



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 la República Dominicana

JUNIO 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 Elga Salvador, Taroub Harb Faramand y Tisa Barrios Wilson 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 frente al Zika en la República Dominicana

JUNIO 2019

Elga Salvador, WI-HER, LLC
Taroub Harb Faramand, WI-HER, LLC
Tisa Barrios Wilson, WI-HER, LLC

AVISO

Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Agradecimientos

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

Las autoras desean agradecer al personal de URC del Proyecto ASSIST de USAID por su apoyo en este análisis de género: Cecilia Villaman, Carol Canales, Eneyda Almonte, Milcíades Ariel Mirre González, Fernando Díaz Pendones, Gianmarco Martínez Paulino, Miledys Abreu, Edwin Santana y Antonio Rodríguez, dicho agradecimiento también se extiende a Elizabeth Conklin de USAID; Elkys Santana de Save the Children y al personal del Proyecto de Acción de la Comunidad en Zika (CAZ) en Santiago y en Santo Domingo; las comunidades de Cienfuegos y Villa Duarte; el Centro de Atención Integral a la Primera Infancia (CAPI) en Cienfuegos; el personal del Hospital Materno-Infantil San Lorenzo de Los Mina; la Dirección del Distrito Provincial de Salud de Barahona; el personal del Hospital Regional Universitario Jaime Mota de Barahona; y personal de la Pastoral Materno Infantil.

El Proyecto ASSIST de USAID es administrado por University Research Co., LLC (URC) bajo los términos del Acuerdo de Cooperación Número AID-OAA-A-12-00101. Los socios mundiales de URC para el apoyo contra el Zika bajo el Proyecto ASSIST incluyen: la Academia Americana de Pediatría, FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; y WI-HER, LLC. Para obtener más información sobre el trabajo del Proyecto ASSIST de USAID, visite www.usaidassist.org o escriba a assist-info@urc-chs.com. Para obtener más información sobre la integración de género en el cuidado del Zika póngase en contacto con tfaramand@wi-her.org.

Cita recomendada

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

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de figuras	ii
Siglas utilizadas.....	ii
I. Antecedentes	1
II. Introducción	2
III. Objetivos	3
IV. Método.....	3
A. Revisión documental.....	3
B. Desarrollo de herramientas.....	3
C. Selección de sitios para llevar a cabo el trabajo de campo del análisis de género.....	3
D. Selección de participantes en el análisis de género	4
E. Recopilación de datos	4
F. Tamaño de la muestra	5
G. Análisis de los datos.....	5
V. Revisión documental.....	5
A. Panorama sociodemográfico de la República Dominicana	5
B. El brote del Virus del Zika en la República Dominicana y sus consecuencias.....	6
C. Conocimiento de las prácticas efectivas para prevenir la infección por Zika	7
D. El poder decisional de las mujeres y la transmisión sexual del Zika	8
E. Violencia basada en género, Zika y otras ITS	12
VI. Presentación y discusión de los hallazgos del análisis rápido de género	13
A. Conocimiento sobre el Zika.....	13
B. Asuntos de género que afectan el uso del condón.....	15
1. Estereotipos de género asociados con la sexualidad	15
2. Barreras para el acceso al condón.....	16
3. Barreras para el uso del condón	17
4. Uso del condón entre hombres que tienen relaciones extramatrimoniales u ocasionales	17
5. Negociación del uso del condón dentro de una pareja estable y riesgo de violencia.....	18
6. Uso del condón durante el embarazo.....	19
7. Otras razones por no usar condones	19
C. Educación sobre la prevención del Zika en la consejería de Atención Prenatal	20
D. Habilidades de comunicación asertiva.....	21
E. Adolescentes: vulnerables y desatendidas	21

F.	Sistemas de apoyo para familias de infantes con Síndrome Congénito asociado con el Zika	23
VII.	Conclusiones	25
VIII.	Recomendaciones	27
	Referencias	30
	ANEXOS	34
	Anexo I Guía de preguntas para grupos focales.....	34
	Anexo II Guía de entrevista breve a proveedores y proveedoras de servicios.....	35
	Anexo III: Fechas de los GFD	36

Lista de figuras

Figura 1.	Sitios donde se llevó a cabo el trabajo de campo para el análisis de género.....	4
Figura 2.	Participantes de GFD distribuidos por grupo comunitario y sexo.....	4

Siglas utilizadas

APN	Atención Prenatal
ASSIST	Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
CAIPI	Centro de Atención Integral a la Primera Infancia
CAZ	Acción de la Comunidad en Zika (<i>Community Action on Zika</i>)
CDC	Centros de los Estados Unidos para el Control y Prevención de las Enfermedades
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (siglas en inglés)
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
ENDESA	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
EMC	Equipos de Mejora de la Calidad
GFD	Grupos focales de discusión
iDARE	Identificar, Diseñar, Aplicar/ Analizar, Registrar, Expandir
ITS	Infección de transmisión sexual
LAC	Latinoamérica y el Caribe
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCaZ	Síndrome Congénito asociado al virus Zika
SGB	Síndrome de Guillain Barre
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VBG	Violencia basada en género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

I. ANTECEDENTES

El Proyecto de USAID Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) ha trabajado mundialmente desde el 2012 para mejorar la calidad y los resultados de la atención en salud y otros servicios al contribuir a que personal de provisión de salud y gerentes de los países anfitriones apliquen la ciencia del mejoramiento. ASSIST busca desarrollar la capacidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud en los países asistidos por USAID para mejorar la efectividad, la eficiencia, la orientación al usuario, la seguridad, la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud y de los servicios para la familia que estas organizaciones proporcionan.

Como parte de la respuesta de emergencia de USAID ante el brote del Zika, ASSIST ha estado implementando esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe desde el 2016. ASSIST trabaja para fortalecer la capacidad de los servicios de salud relacionados con el Zika para brindar respuestas consistentes, basadas en evidencia, respetuosas, de alta calidad y con un enfoque dirigido principalmente a las mujeres embarazadas, los recién nacidos y las mujeres en edad reproductiva.

ASSIST logra esto apoyando a los Ministerios de Salud y a las Instituciones de Seguridad Social en la Región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), contribuyendo a:

- Aumentar el conocimiento del personal de salud y de las usuarias y los usuarios sobre los riesgos del Zika y las medidas de prevención de la transmisión vectorial y sexual del virus, incluyendo durante el embarazo;
- Mejorar el tamizaje clínico de los signos y síntomas de las infecciones por Zika durante el embarazo y la implementación de la atención recomendada;
- Mejorar el tamizaje clínico de la microcefalia y otras manifestaciones del Síndrome Congénito asociado al virus Zika (SCaZ) en recién nacidos y aumentar el número y la proporción de bebés afectados que son referidos a la atención especializada de acuerdo con las normativas y protocolos de atención del país y reciben la atención recomendada y
- Fortalecer la prestación de servicios de apoyo psicoemocional de alta calidad para mujeres y familias afectadas por el Zika.

WI-HER, LLC, una pequeña empresa propiedad de una mujer y consultora de desarrollo internacional, proporciona liderazgo técnico en la integración del género en la respuesta de emergencia al Zika bajo el Proyecto ASSIST. Para integrar el género, WI-HER desarrolló un enfoque innovador y orientado a resultados que se basa directamente en la ciencia del mejoramiento de la calidad, denominada iDARE, una sigla de los diferentes pasos que integran el proceso: Identificar, Diseñar, Aplicar/Analizar, Registrar y Expandir.

Los pasos Identificar y Diseñar aseguran que se implementen intervenciones adecuadas al contexto. Estos pasos tienen una perspectiva de género que tiene en cuenta las diferentes necesidades y los diferentes comportamientos de mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes de los dos sexos. Los últimos tres pasos garantizan que este enfoque se examine, evalúe y ajuste constantemente para garantizar la eficacia continua y mejores resultados humanitarios y de desarrollo. El enfoque ha demostrado su eficacia a múltiples niveles y en 35 países de África, Asia, Europa del Este, América Latina y Medio Oriente.

