miedo al estigma que conlleva una ITS, y el miedo a mayores represalias por parte de la pareja violenta [27,28].

El escaso poder de las mujeres para tomar decisiones sobre el uso del condón y sobre su salud sexual y reproductiva en general se enfatizó en repetidas ocasiones durante los grupos focales y entrevistas. Varias enfermeras mencionaron la importancia de la confidencialidad, dado que muchas pacientes deciden usar anticoncepción en secreto, pasando por alto los deseos de sus parejas o sus suegras.

Las suegras fueron identificadas por las participantes en las DGFs y en las entrevistas en profundidad como actores que a menudo amenazan o restringen la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva. Con frecuencia las suegras están interesadas en tener nietos o son muy religiosas, y pueden llegar a evitar que la nuera utilice anticoncepción.

“A los esposos y suegras no les gusta que las mujeres usen planificación familiar de cualquier tipo.” (Proveedora de salud, Nueva Santa Rosa)

El análisis de género resaltó que la incomodidad o la irritación afectan el uso del condón entre hombres y mujeres, no obstante, hay cuestiones específicas para cada género que limitan la disposición a usar condones. Mientras que las mujeres están más preocupadas por el miedo a la violencia, a los hombres les preocupa el no disminuir su placer, reafirmar su rol de género como el principal actor en la toma de decisiones, y evitar las dudas sobre la infidelidad. Abordar estas preocupaciones de ambos grupos es importante para que las personas usen los condones de forma correcta y consistente para prevenir el Zika, otras ITS y casos de niños y niñas con SCaZ, y resulta fundamental para tratar adecuadamente el tema del uso de condones con cada grupo y lograr dinámicas relacionales más equilibrada en lo que concierne la negociación relativa a su uso.

5. Negociación sobre el uso de condones

La entrega de condones a mujeres embarazadas no garantiza que las parejas los utilizarán correcta y consistentemente. Cuando las proveedoras de salud en Teculután dieron seguimiento a las mujeres se encontraron con resistencia. Según las informantes clave, muchas mujeres embarazadas que manifiestan no usar condones, lo justifican diciendo que son solteras, que sus esposos trabajan en otra parte del país, o que no son sexualmente activas.

“Cuando le preguntamos si lo usan el 40% dice que sí lo usa. Las demás dicen: “no tuve relaciones; mi esposo trabaja lejos; nos separamos.” (Proveedora de salud, Teculután)

Si bien las proveedoras de salud en Teculután confirmaron que varios hombres trabajan en la agroindustria y viajan a otras ciudades con este propósito, no es el caso de todas las mujeres. Tener poco poder en la toma de decisiones sobre planificación familiar sigue siendo un asunto desafiante.

Uno de los debates clave que surgió en los grupos focales trató sobre quién toma la decisión final de usar condones dentro de la pareja. Unas pocas mujeres insistían en que las mujeres son quienes toman la decisión final, manifestando que si sus parejas se rehúsan, pueden tomar una posición firme diciendo *“sin condón no hay sexo”*. No obstante, la mayoría de los participantes de ambos sexos coincidieron en que es el hombre quien toma la decisión final sobre si la pareja usará condones.

Es importante recordar que la ley contra los femicidios y otras formas de violencia contra las mujeres (Decreto 22-2008) considera que negar el derecho de las mujeres a adoptar medidas de protección contra las ITS y los embarazos no planificados constituyen formas de violencia sexual, sin embargo según la mayoría de las participantes en las DGF, aunque las mujeres preferirían usar condones para protegerse a sí mismas y a sus bebés aún no nacidos de las ITS y del Zika, en la práctica se encuentran a menudo en la situación de tener sexo sin protección. Todos los grupos estuvieron de acuerdo en decir que, debido a las normas machistas generalizadas de dominio masculino en la toma de decisiones, las mujeres deben cumplir con los deseos de sus parejas, incluso si esto se opone a su deseo de usar condones. Los participantes confirmaron lo que es evidente en los datos de la ENSMI reportado en la parte de revisión bibliográfica: que la mayoría de las mujeres necesitan el permiso de sus parejas para usar anticoncepción.

“Los hombres tienen más resistencia, las mujeres se adaptan, quieren colaborar, pero el hombre no, entonces no se usa por obediencia al hombre.” (Mujer, Barberena)

“Por el machismo el hombre dice ‘yo soy el que manda aquí. Si el doctor te dijo esto, él no está aquí y aquí no se usa’. No hay buena comunicación.” (Hombre, Llano de Animas)

Dado que se entregan condones masculinos a las mujeres, ellas no tienen el poder de obligar a los hombres a usarlos si ellos no están de acuerdo.

“Nosotros decidimos, como somos nosotros que nos lo tenemos que poner.” (Hombre, Teculután)

Aunque los condones femeninos no son comunes en Guatemala, algunas mujeres manifestaron su deseo de acceder a este método. Consideraban que los condones femeninos podrían empoderarlas para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, equilibrando así las dinámicas de poder con sus parejas.

“Los condones femeninos no se dan, pero se dan los masculinos, y estos no se los ponen las mujeres. Nosotras [las comadronas] podemos decirles, pero si el hombre dice ‘no me lo pongo’ es ‘no me lo pongo’. Uno lo más que puede hacer es hablar con el esposo; es el hombre quien decide.” (Partera, Nueva Santa Rosa)

“En el centro de salud ofrecen condones a los hombres, él decide. Sería mejor tener preservativos para mujeres. Si mi esposo no lo quiere usar, yo me lo pongo. Pero no conozco mucho sobre este método, ni sé cuánto cuesta. Nosotras mujeres somos más abiertas a la protección, los hombres tienden a decidir por nosotras.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

Las mujeres también expusieron una variada gama de experiencias y estrategias que utilizan al hablar con sus parejas sobre el uso del condón. Algunas mujeres dijeron que no les sería difícil hablar con sus parejas sobre este tema, poniendo énfasis en la protección del bebé que aún no nace.

“Me lo dijeron en el control prenatal, me entregaron 12 condones y el lubricante. Cuando llegué a la casa le dije ‘vamos a estar mejor.’ Lo usamos, aunque es incómodo, pero es para proteger el bebé.” (Mujer embarazada, Barberena)

“Enamorarle y explicarle todo esto (riesgo para bebé) lo van a entender por el bien del bebé.” (Mujer, Barberena)

Otra estrategia mencionada por algunas mujeres jóvenes fue aprovechar el apoyo de personas aliadas para hablar con sus parejas sobre el uso del condón. Por ejemplo, una adolescente embarazada de 17 años, que fue presionada por su pareja para tener relaciones sexuales sin protección, recordó cómo su madre intervino.

“A mí me lo ofrecieron si me lo quería llevar, no quise hablar con él. Pensé que era mejor no tener relaciones. Mi mamá habla con él; le dijo que yo era primeriza y que él debía entender que no era fácil con el estómago así, y que el niño podía salir enfermo. Le sirvió escuchar a mami, le dio vergüenza. Ahora ya: o usa el condón o no tenemos relaciones.” (Mujer embarazada, 17, Amatitlán)

Algunas mujeres mencionaron como estrategia elegir un momento ideal para hablar con sus parejas sobre el uso del condón, es decir, un momento cuando están contentos o felices en lugar de hablar justo antes de tener relaciones sexuales.

“Cuando esté contento, agarrarlo en el mejor momento, uno lo conoce.” (Mujer, Barberena)

“Buscar el momento adecuado para explicarle lo que dijeron en la charla y dar toda la información.” (Mujer, Barberena)

En cada DGF, hombres y mujeres hablaron sobre la importancia de mantener una comunicación clara con la pareja, poniendo énfasis en la protección del bebé como la clave para convencer a los hombres sobre el uso del condón.

“La explicación es importante, si no se explica bien hay reacciones machistas; si se lo explica punto por punto debería de entender que es para la criatura que viene de camino. La comunicación, ante todo.” (Hombre, Llano de Animas)

Si bien este hombre estaba recalcando la importancia de la comunicación asertiva, también normalizó las reacciones agresivas ante una explicación incompleta por parte de la mujer. Así se ejemplifica cómo la VBG es socialmente aceptada y justificada; igualmente los otros comentarios ponen énfasis en el alto nivel de responsabilidad que se atribuye a las mujeres en la prevención de la transmisión del Zika, ella debe ir al centro, a ella se entregan los condones, ella debe ser quien explica porque hay que usarlo a su pareja y ella es la que debe negociar su uso o someterse a la decisión negativa de su pareja

Este análisis de género resalta muchas de las normas de género arraigadas basadas en el machismo en Guatemala. Las mujeres deben transitar en medio de relaciones de poder desiguales, que limitan su poder de decisión, particularmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Empoderar a mujeres y adolescentes, con ayuda de las proveedoras y los proveedores de salud, a fin de que pueda dar una explicación integral sobre las razones para usar condones es un buen primer paso, pero queda claro que no es suficiente. Se debe trabajar también con los adolescentes y los hombres, enseñándoles a mantener conversaciones y relaciones igualitarias con las mujeres, basadas en el respeto mutuo y el respeto a los derechos y opiniones femeninas.

C. Estrategias de divulgación y promoción dirigidas a los hombres

La mayoría de las y los participantes coincidieron en que para aumentar la aceptación del uso de condones durante el embarazo, en aras de prevenir la transmisión sexual del Zika y el contagio del feto, es importante involucrar a los hombres en la respuesta ante el Zika. Los participantes coincidieron en que, si son profesionales de salud quienes entregan información integral sobre el Zika y sus consecuencias a los hombres a través de presentaciones o en consultas de APN, estos últimos estarían más abiertos al uso del condón y se podrían reducir las reacciones violentas.