WI-HER aplicó el enfoque iDARE para examinar la integración de género en la respuesta al Zika en la República Dominicana llevando a cabo un análisis rápido de género, seguido de una serie de capacitaciones sobre la integración de género dirigidas al personal local de ASSIST, a gerentes regionales de salud e integrantes de los Equipos de Mejora de la Calidad (EMC) y sesiones de capacitación de multiplicadores para el personal del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Salud en abril del 2018 [1].

El análisis rápido de género reveló barreras que afectan la calidad y la efectividad de la atención prenatal, postnatal y la planificación familiar. Algunos de estos asuntos incluyen: el limitado poder decisional que tienen las mujeres y las adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva; la resistencia al uso del condón por parte de parejas en relaciones a largo plazo, incluso durante el embarazo; la limitada participación de los hombres en la consejería de atención prenatal y las actitudes sesgadas del personal que brinda servicios de salud sexual y reproductiva.

Estos asuntos críticos deben abordarse como parte del mejoramiento de la calidad de la respuesta al Zika en los establecimientos de salud y a través de actividades comunitarias para llegar a las poblaciones con acceso limitado a los establecimientos de salud.

II. INTRODUCCIÓN

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos han identificado múltiples vías de transmisión del Zika [2]:

- Por la picadura de un mosquito *Aedes* infectado;
- 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 SCaZ, que puede incluir microcefalia y una variedad de otros defectos cerebrales del feto y retrasos en el desarrollo;
- A través de la leche materna, aunque es importante aclarar que hasta el momento de este informe no han sido reportados casos de SCaZ en los bebés como resultado de consumo de la leche materna de una mujer con infección por el virus del Zika;
- A través de relaciones sexuales con una persona infectada por Zika;
- A través de la transfusión de sangre infectada;
- A través de la exposición al virus en un laboratorio y en entornos de atención médica. Previamente al brote actual, se publicaron cuatro informes de infecciones por el virus del Zika adquiridas en laboratorio, sin embargo la vía de transmisión no pudo establecerse con claridad en todos los casos.

Las recomendaciones internacionales sobre la prevención del Zika y los esfuerzos de respuesta de salud pública, rara vez tienen en cuenta el género y el contexto social. Las recomendaciones de los gobiernos que alientan a las mujeres a evitar o retrasar el embarazo, practicar sexo seguro de manera consistente utilizando anticonceptivos eficaces o abstenerse de tener relaciones sexuales durante el embarazo, presuponen que las mujeres tengan altos niveles de autonomía y control sobre su salud sexual y reproductiva [3]. Sin embargo, estas recomendaciones ignoran las realidades de la región, donde a menudo hay acceso limitado a anticonceptivos y otros servicios de salud sexual y reproductiva, altas tasas de violencia sexual y violencia basada en género (VBG) y otras barreras para la toma de decisiones de salud reproductiva que resultan en altas tasas de embarazos no planificados [4]. Comprender las necesidades y vulnerabilidades específicas de las mujeres, hombres, niñas y niños y adolescentes de los dos sexos, nos ayuda a identificar poblaciones vulnerables, adaptar respuestas y dedicar recursos donde más se necesitan.

En la República Dominicana, si bien existe un estudio del impacto del virus del Zika en las mujeres, las adolescentes, los adolescentes y los hombres [5], no existe un análisis de cómo los asuntos de género afectan el modelo de mejoramiento de la calidad propuesto por ASSIST Zika. Por lo tanto, este informe tiene como objetivo llenar un vacío importante. Este documento ofrece una visión general de estos asuntos y de cómo identificar y abordar las cuestiones de género críticas con intervenciones apropiadas según el contexto. Este documento incluye la metodología WI-HER que se desarrolló bajo ASSIST, una revisión documental y un análisis comentado de los datos recopilados a través de una evaluación cualitativa de género.

III. OBJETIVOS

El objetivo general de este análisis fue identificar las cuestiones de género que afectan las estrategias ante respuesta al Zika. Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar el conocimiento general sobre el Zika y su transmisión;
- Identificar los asuntos de género que afectan el uso del condón para prevenir la transmisión del Zika y el Síndrome Congénito asociado al virus Zika, particularmente durante el embarazo;
- Explorar la posibilidad de involucrar a las abuelas y los abuelos u otros actores para apoyar a las familias que tienen niños o niñas con SCaZ.

IV. MÉTODO

En respuesta a los objetivos, el equipo utilizó los siguientes métodos de recopilación de datos: (1) revisión documental a profundidad; (2) entrevistas con informantes clave (cuatro proveedores de servicios de salud y dos representantes de organizaciones que trabajan a nivel comunitario); (3) nueve grupos focales de discusión con un total de 81 participantes; y (4) hallazgos adicionales recolectados durante las capacitaciones de los profesionales y las profesionales de la salud. Esta evaluación implicó la triangulación de los hallazgos recogido a través de los diferentes métodos y las fuentes de datos, todo para mejorar la validez de los resultados.

A. Revisión documental

El equipo realizó una extensa revisión documental de estadísticas relevantes, estudios y documentos relacionados con el género, la salud sexual y reproductiva y el Zika en la República Dominicana y la región de América Latina y el Caribe.

B. Desarrollo de herramientas

Las guías de las entrevistas a informantes clave y de los grupos focales de discusión (GFD) se desarrollaron sobre la base de los objetivos propuestos por el equipo de ASSIST y se complementaron con los hallazgos de una extensa revisión documental.

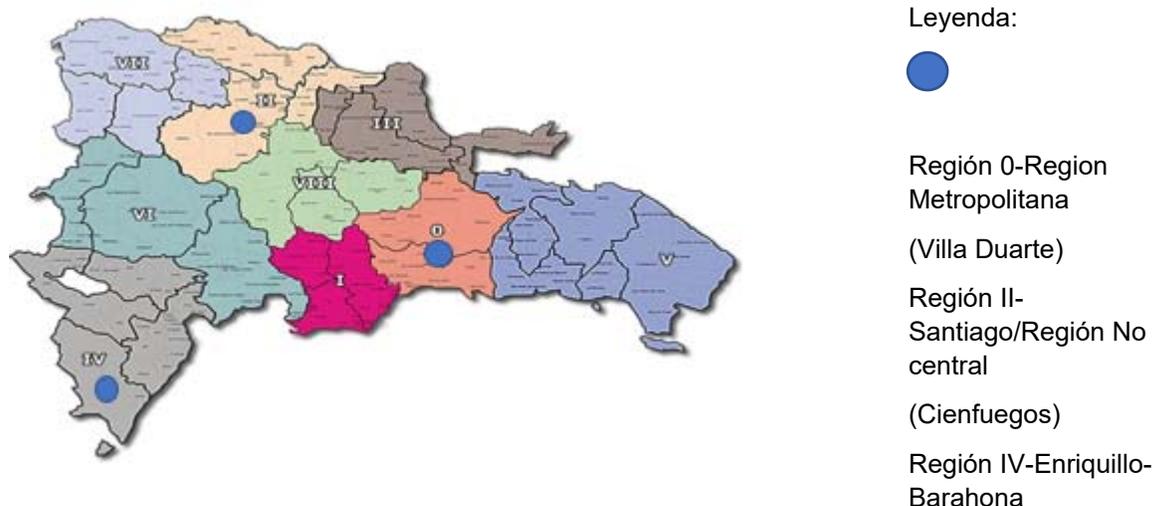
La guía de GFD se validó en Santiago, se mejoró inmediatamente y luego se aplicó en todos los GFD subsiguientes (ver la versión final en el **Anexo 1**). Sin embargo, como no se realizaron cambios sustantivos, los hallazgos del GFD piloto se incluyeron en el análisis final.

C. Selección de sitios para llevar a cabo el trabajo de campo del análisis de género

El personal de ASSIST de República Dominicana seleccionó tres sitios en las tres provincias con el mayor número de casos de SCaZ y donde ASSIST estaba implementando actividades de mejoramiento de la calidad. Estos sitios, que se muestran en la **Figura 1**, brindaron diferentes perspectivas de las poblaciones urbanas, periurbanas y rurales, en tres partes del país. Los sitios seleccionados fueron:

- Cienfuegos, en Santiago
- Villa Duarte, en Santo Domingo
- Barahona, donde se consultaron personas procedentes Jimaní, Independencia y Barahona, en la región sur.

Figura 2. Sitios donde se llevó a cabo el trabajo de campo para el análisis de género



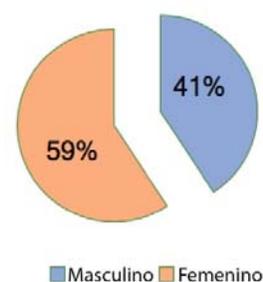
D. Selección de participantes en el análisis de género

Las personas que participaron en los GFD fueron hombres adultos, mujeres en edad reproductiva, abuelas y abuelos. En total, hubo 81 participantes; 33 (41%) eran hombres y 48 (59%) eran mujeres (ver **Figura 2**). Buscamos que la mitad de las y los participantes en cada grupo proviniera de familias de niños y niñas con SCaZ. Las fechas de los GFD se encuentran en el **Anexo II**.

Para los GFD, los Equipos de Mejora de la Calidad invitaron a participar a los usuarios/as interesados a través de un muestreo por conveniencia, de acuerdo con los siguientes criterios de selección: mujeres en edad reproductiva (18-49) enfocándose en miembros de familias de niños y niñas con SCaZ, hombres (edades 18-49), abuelas y abuelos, enfocándose en miembros de familias de niños y niñas con SCaZ. Para los GFD con abuelos/as, se intentó involucrar el mismo número de hombres y mujeres.

Figura 3. Participantes de GFD distribuidos por grupo comunitario y sexo

Provincia	Abuelos/as		Hombre	Mujeres en edad reproductiva	Total
	Masculino	Femenino			
Santiago	3	8	8	11	30
Barahona	3	5	11	11	30
Santo Domingo	2	6	6	7	21
<i>Total</i>	8	19	25	29	81



E. Recopilación de datos

Entre los meses de marzo y abril de 2018, el equipo de WI-HER/ASSIST llevó a cabo nueve grupos focales con apoyo logístico de socios que trabajan en comunidades, incluido el personal del Proyecto CAZ (Acción de la Comunidad en Zika) de Save the Children, trabajadores comunitarios de la Pastoral Materno Infantil y personal hospitalario. El equipo que se ocupó de la recolección de datos tenía experiencia en métodos cualitativos, hablaba español con fluidez y estaba familiarizado con el Zika. Las

personas consultadas dieron su consentimiento informado antes de comenzar la grabación de audio para cada grupo focal y entrevista; igualmente expresaron su compromiso verbal a respetar un pacto de confidencialidad.

Para las entrevistas y los grupos focales de discusión se utilizaron guías estructuradas, a través de las cuales se indagó sobre el conocimiento general de Zika antes de hacer preguntas sobre la transmisión sexual del mismo, el uso del condón y el cuidado de los niños y de las niñas con SCaZ. Para identificar los actores que pueden ser de apoyo a familias de niños y niñas con SCaZ, se realizó una lluvia de ideas con cada grupo y luego se hicieron ejercicios de priorización.

La recolección de datos de los grupos focales y de las entrevistas se dio en salas de reuniones de los establecimientos de salud o de la comunidad. Los espacios eran privadas y otras personas no estaban admitidas, para permitir a cada participante expresarse libremente. La duración del grupo focal varió de una hora y quince minutos hasta dos horas.

F. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó en base a la estimación de la saturación de datos, cuando se observa repetición y redundancia en los mismos. El equipo calculó que tres grupos focales de 8-12 participantes cada uno, por sitio, serían adecuados para obtener todas las variaciones relevantes en nuestros temas de interés.

G. Análisis de los datos

El equipo encargado de la recopilación y análisis de los datos cumplía los criterios de fluidez del idioma español, familiarización con el Zika y el contexto de la República Dominicana. El equipo realizó un análisis temático de los datos de la transcripción textual y resumió los datos por tema para cada GFD y entrevista.

V. REVISIÓN DOCUMENTAL

A. Panorama sociodemográfico de la República Dominicana

La República Dominicana es un país caribeño con un territorio de 48,660.82 kilómetros cuadrados; representa dos tercios de la isla La Española; siendo la República de Haití el otro tercio de la isla.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 reportó una población de 9,445,281, el 74.3% de la población se concentra en áreas urbanas y el 50% es femenino [6]. La población es predominantemente joven, con una edad media de 25 años, pero con una tendencia al envejecimiento, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad [7].

En los últimos 25 años, la República Dominicana ha experimentado uno de los mayores crecimientos económicos en la región de América Latina y el Caribe, con una tasa anual promedio de 7.15% en el período 2015-2016. Si bien la tasa de crecimiento económico se redujo a 4.6% en 2017, se espera que el Producto Interno Bruto aumente a 5% en 2018 y mantenga esta tasa en el futuro [8]. El Banco Mundial informó una disminución en la tasa de pobreza del 32% en 2015 al 30% en 2016. Sin embargo, un tercio de la población dominicana sigue viviendo en la pobreza [5] y se prevé que habrá una deceleración en el ritmo de reducción de la pobreza, debido al bajo gasto social [8].

En términos de relaciones de género, el Informe Global sobre la Brecha de Género de 2017 ubica a la República Dominicana en el lugar 70 de 144 países (donde el país con la brecha de género más

pequeña ocupa el primer lugar) [9].¹ Si bien las mujeres tienen un mayor nivel educativo en comparación con los hombres [10], este progreso no ha mejorado el acceso de las mujeres al mercado laboral. Las mujeres dominicanas tradicionalmente asumen la carga de los roles de cuidado, lo que limita su participación económica activa y su autonomía económica. De acuerdo con ENHOGAR-2016, en promedio los hombres ocupan 44.7 horas de la semana en el trabajo remunerado, mientras que las mujeres ocupan 39.6 horas (5.1 horas menos que los hombres).

Por otro lado, el 93% de las mujeres informan que realizan trabajo doméstico no remunerado en comparación con el 63.3% de los hombres [12]. Las mujeres tienen altas tasas de desempleo y las que están empleadas se concentran en áreas con salarios más bajos y malas condiciones de trabajo. La desigualdad de género afecta significativamente a los hogares encabezados por mujeres, que en 2014 representaban el 62.8% de los hogares pobres (índice de calidad de vida 2) [11].

B. El brote del Virus del Zika en la República Dominicana y sus consecuencias

La República Dominicana reportó uno de los brotes más grandes de Zika en las Américas. De enero a diciembre de 2016, se notificaron 5.226 casos de infecciones por Zika al Ministerio de Salud. Esto probablemente subestima significativamente la carga real de la enfermedad, ya que aproximadamente el 80% de los casos son asintomáticos y es poco probable que alguna vez se hayan tamizado.

Aproximadamente la mitad de los casos (51%) se diagnosticaron entre personas de entre 20 y 39 años [12]. Las personas que vivían en áreas que tenían dificultades para acceder al agua, contaban con sistemas inadecuados de eliminación de basura o que vivían cerca de vertederos resultaron ser las mayormente expuestas a un riesgo de infección [13]. La mayoría de los casos (58%) se concentraban en áreas urbanas, en comparación con las áreas rurales. La mayoría de las infecciones (82%) se trataron de forma ambulatoria, mientras que el 17% se hospitalizaron [12].