Varios estudios han demostrado que la participación de la pareja en las consultas de APN aumenta la probabilidad de usar anticoncepción, realizarse pruebas de VIH, adoptar medidas para prevenir la transmisión vertical y sexual del VIH, mejorar la comunicación dentro de la pareja, y tomar decisiones conjuntas [38,39]. Dado que el Zika se transmite por vía sexual, estos hallazgos nos permiten inferir que las consultas de APN constituyen una ventana de oportunidad clave para ofrecer consejería a las parejas embarazadas y promover el uso del condón para prevenir el Zika [40].

Pese a los estudios que resaltan los beneficios del involucramiento masculino, es importante mantener una visión matizada. La participación masculina en la APN debe alinearse con los deseos individuales de la mujer. Ella puede valorar su independencia en determinados asuntos y, en los casos donde existe violencia de pareja (VP), puede resultar peligroso involucrar a la pareja en la atención. También puede ser perjudicial si se prioriza la atención a las mujeres con pareja, dado que esto marginalizaría aún más a las madres solteras. Lo anterior pone de relieve la necesidad de dialogar primero con las mujeres sobre la participación de los hombres en la atención y de garantizar que cualquier involucramiento de la pareja se realice con el consentimiento de la mujer.

A fin de comprender el punto de vista local sobre la participación masculina en la APN, se preguntó a todos los participantes de las DGFs e informantes clave sobre la aceptabilidad y factibilidad de involucrar a los hombres en la APN. Cada participante de las DGFs estuvo de acuerdo con que es importante involucrar a los hombres en la APN, y dijeron que sería la mejor manera de informarles sobre los riesgos del Zika y sobre la importancia de usar condones. Mencionaron que resulta más poderoso que los hombres escuchen la recomendación directamente de un proveedor de salud en lugar de escucharlo de segunda mano de su pareja.

“En el centro de salud de Teculután la doctora pide que el esposo vaya con la esposa. Mi esposo si va. El pide permiso en la mañana y luego va al trabajo en la tarde, pero hay quienes no tienen estas facilidades.” (Mujer embarazada, Zacapa)

Sin embargo, todos los grupos identificaron varias limitaciones respecto a esta estrategia. La limitación más común mencionada fue la dificultad de obtener permiso para ausentarse del trabajo. Tanto hombres como mujeres hablaron del miedo a perder su trabajo y sobre la imposibilidad de que los hombres pierdan el salario correspondiente a un día de trabajo para asistir a una consulta de APN. Esto ejemplifica los desafíos adicionales para promover la participación masculina entre familias de menores ingresos.

“Trabajan la mayoría; las personas con trabajo informal no piden permiso. Le descuentan el dinero, y tienen miedo a ser despedidos” (Mujer, Amatitlán)

“Dos de cada 100 casos vienen acompañadas. El hombre no puede pedir permiso, si no va a trabajar no le pagan por aquel día.” (Proveedora de salud, Barberena)

Los costos también pueden ser un problema ya que resulta más caro pagar el transporte para ir a un establecimiento de salud y la comida para el día de dos personas que de una .

“Es algo costoso que aquí en Guatemala le den permiso para acompañar a la mujer. Si me alcanza dinero, a veces el dinero lo destino para que vaya la pareja, para sus exámenes y su

comida. No ganamos suficiente para pagar los pasajes para los dos y para la comida.” (Hombre, Llano de Animas)

Los participantes enfatizaron que los hombres generalmente evitan los centros de salud en la medida de lo posible. Muchos hombres dijeron que se aburren mientras esperan recibir servicios de salud y lo consideran una pérdida de tiempo. Algunos trajeron a colación estereotipos de género diciendo que los hombres no tienen la misma paciencia que las mujeres y que los establecimientos de salud son lugares para mujeres y niños/as. También mencionaron que los hombres solo acuden cuando están gravemente heridos y tienen vergüenza de ir si no se trata de algo serio. Esto refuerza los estereotipos de género según los cuales los hombres deben ser fuertes e infalibles, y no necesitan buscar atención en un establecimiento de salud; mientras que las mujeres son las cuidadoras de la familia y el acudir a los establecimientos de salud (para atenderse ellas o sus hijos e hijas) forma parte de sus responsabilidades domésticas.

Por ejemplo, una mujer explicó que a los hombres no les gusta lidiar con el sistema de salud.

“En la cultura de Guatemala el centro de salud se usa prácticamente para mujeres y niños, los varones prefieren pagar una consulta privada por el tiempo; aquí uno viene solo para sacar las tarjetas necesarias para el trabajo, pero no para consultas personales.” (Hombre, Teculután)

Si bien la importancia de la participación masculina en la salud sexual y reproductiva continúa ganando terreno desde el 1994, cuando en El Cairo se aprobó el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la mayoría de los programas de salud sexual, reproductiva y materna se dirigen casi exclusivamente a las mujeres. Los participantes mencionaron que el sistema de salud se organiza de tal forma que crea barreras para la participación masculina en la APN. En algunos casos, los hombres dijeron que no se les permitía acompañar a sus parejas durante las consultas en determinados hospitales, por ejemplo en aquellos que pertenecen al sistema de seguridad social.

“Dejan entrar solo a la esposa, el hombre se queda afuera. Le dan un número que es personal de la mujer, ella va personalmente, entra la esposa, el esposo espera afuera. En el IGSS peor todavía: uno espera en la calle.” (Hombre, Llano de Animas)

Cuando realizan actividades de divulgación y promoción fuera de los establecimientos de salud y dentro de la comunidad, las personas que realizan trabajos comunitarios de promoción de la salud y las parteras tienen dificultades para involucrar a los hombres en asuntos de salud o en la salud de sus propias parejas e hijos/as.

“Es importante que las enfermeras pasen de casa en casa, quizás con cita cuando esté el marido, así que pueden hablar con el marido, porque ellos mayoritariamente no quieren usar el condón. Pero a veces los hombres se escapan.” (Mujer embarazada, Amatitlán)

“Yo atiendo a muchas mujeres embarazadas, cuando llego a la casa los hombres se escapan. Ellos llegan solo en la noche y se meten directo a lo que vienen (sexo).” (Comadrona, Nueva Santa Rosa)

Pese a estos desafíos, varios establecimientos de salud están implementando iniciativas para involucrar a los hombres. Por ejemplo, el Centro de Salud de Teculután inició un programa para invitar a las parejas masculinas a la APN.

“A tres meses desde el inicio del proyecto se empezaron a invitar los hombres en las consultas. Ha costado, pero uno que otro se consigue. Es más fácil con los más jóvenes, de 20/30 años que están iniciando una nueva etapa y están ilusionados, se les hace más conciencia; los más adultos por otro lado ponen cualquier excusa: ‘no tengo permiso en el trabajo’, ‘no tengo tiempo’; ‘esto es un problema de ella, no mío’.” (Proveedora de salud, Teculután)

Las proveedoras de salud mencionan que los hombres más jóvenes se muestran más abiertos a la participación, pero que los hombres mayores continúan resistiéndose debido a las normas culturales que dictan que el embarazo y la protección del bebé que aún no nace es responsabilidad de la mujer.

“En un mes, de 20-30 embarazadas 4 vienen acompañadas por el esposo; los otros trabajan. Quisiéramos que vengan, aunque sea una vez al principio o al final, pero cuesta.” (Proveedora de salud, Teculután)

Aunque estas iniciativas sientan un precedente entre los servicios de salud para que haya un esfuerzo por involucrar a los hombres, todavía persisten muchas barreras culturales que deben ser tratadas.

“Acompañar a las mujeres embarazadas en la consulta no es parte de la cultura.” (Proveedora de salud, Teculután)

1. Como involucrar a los hombres en la respuesta al Zika según las personas consultadas

A todas las personas que participaron en las DGFs se preguntó cómo hacer llegar a los hombres la información sobre el Zika y cómo involucrarlos en actividades de prevención. En cada grupo focal, luego de una sesión de lluvia de ideas, se pidió a cada participante priorizar las actividades que consideraban ser más efectivas. La siguiente tabla presenta las actividades organizadas según la votación, de las que las personas consultadas consideraron más efectiva a las consideradas menos efectivas (no ponderadas), se mencionan además las fortalezas y debilidades identificadas para cada actividad.