La mayoría de las infecciones diagnosticadas se presentó entre las mujeres, ya que el 74% de los casos notificados eran mujeres, mientras que el restante 26% eran hombres [12]. La feminización² del Zika y Chikungunya en el país fue evidente tanto en datos generales como en datos desglosados por grupo de edad, especialmente entre las personas adolescentes y adultas [13]. Esto podría deberse a que es más probable que a las mujeres embarazadas y a las mujeres en edad reproductiva que puedan quedar embarazadas se les realicen exámenes para detectar la infección por Zika³. Estudios asocian la feminización del Zika con la tradicional división del trabajo en función del género, que asigna a las mujeres los roles de cuidado de sus familias y hogares, aumentando el riesgo de contacto con mosquitos que transmiten el Zika mientras botan la basura, van a buscar agua, hacen las tareas domésticas y cuidan de personas dependientes; también se asocian estas estadísticas con la falta de acceso a métodos anticonceptivos, repelentes y educación sobre la prevención de la transmisión del Zika por vectores y sexual [13]. Sin embargo, sin una encuesta transversal de la seroprevalencia es difícil estimar

¹ El informe Global sobre la Brecha de Género compara el progreso de 144 países hacia la paridad de género en cuatro dimensiones temáticas: Participación y Oportunidad Económica, Logros Educativos, Salud y Supervivencia y Empoderamiento Político; la edición de 2017 también analizó la dinámica de las brechas de género en los grupos de talentos y ocupaciones de la industria.

² El término "feminización" describe un fenómeno en el que la proporción de mujeres con respecto a los hombres es desproporcionada.

³ En Puerto Rico para probar si estos datos tenían este tipo de sesgo, se analizaron los datos desagregados por sexo de personas de 20 años de edad o mayores con diagnóstico positivo de Zika excluyendo a las mujeres embarazadas, y resultó que aun así las mujeres seguían siendo la mayoría: el 61% contra el 39% de hombres.

la distribución real de la infección por sexo, particularmente porque la mayoría de los casos no tienen síntomas.

De las personas con infecciones confirmadas por Zika, el 95% presentó la enfermedad sin complicaciones, tres pacientes murieron y 285 pacientes desarrollaron el Síndrome de Guillain Barré (SGB) [12]⁴.

En 2016, hubo 1275 casos reportados de Zika en mujeres embarazadas [12]. El Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud estimaron que el 11% de los bebés nacidos de mujeres infectadas por el Zika en el primer trimestre del embarazo nacieron con anomalías (lo cual es consistente con las tendencias en Brasil) [14].

A partir de enero de 2018, se han confirmado 85 casos de microcefalia asociados con el Zika [15]. La cantidad de niños y niñas con Síndrome Congénito asociado con el virus del Zika (SCaZ) [16], que incluye un amplio espectro de discapacidades neurológicas y de desarrollo, no solo microcefalia⁵, se considera mucho más alta.

Al igual que en Brasil, donde se estudiaron los perfiles de las familias con casos de SCaZ [17], en la República Dominicana las madres son las principales encargadas de cuidar a niños y niñas con SCaZ. Es más probable que sean madres solteras, jóvenes, con bajos niveles educativos, sin cobertura de seguro de salud y sin otras formas de protección social [18]. Niños y niñas con SCaZ necesitan terapia física, terapia de estimulación cognitiva y asistencia adicional para las actividades cotidianas, como comer, lo que resulta en una mayor carga financiera y de cuidado. Sus cuidadoras principales, por lo general su madre u otra mujer de la familia, a menudo no pueden trabajar fuera del hogar o dedicar tiempo a actividades que no estén relacionadas con el cuidado, como la educación, lo que aumenta el riesgo de reproducción intergeneracional de la pobreza [17,18]. Estas mujeres y las demás personas que integran la familia, a menudo con apoyo insuficiente o acceso limitado a los servicios, necesitan apoyo emocional para hacer frente a las demandas del cuidado de niños y niñas con discapacidades graves [19].

C. Conocimiento de las prácticas efectivas para prevenir la infección por Zika

Desde el comienzo del brote de Zika, se han implementado intervenciones para reducir el riesgo de transmisión del Zika en la República Dominicana. Un enfoque es educar y promover en la población prácticas y actitudes que contribuyan a reducir el riesgo de transmisión e infección del virus. Algunos ejemplos de comportamientos de protección incluyen el uso de repelente de insectos y mosquiteros, la eliminación regular de criaderos de mosquitos, incluidos depósitos de agua y el uso del condón para

⁴ El CDC define el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) como *“una enfermedad del sistema nervioso poco común en la cual el propio sistema inmunitario de una persona daña las neuronas y causa debilidad muscular y a veces parálisis. Los síntomas pueden durar algunas semanas o varios años. Aunque la mayoría de las personas se recuperan completamente del SGB, algunas quedan con daño permanente. Algunas personas han muerto a causa del SGB”*.

⁵ El CDC define el SCaZ de la siguiente manera: "un patrón específico de defectos de nacimiento que se observa en fetos y bebés infectados con el virus del Zika durante el embarazo. El síndrome congénito por el virus del Zika presenta las siguientes cinco características: (i) microcefalia severa en que el cráneo colapsa de forma parcial, (ii) tejido cerebral disminuido con un patrón específico de daño cerebral, que incluye calcificaciones subcorticales, (iii) daño (es decir, cicatrices, cambios en la pigmentación) en la parte posterior del ojo, (iv) articulaciones con limitaciones en el movimiento, como pie equinovaro y (v) demasiada tonicidad muscular que restringe el movimiento del cuerpo apenas después del nacimiento. La infección congénita por el virus del Zika también se ha asociado con otras anomalías, que incluyen, entre otras, atrofia y asimetría cerebral, estructuras cerebrales formadas anormalmente o ausentes, hidrocefalia y trastornos de migración neuronal".

prevenir la transmisión sexual [20]. Las actividades comunitarias se centraron en la transmisión por vectores, por lo que el conocimiento público de que el Zika se transmite sexualmente sigue siendo bajo. Solo el 30% de las personas encuestadas por Médicos del Mundo y Oxfam en la República Dominicana sabían que el Zika se transmitía sexualmente [5] y se estimaba que el conocimiento era menor, entre 5 y 15% a nivel regional [21]. La información sobre el vínculo entre el Zika y la microcefalia también fue limitada (15-40%) [21]. Un metaanálisis de estudios en la región reveló que el conocimiento a nivel comunitario sobre el Zika a menudo se entremezcla con otras enfermedades transmitidas por vectores, como el Chikungunya [21].

D. El poder decisonal de las mujeres y la transmisión sexual del Zika

Después de que se comprobara la asociación entre la infección por Zika durante el embarazo y la microcefalia en enero de 2016, el Ministerio de Salud dominicano aconsejó a las mujeres posponer el embarazo [22], al tiempo que promovía comportamientos preventivos para evitar las picaduras de mosquitos entre las mujeres embarazadas. Si bien se descubrió que el Zika podría transmitirse sexualmente en febrero de 2016, muchos programas y políticas tardaron en incorporar y divulgar esta información [23]. El riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y SCaZ, hace que la promoción de actitudes y prácticas para prevenir la transmisión sexual del Zika sea crucial, particularmente durante el embarazo.

Las recomendaciones que alientan a las mujeres a evitar o retrasar el embarazo, usar condones durante las relaciones sexuales o abstenerse de tener relaciones sexuales durante el embarazo, suponen que las mujeres tienen altos niveles de autonomía, control sobre su salud sexual y reproductiva, y acceso a anticonceptivos [3,24]. La realidad es bastante diferente, ya que las mujeres dominicanas, como la mayoría de las mujeres en los países de América Latina y el Caribe, enfrentan una variedad de obstáculos que limitan su poder de decisión sobre el uso de anticonceptivos y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad.

Considerando las graves consecuencias de contraer el Zika durante el embarazo, es fundamental comprender las razones detrás de las altas tasas de embarazos no planificados, la falta de acceso a la gama completa de opciones anticonceptivas, la violencia basada en género y el limitado poder de negociación del uso del condón que enfrentan las mujeres. El brote del virus del Zika no creó estas condiciones, sino que demostró las consecuencias actuales de la falta de salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y derechos reproductivos, particularmente entre las personas más vulnerables y marginadas.

Los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen el acceso a información y atención de salud sexual y reproductiva, así como la autonomía en la toma de decisiones relacionada con la propia sexualidad y reproducción, son derechos humanos establecidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) del 1994 y son por lo tanto universales, indivisibles e innegables.