Tabla 3. Matriz de actividades

Rango	Actividad	Fortalezas	Desafíos
1.	<p>Involucrar a las parejas en las consultas de APN.</p> <ol style="list-style-type: none"> Hacer citas con ambos miembros de la pareja El doctor envía la invitación a la mujer embarazada para que la entregue a su pareja (con su consentimiento) Se hacen citas de APN en los fines de semana o fuera del horario laboral para que las parejas no tengan que pedir permiso en sus trabajos. <p><i>“Si dan APN el sábado y el domingo es más fácil para la pareja acompañar a su esposa para que los dos puedan recibir informaciones.”</i> (Hombre, Llano de Animas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Es más probable que los hombres acepten y confíen en información sobre prevención del Zika y uso del condón que viene directamente de un doctor. Los hombres se comprometen más en la salud de su pareja e hija/o cuando participan en la APN. 	<ul style="list-style-type: none"> Para los hombres es difícil obtener permiso para ausentarse del trabajo, o no pueden costear el descuento salarial por el día de ausencia, o arriesgar la pérdida del empleo. El transporte y otros gastos pueden resultar costosos para dos personas que hacen el viaje al establecimiento de salud. Las normas de género dictan que los hombres no se involucren con el sistema de salud, pues es un espacio para las mujeres.
2.	<p>Presentaciones sobre salud: charlas o pláticas sobre Zika (riesgos, consecuencias y métodos de prevención, incluyendo la importancia de usar condones y cómo usarlos).</p> <ol style="list-style-type: none"> Para hombres Para parejas En comunidades (<i>aldeas</i>): en escuelas, centros 	<ul style="list-style-type: none"> Factible de ser implementado por promotores de salud, enfermeras, y doctores. Se puede llegar con el mensaje a los hombres en su lugar de trabajo, o donde 	<ul style="list-style-type: none"> Las charlas usualmente están organizadas alrededor de los horarios de los promotores de salud y suelen hacerse durante las horas de trabajo de los

	<p>comunitarios, establecimientos deportivos.</p> <p>d. En la sala de espera del puesto/centro de salud u hospital</p> <p>e. En negocios o lugares donde trabajan hombres.</p> <p>f. Durante los fines de semana para que puedan participar hombres</p> <p>g. Acompañados de materiales para llevar a casa (ver #3)</p> <p><i>“La mujer busca la ayuda para aconsejar al hombre, para que le expliquen que es para el bien del bebe y de la esposa. Por ejemplo, porque los hombres no pueden ir al centro o a charlas, hay instituciones que le dicen. Por ejemplo, en la finca donde yo estoy, fue un ingeniero a dar una charla conversando sobre ITS, PF ... pocos hombres llegaron, pero lo que fueron entendieron.”</i> (Mujer, Barberena)</p>	<p>suelen estar juntos, contribuyendo a cambiar normas de conducta masculina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede llegar a grandes audiencias. • Al crear una alianza con los Concejos Comunitarios de Desarrollo-COCODE, estos pueden garantizar la presencia de la mayoría de la población comunitaria. 	<p>hombres, cuando no están en casa sino en el trabajo.</p>
<p>3.</p>	<p>Material visual informativo para las mujeres embarazadas en las consultas de APN que puedan llevar al hogar para sus parejas.</p> <p>a. Folletos explicando el Zika y cómo/ por qué usar condones (que ya se están entregando en muchos centros).</p> <p>b. Usar ilustraciones e imágenes de niños y niñas con SCaZ.</p> <p><i>“Por el trabajo los hombres no tienen tiempo de acompañar a la mujer a la consulta prenatal, así que es necesario que nos propongan material didáctico para llevar a la casa.”</i> (Mujer embarazada, Amatitlán)</p> <p><i>“Si el hombre al menos viera fotos tendría más conciencia. Si hay un video, no lo conozco. No existen folletos para enviar [a la mujer embarazada a su hogar], ni para enseñar en la consulta, no hay un rotafolio sobre Zika. Sería importante tener folletos para las mujeres embarazadas que puedan llevar a sus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factible de ser implementado por promotores de salud, enfermeras, y doctores. • Puede ser una fuente confiable de información que probablemente despierte más confianza entre los hombres. • Las ilustraciones, fotos y ejemplos pueden ser más poderosos y es más probable que transmitan el mensaje sobre el riesgo de contraer Zika: <i>“Si no lo ven, no lo creen”</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas personas son analfabetas, así que los materiales deben enfocarse en las ilustraciones y fotos. • A menudo las personas no prestan atención a estos materiales y los desechan sin leerlos.

	<i>parejas.”</i> (Provedora de salud, Barberena)		
4.	<p>Posters (en establecimientos de salud, escuelas, y espacios comunitarios).</p> <ol style="list-style-type: none"> Explicando qué es el Zika y cómo/por qué usar condones Usando ilustraciones e imágenes de niños y niñas con SCaZ 	<ul style="list-style-type: none"> Factible de ser implementado por promotores de salud, enfermeras, y doctores. Las ilustraciones, fotos, y ejemplos pueden ser poderosos y es más probable que transmitan el riesgo de contraer Zika. 	<ul style="list-style-type: none"> Muchas personas son analfabetas, así que los materiales deben enfocarse en las ilustraciones y fotos. Las personas pueden no ver o no prestar atención a estos materiales Los hombres suelen evitar asistir a los establecimientos de salud.
5.	<p>Aprovechar el internet.</p> <ol style="list-style-type: none"> Enlaces a sitios de internet confiables con más información sobre el Zika. Enlaces a videos que explican qué es el Zika. Uso del WhatsApp para crear grupos de hombres y/o mujeres, o para enviar recordatorios sobre prevención del Zika Otras sitios y redes sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliamente usados entre la juventud Su uso resulta novedoso y emocionante para las personas Es una manera conveniente de llegar a una gran audiencia. Las ilustraciones, fotos, y ejemplos pueden ser poderosos y es más probable que transmitan el riesgo de contraer Zika. 	<ul style="list-style-type: none"> No todos tienen un teléfono celular y quienes más necesitan la información tienen menos probabilidades de tenerlo. Algunas personas no ven el internet como una fuente confiable de información, y pueden no tomarlo en serio. Muchas personas comparten sus teléfonos, así que hay poca privacidad y puede ser difícil recibir mensajes sobre temas como el uso del condón.
6.	<p>Visitas domiciliarias por parte de un promotor comunitario de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Es una forma directa de llegar a los hombres. Es conveniente para los pacientes. Es privado. 	<ul style="list-style-type: none"> Los promotores de salud generalmente hacen sus visitas durante el día cuando los hombres están en el trabajo. Implica un trabajo intensivo para los promotores.
7.	<p>Anuncios de televisión (TV) y/o de radio sobre la prevención del Zika y uso del condón.</p> <p><i>“Es necesario aumentar la promoción en los medios de comunicación. No</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Pueden alcanzar a una gran audiencia. Pueden ser una fuente de información confiable y hay más 	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser difícil o costoso coordinar el trabajo con las cadenas de televisión o radio.

	<i>existen anuncios, existen cables, radios y tv locales y nacional.”</i> (Provedora de salud, Barberena)	<p>probabilidad de que los hombres creen en ella.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de los anuncios de TV, las ilustraciones, fotos, y ejemplos pueden ser poderosos y es más probable que transmitan el riesgo de contraer Zika. 	
8.	Aprovechar el rol de los líderes comunitarios (hombres, mujeres, y los Concejos Comunitarios de Desarrollo -COCODE).	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando los COCODE organizan una reunión, pueden convocar a la mayoría de la comunidad. • Los líderes comunitarios conocen mejor a sus comunidades y pueden ayudar a diseminar información sobre la prevención del Zika de boca en boca y en otras redes. • Los líderes comunitarios son fuentes fiables de información que probablemente tanto hombres como mujeres crean. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser difícil coordinar el trabajo con los COCODE. • Los líderes comunitarios tienen sesgos que influyen su decisión de promover ciertas estrategias de prevención del Zika u otra información de salud que no esté alineada con las normas tradicionales de género.
9.	Organizar campañas de concienciación sobre la prevención del Zika que coincidan con actividades recreativas (p. ej., un partido de fútbol, festivales, actividades de centros comunitarios, actividades escolares, etc.) y otras actividades comunitarias existentes (p. ej., grupos de nutrición/cocina organizados a través de los centros de salud)	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden llegar con el mensaje directamente a los hombres en los lugares donde ellos pasan su tiempo. • Puede ser una forma divertida e interesante de enseñar a los hombres sobre el Zika. • Aprovecha la ventaja que representan las redes ya existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • La coordinación puede ser difícil. • Muchas de estas actividades tienen lugar fuera de las horas convencionales de trabajo de los proveedores de salud.
10.	Aprovechar el potencial de las comadronas y capacitarlas	<ul style="list-style-type: none"> • Las comadronas visitan a las mujeres en sus hogares y tienen la oportunidad de 	<ul style="list-style-type: none"> • Las parteras pueden tener sesgos que influyen en su decisión de promover ciertas

		<p>interactuar con sus parejas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las comadronas son una fuente de información que goza de la confianza de la comunidad. 	<p>estrategias de prevención del Zika – especialmente porque muchas de ellas son ya mayores y tienen visiones más tradicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las parteras trabajan directamente con las mujeres y por lo general no interactúan con los hombres.
--	--	--	--

La participación masculina en la prevención del Zika durante el embarazo, particularmente durante la consejería de APN, es fundamental para mejorar los resultados de salud. Sin embargo, dado que no todos los hombres tienen la posibilidad o voluntad de participar en la consejería de APN, los participantes dijeron que podría involucrarlos en los esfuerzos de prevención del Zika con iniciativas alternas, aprovechando alianzas con actores clave, como líderes comunitarios y parteras.