Estos derechos incluyen el acceso a información integral de salud sexual (incluida información sobre la transmisión sexual del Zika), servicios voluntarios e informados de planificación familiar (para que las mujeres puedan retrasar el embarazo durante un brote de Zika), atención prenatal y servicios de maternidad segura (para tamizaje de Zika), cuidado infantil integral (para vincular a infantes afectados por SCaZ con los servicios adecuados) y prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres [58]. Todos estos son esenciales para prevenir y tratar el Zika, pero en la práctica, en muchos países estos derechos difícilmente están garantizados.

En la República Dominicana, casi el 53% de las mujeres están en edad reproductiva (15-49 años); 26.18 años es la edad promedio del primer embarazo. Mientras que la Tasa de Fertilidad Total para la República Dominicana es de 2.31 nacimientos por mujer [10], la tasa de fertilidad adolescente es de 97

nacimientos por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años, que es significativamente más alta que el promedio regional de 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de 15 años -19 años [25].

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2013 (ENDESA 2013), el 63% de las mujeres y las adolescentes (de 15 a 49 años) sin hijos/as y el 73% de las que tenían hijos/as informaron su intención de usar anticonceptivos y el 61% de las mujeres casadas o que cohabitaban no querían tener más hijos/as. Además, el 52% de las mujeres que tuvieron un/a hijo/a en los cinco años previos a la encuesta dijeron que sus embarazos eran planificados, el 35% informaron que querían el embarazo, pero más tarde y el 13% informaron que sus embarazos fueron no planificados [26].

La ENDESA 2013 informó además que el 55% de las mujeres entre 15 y 49 años usan algún método anticonceptivo, con un 72% de uso entre las mujeres casadas⁶ y que no hay una diferencia significativa entre las áreas urbanas y rurales. Cincuenta y tres por ciento de las mujeres obtuvieron su método anticonceptivo del sector público (principalmente hospitales y otros establecimientos públicos), mientras que el 43% compraron los métodos del sector privado (principalmente clínicas y farmacias). Solo recientemente, en 2017, las farmacias públicas comenzaron a distribuir condones a bajo precio [27].

A pesar de esto, el 11% de las mujeres en unión en la República Dominicana tiene una necesidad insatisfecha de planificación familiar⁷. Esto proviene de una variedad de barreras, que incluyen: estigma, prejuicios por parte de las proveedoras y los proveedores de salud, escaso poder de negociación con la pareja, falta de información y educación⁸ sobre salud sexual y reproductiva y como se informó en 2015, falta de existencias de productos anticonceptivos, ya sea a nivel de la prestación del servicio o en el nivel central [3].

Cuando se analiza por grupo de edad, la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mucho mayor entre las adolescentes (27%) y las mujeres de 20-24 años (21%) que, entre otros grupos de edad, lo que revela que el acceso a los anticonceptivos es un problema importante entre las mujeres jóvenes y las adolescentes. Esta tendencia persiste a pesar de que la República Dominicana reconoce el derecho de todas las personas, incluidas las adolescentes, a tener acceso a consejería y anticonceptivos previo a la concepción, sin ningún tipo de discriminación y de acuerdo con los estándares de derechos humanos [28,29,30].

La ENDESA 2013 informó que el 20.5% de las adolescentes (de 15 a 19 años) tienen un/a hijo/a, están embarazadas o han estado embarazadas por lo menos una vez [26]⁹. Las adolescentes embarazadas enfrentan embarazos de alto riesgo (según datos oficiales, entre el 16.2% y el 20% de las muertes maternas se dan entre adolescentes). El 36% de las adolescentes están casadas o en unión libre a los

⁶ En "El Estado de la Población Mundial 2017" publicado por Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017), las tasas actualizadas del uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad reproductiva son ligeramente diferentes: 71% (cualquier método) y 69% (métodos modernos); mientras que las proporciones de la necesidad satisfecha de anticonceptivos fueron del 87% (cualquier método) y el 84% (métodos modernos).

⁷ La OMS define que "Las mujeres con necesidades desatendidas en materia de planificación familiar son aquellas que son fértiles y sexualmente activas y que, a pesar de indicar su deseo de no procrear más o de retrasar el nacimiento de su próximo hijo/a, no utilizan ningún método anticonceptivo. El concepto de las necesidades desatendidas señala la brecha entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo" (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/en/).

⁸ Incluso si, según la ENDESA 2013, en la República Dominicana, el 100% de las mujeres en edad reproductiva encuestadas sabía o había escuchado acerca de algún método anticonceptivo.

⁹ Esta información no considera embarazos entre niñas menores de 14 años. CLADEM analizó datos oficiales que reportan un promedio anual de 1,117 partos entre niñas de 10 a 14 años, en el período 2010-2014 (<https://www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>).

18 años y el 12% de las niñas están casadas o en unión libre antes de los 15 [31], mientras que el 3.8% de los adolescentes de la misma edad están casados o en unión libre [26].

La República Dominicana y Nicaragua tienen el porcentaje más alto de niñas y adolescentes menores de 18 años casadas o en unión libre entre todos los países de América Latina y el Caribe [32]. Aunque la Ley 136-03 prohíbe cualquier relación sexual entre un niño o adolescente y una persona adulta que sea más de cinco años mayor [28], el 35% de las adolescentes casadas o en unión libre tienen una pareja que es de cinco a nueve años mayor que ellas y el 23.4% tiene un compañero que tiene 10 años o más que ellas [33]. Estas uniones afectan negativamente las oportunidades de desarrollo de las adolescentes, limitando su autonomía física, económica y política y aumentando el riesgo de pobreza.

En cuanto a la pérdida de oportunidades educativas y económicas, entre las adolescentes que abandonaron la escuela, el 20.4% informó que fue por un embarazo, el 7% para cuidar a sus hijos/as y el 4.8% porque se casaron o ingresaron en una unión libre [26]. El artículo 144 del Código Civil dominicano considera que 18 años es la edad mínima para contraer matrimonio para los adolescentes y 15 para las adolescentes [35]. Actualmente, el Congreso dominicano está discutiendo una reforma para aumentar la edad a 18 años para las adolescentes [36], previniendo las bodas en una edad más temprana o "bodas de niñas", que se consideran prácticas nocivas por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas [37]. En los matrimonios infantiles, especialmente si los maridos son considerablemente mayores respecto a las esposas, las niñas y adolescentes suelen tener un limitado control sobre su salud sexual y reproductiva, porque insertas en relaciones de pareja caracterizadas por un fuerte desequilibrio de poder entre las dos partes. Las adolescentes embarazadas enfrentan altas tasas de violencia (21%) y altas tasas de abandono por parte de los padres de sus hijos e hijas [34].

En la República Dominicana, como en otros países de América Latina y el Caribe, muchas mujeres tienen un control limitado sobre su salud sexual y reproductiva. Los hombres son los principales responsables de la toma de decisiones en la familia, incluso sobre si se debe usar anticonceptivos [24,38]. Estudios de varios países examinaron las razones por las cuales los hombres podrían no permitir que sus esposas usen métodos anticonceptivos, incluido el temor de que aliente la infidelidad, los mitos de que algunos métodos causan la esterilidad permanente y las creencias religiosas [39]. Las amenazas de violencia también limitan el poder de las mujeres para negociar el uso de métodos [40]. Además, la presión social de las redes familiares inmediatas y extendidas, los grupos religiosos y políticos locales, también desempeñan un papel importante para disuadir a las mujeres de buscar métodos anticonceptivos y usarlos de manera consistente [41].