Involucrar a los hombres durante el embarazo, sobre todo a través de las consultas de APN, resulta ser clave para la prevención del Zika, para mejorar la atención de la salud materno, neonatal e infantil (SMNI), y para abordar las dinámicas de toma de decisiones dentro de las parejas. Un mayor involucramiento de los hombres también puede abrir oportunidades para mejorar la salud sexual y reproductiva de los propios hombres, interrumpir los ciclos intergeneracionales de violencia, y promover un rol para los hombres como defensores de la SMNI [41]. Las consultas de APN aumentan el conocimiento de los hombres sobre la importancia de los servicios de salud materna, postnatal, e infantil, lo que puede llegar a comprometerlos más con la salud de sus parejas e hijos/as [42,43]. Este conocimiento también puede traducirse en la entrega de recursos para acceder a los servicios de salud materna, como el costo de transporte al hospital para el parto y el pago por cargos a los usuarios, al igual que inversiones a largo-plazo como el involucramiento temprano del padre en la vida del niño/a, lo cual es beneficioso para el desarrollo infantil [44]. Varios estudios en países de bajos y medianos ingresos reportan otros beneficios de la participación masculina en la salud materna y en las consultas de APN, incluyendo: aumento del acceso materno a los servicios de salud prenatal y postnatal, uso de un agente de atención del parto calificado, desaliento de prácticas maternas poco saludables como el consumo de tabaco y alcohol, mejora de la salud mental materna, mejora del estado nutricional materno, reducción del estrés, dolor, y ansiedad durante el parto, y tasas más altas de lactancia materna [38, 39, 41, 43, 45].

D. Comportamiento sexual durante el embarazo

Aunque varios estudios han investigado las actitudes, percepciones y creencias sobre la actividad sexual durante el embarazo, hay poca información sobre las creencias específicas en esta región y en el contexto del Zika. Dado que la promoción del uso del condón durante el embarazo constituye una estrategia clave de prevención del Zika, es crucial comprender las creencias sobre la actividad sexual durante el embarazo a fin de identificar estrategias que promuevan este método de prevención.

En estudios previos realizados en otros países, las creencias positivas sobre el sexo durante el embarazo incluyeron el hecho de que facilita el parto y mejora el bienestar fetal. Las creencias negativas eran más frecuentes: el sexo podría lastimar al bebé que aún no nace (causar heridas, aborto, o infección) y poner en peligro el embarazo o la salud materna [46]. Otros estudios han descubierto que la actividad sexual disminuye durante el embarazo en todos los grupos de edad, y disminuye significativamente mientras

mayor es la edad. Las principales razones para reducir la actividad sexual incluyen: disminución de la libido, sugerencias del doctor, temores sobre la salud del bebé, disminución de la satisfacción sexual durante el embarazo en comparación con el período previo, y el hecho de que algunas mujeres se sienten menos atractivas mientras están embarazadas [46].

Muchas respuestas de los participantes en las DGFs hacían eco de estos sentimientos. Cuando se preguntó a los participantes sobre la actividad sexual durante el embarazo, la mayoría dijo que la frecuencia de relaciones sexuales se reduce a lo largo del embarazo. A medida que el embarazo progresa la mujer está menos cómoda, más cansada, y su vientre crece, etc.

“Al principio normal, con el tiempo menos.” (Hombre, Barberena)

Algunas mujeres dijeron lo opuesto, pues deseaban tener más relaciones sexuales debido a sus hormonas o porque les gustaba la intimidad.

“A veces aumentan. Porque las hormonas de las mujeres embarazadas están muy altas.”
(Mujer, Nueva Santa Rosa)

Muchas mujeres manifestaron preocupación de que el sexo podría lastimar al bebé. La mayor parte de estas mujeres eran más jóvenes o estaban embarazadas por primera vez, así que optaron por la abstinencia.

“Con el primer hijo mi esposa me apartaba.” (Hombre, Barberena)

“Una tiene menos deseo y además está preocupada para el niño.” (Mujer embarazada, Barberena)

A varios hombres también les preocupaba el hecho de que podrían lastimar al bebé.

“Mi esposo dice que tiene miedo de hacer daño al bebé.” (Mujer embarazada, Barberena)

“Abstinencia para más prevención. Es natural tener preocupaciones.” (Hombre, Zacapa)

“Cuando una está embarazada tal vez quiere estar más con el esposo, al esposo le da miedo lastimar el bebe y una le dice que no.” (Mujer, Zacapa)

Unos cuantos participantes masculinos trajeron a colación el rechazo sexual de sus parejas durante el embarazo. Otros mencionaron que, si este fuera el caso, algunos hombres buscarán tener relaciones sexuales con otras parejas.

“Hay rechazo de la mujer durante el embarazo, puede ser que no tienen deseo sexual. Tienen sus momentos y no hay que fastidiar.” (Hombre, Zacapa)

Hombre 1: *“Busquen por otro lado.”*

Hombre 2: *“Hay que tener más respeto porque si ella se da cuenta va a sentirse mal.”* (Hombres, Zacapa)

En definitiva, no surgió una tendencia general sobre la frecuencia en la actividad sexual durante el embarazo. Muchas personas participantes dijeron que variaba o dependía de cada persona y/o de la pareja.

E. Otras barreras para la prevención y atención del Zika

A lo largo de los grupos focales y entrevistas surgieron de forma repetitiva otras barreras generalizadas para la prevención y atención del Zika, incluyendo el machismo y las creencias religiosas.

1. Machismo

El machismo fue uno de los temas más expuestos en las DGFs y EIC, tanto entre hombres como entre mujeres, en cada región y en cada tipo de establecimiento. Muchos participantes utilizaron este concepto como una explicación universal del comportamiento masculino, sobre todo con relación al control sobre las decisiones en el ámbito familiar, pero sin analizar otras causas subyacentes.

“Aquí hay mucho machismo, hay muchas personas de la comunidad sin estudios, las mujeres deben hacerle caso a lo que el esposo le diga.” (Proveedora de salud, Zacapa)

“Por el machismo, se cuida más la pureza de la mujer, su virginidad. Por ejemplo, yo no quiero que mi hermana de 18 años salga en fotos en las redes sociales y que hablen de ella.” (Hombre, Zacapa)

2. Religión

En Guatemala, un 60% de la población total es católica y el 30% es cristiana evangélica [47]. Las fuertes creencias religiosas tanto del personal de salud, así como de la población beneficiaria de los servicios de salud, junto con la presencia de la iglesia como una institución local poderosa, constituyen barreras para acceder a la planificación familiar a fin de prevenir o retrasar el embarazo durante la epidemia de Zika, así como para promover el uso de condones para la prevención del Zika y de otras ITS.

Basado en información recopilada durante DGFs y entrevistas, las creencias religiosas de las y los proveedores de salud, incluyendo de quienes se desempeñan en el ámbito informal de salud, como las comadronas, pueden causar problemas en la búsqueda y acceso a una atención de salud de calidad. El fatalismo religioso, o la creencia de que la salud de una persona está predeterminada o predestinada por un poder superior y no dentro del control del individuo, es ampliamente difundido y puede inhibir el uso o promoción de ciertos servicios de salud como la planificación familiar [48]. Por ejemplo, al preguntar sobre la distribución de métodos de planificación familiar, una partera dijo:

“Dios manda los bebés.” (Comadrona, Nueva Santa Rosa)

La Iglesia Católica fue citada como una barrera en la promoción del uso del condón y la planificación familiar en general.

“A veces dicen que van a la iglesia y está prohibido usar el método [condones.]” (Proveedora de salud, Zacapa)

Las creencias religiosas están estrechamente vinculadas a los tabús culturales, como el hecho de que los padres no hablan de sexualidad, de condones, o de anticoncepción con sus hijos/as:

“Los padres no hablan con sus hijos por la religión, no es aceptado ... La religión es un límite. Los evangelios por ejemplo no aceptan que la mujer use preservativos, pastillas, que se planifiquen.” (Hombre, Barberena)

A pesar del rico acervo normativo de Guatemala,⁴ algunos participantes comentaron además que desde su perspectiva, las creencias religiosas dominan a nivel institucional lo cual no garantiza educación sexual en escuelas.

⁴ Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005); la ley de Maternidad Saludable, la ley contra el femicidio, entre otras.

“Esto es culpa de la legislación. Por asuntos religiosos no se ha aprobado todavía la ley de salud sexual y salud reproductiva. Hay además poca información desde la escuela y el instituto.”
(Hombre, Zacapa)

Esto deja entender que, independientemente del marco normativo, la amplia influencia conservadora de la religión impacta de manera significativa en la habilidad y voluntad de las mujeres de acceder a la anticoncepción y a los condones para prevenir embarazos no planificados y reducir el riesgo de transmisión de ITS, incluido el Zika.

F. Diferencias regionales y urbano-rural

Los grupos focales y entrevistas se realizaron en seis establecimientos de tres regiones de Guatemala. Se registraron diferencias marcadas en cuanto al conocimiento y actitudes entre las áreas urbanas y rurales a lo largo de todas las regiones y, particularmente, en el departamento de Zacapa, dado que es un área mayoritariamente rural, de bajos ingresos y agroindustrial. Las proveedoras de salud enfatizaron que la promoción de condones fue particularmente difícil en áreas rurales.

“Las comunidades lejanas del casco urbano, en la montaña, se resisten; el tema del condón es un tabú.” (Promotora comunitaria de salud, Nueva Santa Rosa)

“Desde cuando se sabe que el Zika es una infección de transmisión sexual se aumentó el uso de condón y las visitas con los hombres, pero mientras hay aceptabilidad en el caso urbano, en el área rural no hay.” (Proveedora de salud, Zacapa)

Las proveedoras mencionaron que las normas de género basadas en el machismo son más generalizadas en áreas rurales: en las zonas rurales, los hombres trabajan y las mujeres se quedan en casa, tienen más restricciones y menos poder de actuar de forma independiente y tomar decisiones de forma autónoma.

“La mujer es tímida, le da pena decirle al esposo. Hay mucha ignorancia, las personas con más escolaridad entienden más la importancia y lo platican al esposo. En las fincas no los usan porque dicen que el esposo no los deja. Son más sometidas, humildes, analfabetas.” (Auxiliar de enfermería, Barberena)

Ante ello, es de suma importancia que estas diferencias clave sean tomadas en consideración al crear programas para abordar las brechas de género en áreas urbanas y rurales, utilizando un enfoque interseccional,⁵ que tome en cuenta otras características de la población usuarias que las hacen más o menos vulnerables, así como el contexto, las condiciones y la aceptabilidad a nivel local.

G. Poblaciones vulnerables

En Guatemala hay varias poblaciones vulnerables y marginalizadas que necesitan atención y programas especiales para abordar efectivamente la respuesta ante el Zika, entre estas poblaciones se abordan a continuación las de las personas jóvenes y la de las poblaciones indígenas.

1. Personas jóvenes y adolescentes

En Guatemala, el embarazo adolescente es algo común, sin embargo las adolescentes y los adolescentes enfrentan desafíos particulares para la prevención del Zika. Una de las proveedoras de salud consultadas estimó que en el centro de salud donde se desempeña, poco menos de un tercio de los partos por día son

⁵ El enfoque interseccional aborda múltiples discriminaciones y ayuda a entender la manera en que un conjunto de diferentes identidades influye sobre el acceso y disfrute de cada persona a derechos y oportunidades.

de adolescentes, la mayoría procedentes de áreas rurales, donde las adolescentes asisten a la APN en puestos de salud y son referidas a centros de salud u hospitales hacia el final del embarazo. Algunas nunca van a la APN e ingresan por primera vez a un establecimiento de salud para dar a luz.

“Vienen de 5 a 8 adolescentes embarazadas por día. Es un problema con la familia, andan acompañadas con esposo o mamá; hay una clínica especial para adolescentes embarazadas, les hacen un procedimiento estricto para averiguar que no sea abuso.” (Proveedora de salud, Zacapa)

Varias proveedoras de salud dijeron que con frecuencia hay diferencias de edad entre quienes conforman la pareja, viéndose adolescentes embarazadas de hombres mayores. Como se mencionó en la revisión de datos secundarios, las adolescentes pueden enfrentarse con desequilibrios de poder en la pareja cuando tratan de negociar el uso de anticoncepción o condones, especialmente si su pareja es mayor que ellas.

“Las adolescentes embarazadas vienen más acompañadas. Las parejas tienen hasta 6-8 años más que ellas; aquí se dice ‘gato viejo con ratón tierno.’” (Proveedora de salud, Teculután)

“Por ejemplo de adolescentes de 16 y 17 años embarazadas, el papá del hijo en la mayoría de los casos tiene 27, 28 años y está casado con otra.” (Proveedora de salud, Teculután)

Una explicación es que las jóvenes se apoyan en relaciones con hombres mayores por razones económicas. Las proveedoras de salud revelaron que en determinadas comunidades tener este tipo de relación formal es común entre las jóvenes.

“La mayoría de las adolescentes no tienen relaciones con otros adolescentes, sino con adultos, por la situación económica. Si él tiene dinero ella hace lo que él dice. Cede a prestaciones, a quien le da dinero.” (Proveedora de salud, Teculután)

“Para sobrevivir, hay niñas que van con señores, les llaman ‘chicas prepago’; ellas salen de sus casas uniformadas como si fueran a la escuela.” (Proveedora de salud, Teculután)

Algunos establecimientos de salud están tratando de abordar este tema creando programas dirigidos a la población de jóvenes y adolescentes, como espacios juveniles en las escuelas y centros de salud. Es esencial que la juventud reciba educación sobre salud sexual y reproductiva integral y acceda a la anticoncepción e información sobre prevención del Zika.

“En las escuelas para jóvenes hay espacios amigables para adolescentes manejados por inspectoras (estamos pidiendo psicólogas etc., para servir más afluencia, pues ahora no es suficiente).” (Proveedora de salud, Teculután)

En las conversaciones de los grupos focales, los participantes más jóvenes también hablaron de aprovechar la popularidad de las redes sociales y el internet para llegar a otros jóvenes con el mensaje sobre prevención y atención del Zika a través del WhatsApp, internet y videos.

2. Poblaciones indígenas

Como se mencionó en la revisión de datos secundarios, las poblaciones indígenas en Guatemala experimentan desigualdades significativas en el ámbito social, económico, y de salud en comparación con la población general. Es más probable que vivan en áreas rurales, sean pobres, y tengan normas culturales más arraigadas sobre género y sexualidad, lo que hace que su acceso a información integral sobre el Zika y su prevención sea menos probable. Por ejemplo, un hombre explicó que las comunidades indígenas son más reticentes al uso del condón:

“Hay comunidades de origen Chortí [indígenas]; allí se rehúsan a hablar sobre educación sexual, sobre condones. En las comunidades del altiplano no puedes. La mujer no recibe los condones, o solo los botan. Estamos lejos de poder abordar este tabú” (Hombre, Zacapa)

Los departamentos donde se llevaron a cabo las DGFs están en el lado este del país, donde la población indígena no es muy alta, por lo tanto, unas pocas mujeres indígenas participaron en las DGFs durante el análisis de género. Eran mucho más reservadas y recelosas de participar en la conversación en comparación con las otras participantes. Esto se debía probablemente a la timidez cultural y a la barrera lingüística, dado que hablaban su idioma nativo y poco español. Esto resalta la necesidad de organizar asesoramiento y otras sesiones de información sobre el Zika en su idioma nativo.

H. Cambios implementados por ASSIST para abordar las cuestiones de género que limitan el uso de condones durante el embarazo

En los establecimientos de salud donde ASSIST implementa actividades de fortalecimiento de los equipos de mejora de la calidad, se ofrece condones a las mujeres embarazadas como parte rutinaria de la APN. A fin de mejorar la aceptación de los preservativos y promover su uso consistente, muchos de estos establecimientos han empezado a implementar estrategias para abordar las cuestiones de género que limitan los resultados de salud en cuanto a prevención del Zika.

1. La mayoría de los establecimientos daba orientación a la mujer embarazada durante la APN, comenzando con una explicación clara e integral sobre la infección por Zika durante el embarazo, las vías de transmisión, y los métodos de prevención (resaltando el uso del condón), valiéndose de imágenes y figuras (*rotafolios*) antes de entregar los condones.
2. Algunos establecimientos entregaban condones en sobres discretos para prevenir el estigma y la vergüenza. Muchas proveedoras daban seguimiento preguntando si los condones fueron aceptados por la pareja, y ofrecían apoyo a la mujer para dar la explicación a su pareja. Algunas proveedoras también dieron seguimiento al verificar si la mujer necesitaba más condones en cada visita subsiguiente.

“Antes había una clínica post-consulta para entregarlo, ahora no. A alguna le da pena dárselo frente a las demás, ahora lo entregan en un sobre (5+5 y lubricante), según la demanda; si piden más le dan más.” (Proveedora de Salud, Zacapa)

3. Algunos establecimientos entregaban lubricante junto con los condones para reducir el riesgo de ruptura y la incomodidad física por el uso del preservativo.

“Al principio se quejaban de irritación, entonces se hizo un acuerdo con la clínica integral y ahora les proporcionamos también lubricante para solventar esta queja.” (Proveedora de Salud, Teculután)

4. Varias proveedoras hablaron de tener “verificaciones del aprendizaje”, pues se aseguraban de que la mujer entendía plenamente toda la información importante al pedirle que le explicara de vuelta los puntos clave.

“Algunas que ya el médico les habló, yo le pregunto que le dijo para comprobar si entendieron.” (Proveedora de salud, Zacapa)

5. Algunos establecimientos enseñaban a las mujeres el uso correcto del condón demostrándolo en un modelo y luego haciendo que ellas practiquen en el modelo.
6. Al notar que las mujeres no se quedaban a recibir sus condones después de su consulta de APN porque la farmacia ya estaba cerrada, un hospital reorganizó los horarios y el orden de las citas. Se aseguraron de que las mujeres tuviesen tiempo suficiente para ser sensibilizadas sobre el Zika y luego la enfermera las acompañaba a la farmacia cuando su cita finalizaba.
7. Algunas proveedoras ofrecían condones a todas las mujeres, incluyendo aquellas que no estaban casadas o que no estaban en una relación.

“Siempre se recomienda el condón, incluso cuando la mujer es soltera. La doctora siempre le prescribe una docena de condones o menos si ya los tiene. Buscamos que siempre tengan condones.” (Proveedora de salud, Teculután)

8. En un establecimiento, las proveedoras de salud reportaron que incentivan a las mujeres a traer a sus parejas a la próxima cita si se oponen al uso del condón y si las mujeres necesitan apoyo para explicar por qué su uso es importante. Esta práctica ahora se está ampliando a través de las unidades de salud donde trabaja ASSIST.

Una proveedora de salud compartió una anécdota sobre un hombre que inicialmente se puso celoso y pensó que su pareja le engañaba cuando ésta le propuso usar condones. Sin embargo, luego de que él la acompañó al establecimiento de salud y escuchó a las enfermeras hablar sobre el Zika y el uso del condón, además de mirar videos sobre las consecuencias del Zika y la microcefalia, entonces entendió su importancia.