Otra barrera es que la planificación familiar sigue siendo considerada un problema exclusivamente femenino. Un análisis del gasto del gobierno dominicano en el Programa de Planificación Familiar revela que la mayoría de los fondos se destinan a métodos anticonceptivos para el uso de mujeres [42]. Hay una participación muy baja en los métodos centrados en el sexo masculino, por ejemplo, solo el 0.2% de los hombres informó haber tenido una vasectomía y solo el 2.6% informó haber usado condones [26]. Aunque el Ministerio de Salud tiene un componente especial para la salud del hombre (*Componente Programático para la Salud del Hombre*), los hombres no se consideran un objetivo para los servicios de planificación familiar y la información de salud sexual y reproductiva [42]. Muchos de los establecimientos de salud donde se brindan servicios sexuales y reproductivos no son amigables para los hombres y los adolescentes y no promueven la participación de hombres como usuarios principales o como

acompañantes de sus parejas. Además, el personal de salud a veces tiene conductas sesgadas debido a su origen cultural, influenciado por la cultura machista¹⁰ y/o la religión [42].

La ENDESA 2013 encontró que los comportamientos sexuales de mayor riesgo han aumentado respecto a la ENDESA 2007, con un 5% de mujeres en edad fértil y un 29% de hombres que informaron haber tenido dos o más parejas sexuales en los últimos doce meses [26]. Particularmente entre los hombres jóvenes, es cada vez más normal buscar múltiples parejas temporales, llamadas "mangueos" y "agarres", respondiendo a modelos patriarcales de sexualidad y masculinidad [43]. La ENDESA 2013 mostró que solo el 38% de las mujeres y el 46% de los hombres que tuvieron dos o más parejas sexuales informaron haber usado del condón en su último encuentro sexual. Además, el 22.5% de los hombres de todas las edades habían pagado por sexo al menos una vez; el 23% de los hombres casados o en unión habían pagado por sexo y casi el 21% de los que pagaron por sexo no usaron un condón la última vez [26].

Examinando las actitudes con relación a la toma de decisiones sobre el sexo, la ENDESA 2013 informó que el 95% de las mujeres y el 91% de los hombres justificaron que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su esposo o pareja estable cuando sabe que él está teniendo relaciones sexuales con otras mujeres. Además, el 97% de las mujeres y el 95% de los hombres estuvieron de acuerdo en que una mujer exija el uso de condón si sabe que su pareja tiene una infección de transmisión sexual. Si por un lado esto muestra un mayor nivel de autonomía sexual, asocia el uso del condón con la infidelidad, lo que hace más difícil la negociación del uso del condón durante el embarazo para prevenir la transmisión del Zika [26].

Reforzando aún más estos hallazgos, el uso del condón en una pareja casada o estable es poco común, el 47.3% de los hombres informa que nunca usan condones con su pareja comprometida [44] y solo el 10% de las mujeres y el 16% de los hombres casados o que mantienen una relación estable informaron que utilizaron condón durante su última relación sexual [26]. Esto puede deberse a que el uso del condón generalmente se asocia con relaciones sexuales no matrimoniales y de alto riesgo, destinado a prevenir las ITS [42], mientras que en una pareja casada se asocia con la prevención del embarazo. El 35.5% de los hombres dijeron que estarían preocupados si su pareja les pidiera usar condón [42,44]. Solicitar el uso del condón a un compañero estable se percibe como una amenaza a la autoridad masculina común en la cultura patriarcal donde el "machismo" está profundamente arraigado. Se puede percibir como una ofensa, falta de confianza, una acusación de infidelidad y puede provocar reacciones violentas, por lo general por parte del compañero masculino, hasta la obligación a tener sexo sin protección [21,25,46,47,48].

La investigación demuestra que incluso si las personas tienen información sobre condones y otros métodos, las normas de género tienden a prevalecer durante los intentos de negociación del condón y las personas continúan teniendo relaciones sexuales incluso si no tienen condones. Además, no es socialmente aceptable que las mujeres lleven condones, o se las considera promiscuas. Por otro lado, se espera que los hombres demuestren su masculinidad y aprovechen cualquier ocasión para tener relaciones sexuales, incluso si no tienen condón e incluso si la pareja no está de acuerdo [43]. Se ha encontrado que los hombres que equiparan la masculinidad con la toma de riesgos y el dominio sexual tienen más probabilidades de tener múltiples parejas, tener una ITS y tener actitudes negativas hacia el uso del condón [49]. Las normas de género asocian la virilidad masculina con su número de parejas y su

¹⁰ El concepto de *machismo*, en el que a los hombres se les enseña a ser fuertes y agresivos para lograr sus objetivos, a menudo se manifiesta como la dominación social masculina sobre las mujeres en la región de América Latina y el Caribe. Se espera que los hombres sean dominantes y experimentados sexualmente, mientras que se espera que las mujeres sean sumisas y fieles.

número de hijos e hijas. Por lo tanto, la anticoncepción a veces se asocia con una reducida virilidad sexual y hay una limitada aceptación masculina de muchos métodos.

E. Violencia basada en género, Zika y otras ITS

En la República Dominicana, como en el resto de la región, la violencia sexual y de género está profundamente enraizada en las normas de género y sociales caracterizadas por relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres [46].

La República Dominicana tiene altos índices de violencia basada en género, especialmente violencia de pareja. La ENDESA 2013 informó que el 26% de las mujeres sufrieron violencia física en algún momento de sus vidas desde que tenían 15 años; además, 1 de cada 10 mujeres ha sufrido violencia sexual al menos una vez en la vida, con el compañero actual o anterior como autor en el 80% de los casos. Un alto porcentaje de mujeres reportó sufrir violencia durante su embarazo y la tasa es mucho más alta entre las adolescentes (11%) en comparación con las mujeres mayores de edades incluidas entre los 40 y 49 años (6.3%) [26].

Un promedio de 200 mujeres es asesinado cada año en la República Dominicana y más de la mitad de estos asesinatos son cometidos por su pareja anterior o actual [50]. La violencia basada en género (VBG) constituye un obstáculo para las mujeres que desean evitar o posponer el embarazo o tener relaciones sexuales más seguras, ya que pueden ser víctimas de violencia y ser obligadas a tener relaciones sexuales sin protección [51]. Las mujeres dominicanas informaron que sus parejas a menudo muestran comportamientos de control, las formas más comunes son los celos o la ira si hablan con otros hombres (40%), la insistencia en saber dónde está todo el tiempo (34%); prohibiéndole reunirse con amigos (27%) y desconfianza en su manejo del dinero (27%) [26].

Varios estudios demuestran que el control masculino sobre las mujeres pone límites a su control sobre sus cuerpos y su poder para negociar un método para prevenir embarazos e ITS. El temor a la violencia al solicitar el uso del condón puede llevar a un uso inconsistente del condón. Para estas mujeres, es posible que el miedo a sufrir un abuso sea mayor que el miedo a una ITS o el deseo de practicar el sexo seguro [52]. Dado que el brote de Zika es bastante reciente, todavía no hay estudios que estiman la asociación entre la violencia de pareja y las infecciones por Zika, sin embargo, se ha realizado una comparación entre el VIH y el Zika, porque ambos se transmiten sexualmente. Una revisión global sistemática realizada por la OMS en el 2013 en diferentes entornos de la epidemia de VIH encontró que la violencia de la pareja aumenta el riesgo de infección por VIH para las mujeres y las adolescentes de más del 50% y en algunos casos hasta lo cuadruplica [53]. Existe un vínculo bidireccional entre la violencia basada en género y las ITS: las víctimas de la violencia basada en género son más propensas a contraer ITS y tener una ITS las hace más vulnerables a la violencia [54]. En la República Dominicana, el 22.4% de las mujeres con VIH han sido víctimas de violencia sexual y las víctimas de la violencia tienen 2,6 veces más riesgo de contraer el VIH en comparación con otras mujeres [55]. La OMS también informó que el sexo forzado tiene un vínculo directo con el VIH y destacó que cuanto más joven es una adolescente o una mujer en el momento de su primera relación sexual, tanto mayor es la probabilidad que sea forzada a tener relaciones sexuales [56].