“Uno le dijo a la mujer por celo ‘¿no será que tienes otro?’. Ella le dijo ‘¡Vamos!’ Así que él le acompañó y cuando él escucho nuestra charla y vio los videos que ponemos en la sala de espera se quedó conforme, y dijo que iba a tratar de usarlo.” (Proveedora de salud, Zacapa) .

No obstante, las proveedoras de salud reportaron que en general los hombres no estaban abiertos al uso del condón y solo la mitad de las mujeres llevaba sus parejas a la consulta.

Aunque algunas brechas de género persisten, estas actividades constituyen buenas prácticas que deben ser reconocidas, monitoreadas y, de ser exitosas, expandidas.

VII. CONCLUSIÓN

Las entrevistas y DGFs llevadas a cabo durante este análisis de género demostraron que pocas personas tienen información completa sobre el Zika, sus formas de transmisión y sobre cómo prevenir la infección. Es de suma importancia abordar esta brecha en la educación, dado que el conocimiento y la toma de conciencia son prerequisites para generar cambios en las actitudes y comportamientos. La mayoría de las personas había escuchado del Zika en la radio o televisión, pero no tenía información exhaustiva. Era más probable que las mujeres tuvieran mayor conocimiento sobre el Zika a raíz de una charla o un poster en un centro de salud. Una de las principales ideas erróneas mantenidas abarca la naturaleza asintomática del Zika, ya que las personas creían que si no se sentían enfermas, entonces no estaban infectadas.

Debido al machismo, las mujeres pueden tener un poder de decisión limitado sobre el uso del condón; Sin embargo, tanto hombres como mujeres expresaron barreras en el acceso. Las dos principales barreras para acceder a los condones, tanto para hombres como para mujeres, fueron la vergüenza y los costos cuando los establecimientos de salud estaban desabastecidos. Mientras que los hombres sienten algo de vergüenza al comprar condones o pedirlos a proveedoras de salud, las mujeres sienten vergüenza de forma más intensa. El costo sigue siendo un problema cuando hay desabastecimiento en los establecimientos de salud. En el caso particular de mujeres embarazadas, varios establecimientos están distribuyendo condones a las mujeres durante las consultas de APN de maneras innovadoras. Entre las mejores prácticas se incluyen el entregar condones y lubricante en envoltorios discretos; usar ayudas visuales para dar explicaciones sobre el Zika y el uso del condón, incluso haciendo demostraciones; verificar que las mujeres están aprendiendo luego de la consulta; y reorganizar los horarios para facilitar que las mujeres embarazadas reciban condones.

Aunque se ha progresado de manera extraordinaria, persisten algunos desafíos, incluyendo el hecho de que las mujeres ingresan a la APN por primera vez tardíamente en su embarazo o reciben atención de otros proveedores (privados, comadronas, etc.) que no brindan información detallada sobre Zika; la falta de seguimiento al uso del condón; y una sobrecarga de trabajo entre el personal de los establecimientos de salud.

Los principales inconvenientes que los hombres manifiestan respecto a los preservativos es que los consideran incómodos, causantes de irritación y de pérdida de la satisfacción sexual. Aunque a las mujeres también les preocupa la incomodidad e irritación, adicionalmente tienen la idea errónea de que causan infección (sobre todo en los bebés cuando la mujer está embarazada). Las mujeres también deben lidiar con desequilibrios en las relaciones de poder con sus parejas, un poder limitado para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, y el miedo a una reacción agresiva o violenta de sus parejas, lo que continúa siendo una barrera para el uso del condón. Las mujeres no solo temen la violencia física, sino también la violencia psicológica, como las amenazas de abandono. Tanto los hombres como las mujeres enfatizaron que los condones no se usan comúnmente en relaciones estables; consecuentemente, tampoco se usan durante el embarazo pues no hacerlo constituye un signo de confianza.

Las mujeres emplean varias estrategias para dialogar sobre el uso del condón con sus parejas, desde el encontrar el “momento ideal” para hablar con él, hasta tomar una postura firme (“sin condón no hay sexo”). Otras mujeres hablaron de valerse de aliados, como sus madres, para que les ayuden a dialogar con sus parejas sobre el uso de preservativos, y otras hablaron de invitar a sus parejas al establecimiento de salud para que hablen directamente con el doctor. Varias mujeres también expresaron su interés en acceder a los condones femeninos como alternativa.

Por último, los establecimientos de salud donde se realizan actividades de ASSIST están dando grandes pasos para mejorar las prácticas de prevención del Zika al implementar cambios innovadores y creativos que educan a las mujeres embarazadas sobre el Zika y promueven el uso del condón entre las parejas. No obstante, todavía hay oportunidad de implementar programas con perspectiva de género para mejorar los resultados de salud respecto al Zika, especialmente en lo que respecta a la promoción del uso del condón durante el embarazo; la mitigación de la VBG en el contexto de negociación del uso del condón; y el involucramiento de los hombres en las actividades de respuesta al Zika.

VIII. RECOMENDACIONES Y CAMINO A SEGUIR

Para reducir las tasas de infección por Zika y los casos de niños y niñas que nacen con SCaZ resulta esencial abordar barreras clave identificadas a través de este análisis, tanto a nivel comunitario como en establecimientos de salud.

Garantizar el acceso a anticonceptivos (especialmente condones), atención de calidad, privacidad, y confidencialidad.

- Garantizar la disponibilidad y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos de alta calidad, modernos, de uso voluntario, y amigables con el usuario, incluyendo la anticoncepción de emergencia, para mujeres, hombres, y adolescentes de ambos sexos, con el fin de prevenir los embarazos no planificados.
- Asegurar la disponibilidad de condones femeninos, especialmente para mujeres embarazadas, dándoles más opciones y poder para la prevención de embarazos no planificados e ITS, incluido el Zika.
- Fortalecer los conocimientos de los proveedores y las proveedoras que trabajan en salud sexual y reproductiva sobre las leyes relevantes en Guatemala, y sobre las normas y protocolos que garantizan acceso a la consejería antes de la concepción y a métodos anticonceptivos, inclusive para adolescentes.
- Sensibilizar a los proveedores que trabajan en salud sexual y reproductiva sobre cómo proveer servicios de salud sensibles ante los temas de género, libres de estigma, confidenciales, y fundamentados en los derechos humanos.

Fortalecer la comunicación sobre el Zika y garantizar que haya materiales dirigidos a mujeres embarazadas, hombres y poblaciones meta como las jóvenes e indígenas.

- Utilizar imágenes, fotos y videos al comunicar mensajes sobre Zika para hacerlos más comprensibles, especialmente entre poblaciones analfabetas, y para generar impresiones más memorables.
- Usar imágenes y fotos que muestren a hombres, mujeres, jóvenes y pueblos indígenas involucrados en las actividades de prevención del Zika.
- Garantizar que los materiales comunicacionales sobre Zika enfatizen la transmisión sexual y no solamente la transmisión vía vector, así como la naturaleza asintomática del Zika –no sentirse enfermo no significa que no se pueda infectar a otras personas.
- Distribuir material promocional (posters, hojas volantes, folletos, etc.) no solo en establecimientos de salud, sino también en lugares que pueden ser frecuentados por hombres y jóvenes (lugares de trabajo, escuelas, establecimientos recreativos, espacios comunitarios, etc.)
- Considerar la comunicación en línea a través de redes sociales (Facebook, WhatsApp, videos, etc.) para alcanzar con mensajes a las poblaciones más jóvenes.
- Continuar usando la radio y la televisión como medios para difundir información sobre el Zika.
- Considerar las actividades de extensión social en escuelas, de modo que los materiales y las presentaciones de salud lleguen a los jóvenes.
- Transmitir mensajes en los diferentes idiomas utilizados por la población de Guatemala.
- Fortalecer las campañas de uso del condón para prevenir el Zika de transmisión sexual y el síndrome congénito asociado al Zika.

Aprovechar las consultas de APN para promover el uso del condón durante el embarazo.

- Los proveedores de salud deben enfocarse en estrategias que motiven la búsqueda temprana de APN.
- Los proveedores de salud deben entregar tanto condones como lubricante de manera discreta, por ejemplo, usando un sobre sin datos de identificación.
- Usar ayudas visuales y/o demostraciones al explicar la transmisión y métodos de prevención del Zika, incluyendo el uso del condón.
- Seguir realizando tamizaje de conocimiento para confirmar que la mujer comprende información clave sobre la transmisión y prevención del Zika.
- Si la mujer da su consentimiento, invitar a su pareja para que acuda a la consulta de APN con ella, u ofrecerse a explicar a la pareja la importancia del uso del condón.
- Entregar a la mujer embarazada información que pueda llevar a su hogar para revisarla o compartirla con su pareja.

Realizar actividades integrales de prevención y respuesta ante la violencia sexual y de género.

- Asegurarse de que las mujeres sean evaluadas para detectar VP durante la APN y ofreció apoyo y / o sean referidas a servicios adecuados de apoyo social, psicológico y legal.
- Hablar sobre la VP en la consejería de APN para generar conciencia.
- Al distribuir condones durante la APN, tomar en consideración cómo puede reaccionar la pareja. Ofrecer consejos sobre estrategias de negociación de uso del condón, u ofrecerse a explicar la importancia de usar este método durante el embarazo a la pareja.
- Hacer presentaciones sobre salud y VBG en la comunidad para generar conciencia, particularmente entre los hombres.
- Crear materiales promocionales (posters, hojas volantes, folletos etc.) para abordar la VBG en el contexto del Zika y la negociación sobre el uso del condón.
- Sensibilizar y capacitar a todo el personal de salud, no solo a quienes están involucrados con la salud sexual y reproductiva, sobre prevención del Zika y la VBG.

Involucrar a los hombres en las actividades de respuesta al Zika (Se citan estas recomendaciones tomadas de las recomendaciones de las personas que participaron en los grupos focales, aunque muchas de estas actividades ya se están ejecutando en los servicios de salud de influencia de ASSIST).

- Enfocarse en llegar a los hombres con información integral sobre estrategias de prevención del Zika (incluyendo los condones), y también con estrategias para mantener una comunicación respetuosa y no violenta con sus parejas.
- Si la mujer embarazada está de acuerdo, invitar a los hombres a la consejería de APN y promover su participación activa durante la consulta.
- Distribuir materiales sobre el Zika y el uso del condón entre las mujeres embarazadas para que los lleven a sus parejas en casa.
- Involucrar a los hombres que ya se encuentran en la sala de espera (acompañando a su pareja o por otra razón), ofreciendo consejería o presentaciones sobre prevención del Zika, planificación familiar, masculinidad, etc.
- Cuando sea posible, asegurarse de que los promotores y/o proveedores de salud de ambos sexos estén disponibles para educar y ofrecer consejería.
- Involucrar y sensibilizar a líderes comunitarios, como los miembros de los COCODES, sobre el Zika, el uso del condón y la importancia de la participación masculina.
- Involucrar y sensibilizar a las parteras para que también hablen con las parejas masculinas.
- Llegar con mensajes a los hombres a través de presentaciones o materiales promocionales en su lugar de trabajo, espacios recreativos, escuelas, etc.

REFERENCIAS

1. Faramand T, Taylor E, Salvador E. WI-HER's innovative approach to gender integration in zika emergency response; WI-HER, LLC. 2018.
2. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). Zika virus: Transmission methods. <https://www.cdc.gov/zika/prevention/transmission-methods.html>. Updated 2018.
3. Davies S, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and zika: Locating gender in global health emergencies. *International Affairs*. 2016;92(5):1041-1060. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-2346.12704>. doi: 10.1111/1468-2346.12704.
4. Kates J, Michaud J, Valentine A. Zika virus: The challenge for women; The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2016.
5. United States of Agency for International Development. Guatemala: Overview; USAID Web site. <https://www.usaid.gov/guatemala/overview>. Updated 2017. Accessed July 18, 2018.
6. The World Bank. The world bank in Guatemala. <https://www.worldbank.org/en/country/guatemala/overview>. Updated 2018.
7. Encuesta nacional de empleo e ingresos. . 2013. <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/08/eSwVI9IGfRjYHtE8Bc6ta7vnq6xh1ADJ.pdf>.
8. UN Women. Guatemala; UN Women Web site. <http://lac.unwomen.org/en/donde-estamos/guatemala>. Accessed July 18, 2018.
9. Pan American Health Organization. Country report: Guatemala. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=3338>.
10. World Bank. World bank data: Infant mortality rate. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=ZJ>. Updated 2017.
11. World Bank. World bank data: Maternal mortality ratio; . 2015. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ZJ>.
12. World Bank. World bank data: Total fertility rate. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=ZJ-GT>. Updated 2016.
13. UNICEF. UNICEF Guatemala; <https://www.unicef.org/guatemala/english/overview.html>. Updated 2015.
14. World Economic Forum. The global gender gap report 2017. World Economic Forum. 2017.
15. Pan American Health Organization. Zika - epidemiological report guatemala. 2017.
16. Pan American Health Organization. Zika cumulative cases. . 2018.
17. Hunter G, Naranjo PP. HC3 landscaping report on zika communication and coordination: Guatemala, April 18-22, 2016. HC3, USAID. 2016.
18. Southwell BG, Ray SE, Vazquez NN, Ligorria T, Kelly BJ. A mental models approach to assessing public understanding of zika virus, guatemala. *Emerging infectious diseases*. 2018;24(5):938-939. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29664390>. doi: 10.3201/eid2405.171570.
19. Leontsini E, Maloney S, Ramirez M, et al. Qualitative exploration of effectiveness, feasibility and self-efficacy for methods to prevent zika virus disease in guatemala, central america: Preliminary results report. Health Communication Capacity Collaborative, USAID. 2017.

20. Proyecto de Políticas en Salud and Educación Plus, (HEP+). Compendio de legislación para la protección y garantía de la salud reproductiva en Guatemala; 2017.
21. Quevedo-Gómez MC, Krumeich A, Abadía-Barrero CE, Pastrana-Salcedo E, van den Borne H. Machismo, public health and sexuality-related stigma in Cartagena. *Culture, Health & Sexuality*. 2012;14(2):223-235. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2011.629682>. doi: 10.1080/13691058.2011.629682.
22. Cianelli R, Ferrer L, McElmurry BJ. HIV prevention and low-income Chilean women: Machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Culture, Health & Sexuality*. 2008;10(3):297-306. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691050701861439>. doi: 10.1080/13691050701861439.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MSPAS), ICF International, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplán), Instituto Nacional de Estadística, (INE). Encuesta nacional de salud materno infantil 2014-2015. 2017. https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf.
24. Centers for Disease Control. Healthcare access and conditions in Guatemala, Honduras, and El Salvador. CDC Web site. <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/profiles/central-american/healthcare-diet/index.html>. Updated 2017. Accessed July 18, 2018.
25. Landa Ugarte, Ana; Salazar, Elizabeth; Quintana, Magali; Herrera, Molina Raul. USAID/Guatemala Gender Analysis Report. Prepared by Banyan Global, 2018.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009. 2011. <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf>.
27. Mittal M, Senn TE, Carey MP. Fear of violent consequences and condom use among women attending an STD clinic. *Women & Health*. 2013;53(8):795-807. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24215273>. doi: 10.1080/03630242.2013.847890.
28. Koppell C. The intersection of HIV/AIDS and gender-based violence: A critical connection. in impact blog. <https://blog.usaid.gov/2014/12/the-intersection-of-hivaids-and-gender-based-violence-a-critical-connection>. Updated 2017.
29. Hale F, Vázquez M. Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida. *Development Connections (DVCN)*. 2011.
30. Padilla S. Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2016.
31. World Bank. Universal healthcare on the rise in Latin America. . 2013. <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/02/14/universal-healthcare-latin-america>.
32. Health Policy Plus. Family planning financing: Guatemala; Palladium. 2016.
33. Brown S. Considering curanderismo: The place of traditional Hispanic folk healing in modern medicine. . 2008. <http://www.bc.edu/clubs/mendel/ethos/archives/2008/brown.shtml>.
34. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation. Sexual and reproductive health of young women in Guatemala. 2014. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/sexual-and-reproductive-health-young-women-guatemala>.
35. Girls Not Brides. Girls not brides: Guatemala; <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/guatemala/>. Updated 2017.

36. Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic inequality in guatemalan women's use of modern reproductive health care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2012;38(2):99. <https://search.proquest.com/docview/1445366943>.
37. Wehr H, Tum SE. When a girl's decision involves the community: The realities of adolescent maya girls' lives in rural indigenous guatemala. *Reproductive Health Matters*. 2013;21(41):136-142. <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0968808013416841>. doi: 10.1016/S0968-8080(13)41684-1.
38. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*. 2015;69(6):604-612. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25700533>. doi: 10.1136/jech-2014-204784.
39. Morfaw F, Mbuagbaw L, Thabane L, et al. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Systematic reviews*. 2013;2(1):5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23320454>. doi: 10.1186/2046-4053-2-5.
40. Osamor PE, Grady C. Zika virus: Promoting male involvement in the health of women and families. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10(12). <https://search.proquest.com/docview/1858864183>. doi: 10.1371/journal.pntd.0005127.
41. Doyle K, Kato-Wallace J. Male engagement in maternal, newborn, and child health/sexualreproductive health and rights. *MenCare: A Global Fatherhood Campaign*. 2013.
42. Coutinho EC, Antunes, Joana Gomes Vilaça Cardoso, Duarte JC, Parreira VC, Chaves CMB, Nelas PAB. Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016;217:435-442. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042816000355>. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.010.
43. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchter S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE*. ;13(1). <https://doi.org/article/6af557cbc9e94f07a7e3ea05912ee5ba>. doi: 10.1371/journal.pone.0191620.
44. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013;13(1):70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514133>. doi: 10.1186/1471-2393-13-70.
45. Aguiar C, Jennings L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: A systematic literature review. *Maternal Child Health J*. 2015;19(9):2012-2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25656727>. doi: 10.1007/s10995-015-1713-2.45. Ribeiro MC, de Tubino Scanavino M, do Amaral, Maria Luiza Sant'Ana, de Moraes Horta, Ana Lúcia, Torloni MR. Beliefs about sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2017;43(8):822-832. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2017.1305031>. doi: 10.1080/0092623X.2017.1305031.
46. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuro endocrinology letters*. 2016;37(1):53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994386>.
47. BUREAU OF DEMOCRACY, HUMAN RIGHTS, AND LABOR. International religious freedom report 2009 U.S. Department of State. 2009.
48. Franklin MD, Schlundt DG, McClellan LH, et al. Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes. *American journal of health behavior*. 2007;31(6):563-572. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17691869>. doi: 10.5993/AJHB.31.6.1.