En América Latina y el Caribe, los estudios asocian la violencia infligida por la pareja íntima durante el embarazo con un número limitado de visitas de atención prenatal. Por ejemplo, en uno de los principales hospitales maternos perinatales del Perú, las pacientes embarazadas víctimas de violencia infligida por la pareja íntima tienen ocho veces más probabilidades de asistir a menos de seis visitas de atención prenatal en comparación con las pacientes que no sufren violencia [57]. En el contexto del Zika, es posible inferir que la dinámica sería similar, donde las mujeres que sufren violencia infligida por la pareja íntima podrían tener menos probabilidades de asistir a las sesiones prenatales y, por lo tanto, menos probabilidades de recibir educación sobre la prevención del Zika, menos probabilidades de tener las herramientas para prevenir la transmisión y menos probabilidades de someterse a exámenes que permitan la detección temprana de posibles anomalías fetales.

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

El objetivo principal de la recopilación de datos cualitativos, que incluyó grupos focales de discusión y entrevistas con informantes clave, fue identificar los asuntos de género que afectan las estrategias ante la respuesta al Zika en la República Dominicana. Los resultados se presentan en tres partes: (i) Conocimiento sobre el Zika y su transmisión; (ii) Asuntos de género que afectan el uso del condón, especialmente durante el embarazo para prevenir la transmisión del Zika y SCaZ y otros comportamientos de salud sexual; (iii) Actores locales que pueden apoyar a familias de niños y niñas con SCaZ, como abuelos y abuelas.

A. Conocimiento sobre el Zika

Para reducir el riesgo de infección por Zika, es fundamental compartir información con las personas que están en mayor riesgo de forma tal que tengan los conocimientos necesarios para protegerse de la transmisión del Zika y se fomente el cambio de actitudes y comportamientos, individuales y comunitarios. Esta información se debe proporcionar tanto en los centros de salud como en la comunidad, a través de la participación de los trabajadores y las trabajadoras de salud comunitaria y el alcance de la comunidad por parte de promotores de salud de las Unidades de Atención Primaria.

Cuando a las personas que participaron en los GFD se les pidió que hablaran sobre lo que sabían del Zika, las respuestas se centraron en los mosquitos y las diferentes formas de prevenir las enfermedades transmitidas por vectores. La información sobre la transmisión sexual del Zika y los riesgos de contraer el virus durante el embarazo rara vez se mencionó, e incluso entonces, la información resultaba ser limitada e imprecisa. Estos hallazgos sugieren que el conocimiento general sobre la transmisión sexual del Zika no ha mejorado significativamente desde los análisis realizados por Médicos del Mundo y Oxfam [5] y por Bardosh [21] en 2017.

En Santiago, del total de las 30 personas consultadas, solo seis, tres hombres y tres mujeres, estaban al tanto de la transmisión sexual del Zika; las seis personas con información estaban todas involucradas en actividades de promoción de salud comunitaria, ninguna de estas seis personas ofreció voluntariamente la información sobre este modo de transmisión, lo hicieron solamente cuando se les preguntó específicamente al respecto.

Las personas que participaron en los GFD de Villa Duarte (Santo Domingo) no tenían conocimiento de casos de Zika, SGB o SCaZ en su comunidad. Sin embargo, un gran número de participantes en los tres grupos, y de ambos sexos, sabían acerca del Zika, los diferentes modos de transmisión, incluida la transmisión sexual y los métodos de prevención. En algunos casos, la información se entremezcló con información sobre otras enfermedades transmitidas por vectores, especialmente con el Chikungunya, como se pudo también observar a nivel de la región latinoamericana [21].

Los grupos focales en Barahona tenían la particularidad de que la mayoría de las mujeres eran madres de niños o niñas con SCaZ; todas las personas que participaron en el grupo focal de abuelos y abuelas estaban trabajando en el sistema de salud, incluso como trabajadores y trabajadoras de salud; la mayoría de los hombres eran empleados del hospital y dos eran parientes (un padre y un abuelo) de niñas con SCaZ.

Entre el grupo de mujeres, la mayoría no sabía que el Zika se puede transmitir sexualmente, solo algunas de las madres de los niños y de las niñas con SCaZ lo sabían y dijeron que habían sido informadas recientemente y que no lo sabían durante sus embarazos:

“Yo sabía que lo transmitía un mosquito, cuando yo me embaracé las mujeres tenían que protegerse de los mosquitos.” (mujer, madre de una niña con SCZ, Barahona)

“Solo en los últimos meses nos han informado de que el Zika se puede transmitir a través de relaciones sexuales. Las mujeres son las más vulnerables, por los embarazos.” (mujer, madre de una niña con SCZ, Barahona)

Casi todos los participantes en el grupo de hombres sabían que el Zika se transmitía sexualmente, dado que, como personal del hospital, la mayoría de ellos había participado en actividades informativas y de sensibilización sobre el Zika. Por otro lado, los familiares de niños y niñas con SCaZ habían sido informados recientemente sobre esta vía de transmisión del Zika.¹¹

Algunos hombres enfatizaron que la información se difundió ampliamente a través de programas de televisión y radio, pero que en las comunidades pobres pocas personas tienen acceso a estas fuentes de información. Dijeron que las campañas comunitarias a veces no ofrecen suficiente información o recursos para prevenir la transmisión, lo que limita la capacidad de las personas para cumplir con las prácticas de prevención recomendadas.

“Se ha anunciado ampliamente en TV y radio. Pero hay comunidades sin televisor; [...] cuando los promotores van allá solo riegan cloro, pero no dan información adecuada.” (hombre, Barahona)

Ningún abuelo y ninguna abuela consultada en Barahona sabía que el Zika podía transmitirse sexualmente, a pesar de que todos se desempeñaban dentro del sistema de salud. Uno de los trabajadores de salud finalmente dijo:

“Con la confirmación que usted nos acaba de dar [sobre la transmisión sexual del Zika], también hay que usar condones.” (abuelo, Barahona)

Incluso las personas informadas sobre el riesgo de adquirir Zika y otras ITS por vía sexual, a menudo tenían información incompleta e incorrecta. Por ejemplo, cuando discutieron estrategias para evitar las ITS, una de las mujeres entrevistadas en Santo Domingo dijo que cuando su esposo llega a casa tarde y borracho y sospecha que tuvo relaciones sexuales con otras mujeres, evita tener relaciones sexuales con él esa noche. Ella creía que el riesgo de infección solo era posible en un cierto período y que posponer el sexo por una noche sería suficiente para protegerla.

“Cuando él llega a la casa a la una de la noche y borracho, yo no se la doy. Me pego a la pared y pongo el niño en el medio de la cama así no se me acerca.” (mujer, Santo Domingo)

Durante todos los grupos focales, nadie conocía el tiempo que el Zika persiste en el semen, del mismo modo, ninguno hizo referencia a que en el 80% de los casos el Zika es asintomático; tratándose de informaciones importantes a conocer, pues es útil saber que la transmisión sexual es posible a distancia de meses, a pesar de que otros síntomas pueden desaparecer y que a veces se tiene el virus y se puede transmitir, aunque sin haber tenido síntomas.

Esta sección resalta que hay importantes lagunas de información que deben abordarse. Parece haber grandes segmentos de la población, particularmente en comunidades de escasos recursos, con información incompleta sobre cómo prevenir el Zika. Es fundamental promover la prevención del Zika en todos los entornos (centros de salud, centros comunitarios, escuelas, medios de comunicación, etc.), para enfatizar la prevención del Zika transmitido sexualmente, especialmente entre las mujeres embarazadas y brindar a las mujeres y a las adolescentes la educación y los anticonceptivos necesarios para posponer embarazos no planificados.

¹¹ Cabe mencionar también que el GFD con hombres en Barahona se realizó más de un mes después respecto a cuando se realizaron los GFD con mujeres y abuelos/as.

B. Asuntos de género que afectan el uso del condón

1. Estereotipos de género asociados con la sexualidad

Estereotipos de género tradicionales relacionados con la sexualidad resultaron ser profundamente arraigados y comunes en todas las comunidades donde se llevaron a cabo los GFD.