49. Emma Richardson, et al. Barriers to Accessing and Using Contraception in Highland Guatemala: The Development of a Family Planning Self-Efficacy Scale. *Open Access Journal of Contraception*. 4:77–87, 2016;
50. Interview with OSAR Juvenil, June 20, 2018. Interview with Santa Cruz de Quiche Health Directorate, June 22, 2018

ANEXOS

Anexo I: Guía para Discusiones de Grupos Focales

GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL GRUPO FOCAL

IDENTIFICACIÓN DE ASUNTOS DE GÉNERO QUE AFECTAN EL USO DEL CONDÓN ENTRE PAREJAS Y ESPECIALMENTE DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DEL ZIKA

Propuesta preparada por WI-HER, LLC

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS RELACIONADAS CON ZIKV

1. ¿Alguien de ustedes podría hablarnos sobre las posibles consecuencias de tener Zika durante el embarazo?
2. ¿Cómo creen ustedes que se puede prevenir la transmisión sexual del Zika?

IDENTIFICACIÓN DE ASUNTOS DE GÉNERO QUE AFECTAN EL USO DEL CONDÓN ENTRE PAREJAS Y ESPECIALMENTE DURANTE EL EMBARAZO

3. ¿Ustedes creen que es fácil conseguir condones? ¿Dónde?
4. Desde su punto de vista: ¿qué dificultades puede encontrar una persona casada o en una relación estable que vaya a un servicio de salud a pedir condones?
 - Indagar sobre: críticas por parte de la familia y comunidad; falta privacidad en los servicios; actitud de proveedores/as.
 - Averiguar si hay respuestas diferentes sobre las dificultades que enfrentan hombres, mujeres, adolescentes de ambos sexos, mujeres embarazadas con o sin pareja
5. En su opinión: ¿en qué ocasiones se usan los condones? (escuchar si citan embarazo y Zika)
6. Desde su punto de vista: ¿Las parejas usan condones durante el embarazo? Explique porque no o porque sí.
7. En base a sus experiencias o las experiencias de personas a ustedes cercanas ¿En los servicios de salud se recomienda usar condones a las mujeres embarazadas?
8. En su opinión: ¿Cuáles pueden ser las reacciones de una mujer embarazada cuando el personal de salud le recomienda usar condón? (lo acepta, lo entiende)
9. ¿Ustedes creen que para una mujer sería fácil poner en práctica esta recomendación? ¿O ustedes creen que podrían encontrarse con algunas dificultades? ¿Cuáles?

Si pertinente:

10. En su opinión: ¿Porque las personas se resisten a usar condones durante el embarazo? Quienes tienen más resistencias, las mujeres embarazadas, sus parejas, o igual?
11. En su opinión ¿Cuáles podrían ser las principales preocupaciones de una mujer embarazada a la hora de proponer el uso del condón a su pareja? ¿Y cuáles podrían ser las preocupaciones de un hombre a la hora de proponer usar el condón a la pareja embarazada?
12. En su opinión ¿Cuáles podrían ser las reacciones de un hombre cuando su pareja embarazada le pide usar el condón? / ¿Cómo podría reaccionar la mujer embarazada cuando su pareja le piden usar condón? (escuchar a que respuestas y/o reacciones violentas se refieren)
13. En su opinión, ¿Cómo una mujer podría convencer su pareja a usar condones durante el embarazo, si al principio él no está de acuerdo? ¿Cómo un hombre podría convencer su pareja a usar condones durante el embarazo, si al principio ella no está de acuerdo? (escuchar si se refieren a la forma de decirlo, al momento, a la explicación, o a involucrar personas influyentes)
14. Desde su perspectiva: ¿quién es que toma la decisión final sobre el uso o no uso del condón durante el embarazo?
15. ¿Considera que la asistencia de los hombres en las consultas de atención prenatal podría ser útil?

16. Desde su perspectiva ¿Cómo pueden sentirse los hombres que asisten en la consulta prenatal?
¿Hay algo que les podría hacer sentir más o menos incómodos? (ej. actitud proveedores, sala de espera, ambiente)
17. Desde su perspectiva: ¿Quiénes podrían convencer una de las dos parejas que esté en contra el uso del condón sobre la importancia de usarlo y con qué argumentos?
- *Aparte del médico, ¿hay alguien de la familia, de la comunidad o de otro entorno de socialización que podría influir en estos tipos de decisiones?*
 - *escribir las personas con mayor influencia en un papelógrafo, para luego votar por subida de mano las personas con más influencia*
18. En base a su experiencia o en general, ¿una pareja durante un embarazo tiene relaciones sexuales con la misma frecuencia de cuando no hay el embarazo? ¿Más o menos?
- ¿Generalmente, hay cambios en el deseo sexual del hombre? ¿incremento o disminución?
 - ¿Generalmente, hay cambios en el deseo sexual de la mujer? ¿incremento o disminución? ¿Es diferente según el trimestre de embarazo?
 - ¿Las mujeres tienen alguna preocupación en tener relaciones sexuales durante el embarazo?
 - ¿Los hombres tienen alguna preocupación en tener relaciones sexuales durante el embarazo?

¿Hay alguna pregunta que ustedes quieran hacer?

¡Gracias por tomarse el tiempo de hablar con nosotras!

Anexo II: Guía para Entrevista a Informantes Clave

GUÍA PARA ENTREVISTAS A PROVEEDORES DE SERVICIOS Propuesta preparada por WI-HER, LLC

Ubicación: _____ Fecha: _____

Institución: _____

Nombre persona entrevistada: _____ Sexo: _____

Puesto que ocupa: _____

Introducción:

Presentación de los objetivos de la entrevista y tiempo estimado, agradecimiento por su disponibilidad.

Preguntas:

1. ¿En qué circunstancias se propone el uso de condones a mujeres embarazadas? ¿Se les propone el uso de condón, aunque no tengan pareja?
2. ¿Cómo reaccionan generalmente las mujeres embarazadas cuando se les propone usar los condones?
 - ¿Lo aceptan o no?,
 - ¿Cuáles son sus preocupaciones principales?
 - ¿Expresan tener inquietudes acerca de las reacciones de su pareja u otras consecuencias?
 - ¿Demuestra temer los comentarios de otras personas de la familia o de la comunidad?
 - ¿Hay dificultades en entender porque lo deben usar si están embarazadas?
 - ¿Se los llevan o no?
3. En su opinión ¿hay más resistencia a usar el condón durante el embarazo por parte de la mujer embarazada, del hombre o de ambas partes?
4. Según su experiencia, ¿las mujeres embarazadas que reciben los condones, los usan? Explique.
5. En base a su experiencia y a los relatos de las usuarias ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta una mujer embarazada al proponer el uso del condón a su pareja?
Por ejemplo:
 - Incapacidad o temor en explicar a la pareja porque deberían usarlo
 - Incomprensión por parte del hombre de la razón porque deben usarlo
 - Rechazo incondicional al uso
 - Reacciones violentas de la pareja
 - Amenaza de romper la relación
 - Amenaza de infidelidad
 - Miedo a fomentar la infidelidad
 - Miedo a ser acusada de infidelidad
 - Temor a las opiniones ajenas
6. ¿Cuáles estrategias que usted adopta para promover el uso de condones en parejas durante un embarazo les resultan efectivas?
7. En su opinión, ¿qué más se podría hacer para aumentar el uso de condón por parte de mujeres en edad reproductiva y específicamente durante el embarazo?

8. En el caso que las parejas acudan: ¿Cómo es la reacción del hombre cuando se recomienda el uso del condón? Desde su perspectiva: ¿proponer el uso del condón a la pareja a la presencia de las dos partes aumenta la aceptación a su uso?
9. ¿Usted invita a las parejas de mujeres embarazadas a asistir a la consejería y a los servicios de Atención Prenatal? ¿Cuáles son sus estrategias para motivar los hombres a participar? ¿Qué porcentaje de hombres usted estima que acompañen a las parejas embarazadas?
10. ¿Cuáles son los principales obstáculos que enfrentan los hombres a acompañar sus parejas en consultas de Atención Prenatal? (Notas para entrevistadora - por ejemplo: falta de disponibilidad de tiempo, normas de género, ambiente poco amigable, sesgos por parte de proveedores, etc.)
11. En base a su experiencia y a los relatos de las usuarias, ¿durante el embarazo varía la frecuencia de relaciones sexuales entre la pareja? ¿Hay algún trimestre en el cual aumenta y otro en el cual disminuye? ¿Cuál es su opinión al respecto? (Notas para entrevistadora - por ejemplo: miedos de hacer daño al bebe; variación deseo de mujeres o hombres, etc.)
12. ¿En este servicio se atienden con consejería y asesoría en anticoncepción a personas adolescentes? ¿Cuál es la reacción de los proveedores y las proveedoras cuando adolescentes solicitan condones? ¿hay reacciones diferentes de los proveedores y de las proveedoras según el sexo de la persona adolescente?

¡Gracias por tomarse el tiempo de hablar con nosotras!

**PROYECTO DE USAID APLICANDO LA CIENCIA PARA
FORTALECER Y MEJORAR LOS SISTEMAS DE SALUD**

University Research Co., LLC
5404 Wisconsin Avenue, Suite 800
Chevy Chase, MD 20815 EE.UU.

Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.usaidassist.org