La masculinidad se iguala con el dominio sexual y la asunción de riesgos. Tanto hombres como mujeres consideraban las relaciones extramatrimoniales normales para los hombres. Muchos de los hombres durante los GFD admitieron voluntariamente haber tenido múltiples relaciones extramatrimoniales y, en algunos casos, haber pagado por tener relaciones sexuales. En Barahona, se refirieron a las parejas extramatrimoniales estables como "segunda base"¹².

"El hombre es de la calle, la mujer es de su casa"^{**}

Esta expresión típica de la cultura popular dominicana reafirma las normas de género según las cuales la principal esfera de influencia del hombre está fuera del hogar, en la calle: mientras que la de la mujer está en el hogar, donde asume trabajo doméstico, crianza de los hijos/as, cuidado de las personas dependientes, etc.

Una mujer que sale a la calle, al espacio de los hombres, es socialmente inaceptable y se la conoce como "fácil" o "cuero".

*Proverbio citado por participantes en los entrenamientos de WI-HER (Santo Domingo, abril de 2018)

Por otro lado, las mujeres fueron clasificadas de forma dicotómica:

- Las mujeres que permanecen en el hogar para cuidar a la familia preservando el honor familiar. Estas mujeres no generan dudas sobre su fidelidad y generalmente son madres y esposas; cumpliendo con los roles de género tradicionales. Un hombre, por ejemplo, describió a su esposa:
"Mi esposa nunca me pediría de usar un condón, ella es toda 'Iglesia-casa-trabajo'." (abuelo, Barahona)
- Por otro lado, las mujeres que desafían estas normas de género y abandonan la casa (o "salen a la calle"). Estas mujeres se consideran promiscuas. La mayoría de los participantes de ambos sexos, pero principalmente hombres, las definieron como 'fáciles' y 'mujeres de la calle', o hasta 'cueros'¹³. En algunos casos los hombres las consideran hasta inadecuadas para el matrimonio; como dijo uno de los hombres consultados:

"Yo nunca me casaría con una mujer que ha tenido otros." (hombre joven, Barahona)

Otro tema que surgió en todas las comunidades fue que muchas adolescentes y mujeres jóvenes pobres recurren al sexo transaccional para satisfacer sus necesidades básicas. Esta información es consistente con la literatura y las estadísticas de la primera sección del informe.

"En los suburbios, las adolescentes (entre 9 y 15 años) tienen tarifas: RD \$ 100, RD \$ 500, la dan por un 'pica pollo'¹⁴." (hombre adulto, Santiago)

¹² Es un término del béisbol utilizado en la República Dominicana para referirse a amantes estables, que se consideran como una familia paralela a la formal.

¹³ El término "cuero" se usa de forma despectiva para calificar a mujeres como prostitutas.

¹⁴ Comida típica popular dominicana que consiste en pollo frito con acompañamiento.

Los estereotipos de género que reducen las mujeres a vírgenes, madres o, por otro lado, prostitutas reducen el poder de negociación de condones y anticonceptivos, aumentan el riesgo de transmisión de ITS y embarazos no planificados, todo lo que está asociado con mayores riesgos de transmisión de Zika y de engendrar hijos e hijas con SCaZ.

2. Barreras para el acceso al condón

La mayoría de las personas que participaron en los GFD, sobre todo los hombres, estuvieron de acuerdo en que es fácil tener acceso a los condones para la prevención del Zika, comentaron que estos son distribuidos gratuitamente en los servicios de salud, en consejería de planificación familiar¹⁵ y moteles y están disponibles para su compra en farmacias y supermercados.

“Es fácil obtener condones; puedes conseguirlos gratis en el hospital, clínica, etc. o comprarlos en farmacias y supermercados.” (mujer joven, Santiago)

Sin embargo, muchas de las personas que participaron en los GFD citaron barreras para el acceso a los condones. Una de las principales barreras discutidas fue el sesgo de las trabajadoras y de los trabajadores de salud hacia las mujeres, las adolescentes y los adolescentes que buscan condones. Muchas personas consultadas comentaron sentirse juzgadas e inspeccionadas.

“Puedo conseguir condones desde la clínica, pero no me los dan fácilmente. Tú estás de prisa y ellos te hacen preguntas del tipo ‘¿para que los vas a usar?! [...] para las muchachas y las mujeres es aún más difícil, les dan charlas y les hacen muchas preguntas.” (hombre joven, Santo Domingo)

“Cuando voy a la clínica debo preguntar para condones, no me los ofrecen. Y cuando se los pido, [las trabajadoras de salud] me preguntan: ‘¿y usted es de la calle?’ o ‘¿tienes múltiples parejas?’; a veces les digo de sí para que me los den más rápido, pero me hacen sentir incómoda.” (mujer, Santo Domingo)

Durante un GFD, un promotor comunitario que estaba muy bien informado sobre el Zika expresó una vacilación similar en la promoción del uso del condón entre las parejas casadas:

“Normalmente los preservativos son para la calle, sino no se fomenta la familia, no crece la población y el país se paraliza.” (abuelo, promotor comunitario, Santo Domingo)

Cuando este tipo de sesgos, basados en creencias personales y normas de género, se dan entre personal de salud y de promoción comunitaria, pueden limitar la calidad y la efectividad de las actividades de sensibilización a nivel comunitario.

Otros factores que limitan el acceso a los condones están relacionados con la falta de confidencialidad y privacidad en el sistema de atención médica. Muchos participantes relataron que otras personas ingresan a la sala de consulta de pacientes sin pedir permiso durante la consejería y que en algunos centros de salud se distribuyen condones en áreas donde no se garantiza la confidencialidad. En un caso, en Barahona, al asistir a uno de los principales puntos de distribución de condones, una persona podría ser identificada como VIH-positiva.

Solo los hombres jóvenes en Santo Domingo expresaron tener fácil acceso a solicitar condones a los promotores comunitarios locales:

¹⁵ En poco sabían que las proveedoras y los proveedores de salud también los distribuyen durante la atención prenatal.

“Siempre me los facilita CAZ¹⁶; si voy a salir con una chica le digo al promotor: ‘necesito un gorrito’.” (hombre joven, Santo Domingo)

Por otro lado, las adolescentes y jóvenes mujeres de la misma comunidad dijeron que el mismo promotor no les proporcionaría condones a ellas y que, incluso si ellas estuvieran interesadas en recibir condones, no se sentirían cómodas pidiéndolos a él. Esto ilustra que, a nivel de la comunidad, las normas de género que no permiten a las adolescentes solicitar o llevar condones influyen en quienes se desempeñan como promotores comunitarios y, por otro lado, inhiben a las mismas adolescentes de solicitar o recibir condones de los promotores comunitarios de sexo masculino.

3. Barreras para el uso del condón

El acceso a los condones no garantiza su uso, especialmente entre las parejas casadas o comprometidas y entre las personas jóvenes, como explicó una abuela:

“Tienen su mochila llena de condones, pero no los usan.” (abuela, Santiago)

Como se explica en los siguientes párrafos, existen diferentes cuestiones relacionadas al género que limitan el uso del condón, particularmente entre parejas estables.

4. Uso del condón entre hombres que tienen relaciones extramatrimoniales u ocasionales

Entre las personas que participaron en los GFD, la idea prevalente era que el uso del condón está asociado con el sexo fuera del matrimonio y fuera de relaciones estables, por ejemplo al comienzo de una relación, cuando la pareja no se conoce muy bien, o con parejas ocasionales.

“Mis amistades usan condones cuando van a ‘pegar cuernos’, yo lo pongo cuando voy a ‘matar una mala’¹⁷.” (hombre joven, Santo Domingo)

“Uso condones cuando estoy afuera, con mi esposa no lo uso.” (hombre joven, Barahona)

“Una pareja puede usar condones cuando están enamorados, pero cuando están casados, ¡NO!” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

Los hombres no siempre usan condones con parejas ocasionales, pero es más probable que con sus parejas a largo plazo o esposas. Como se indicó en la revisión documental, hay un alto porcentaje de hombres con parejas múltiples que no usan condones, incluso cuando pagan por sexo.

“El hombre usa el condón si la mujer se lo exige; pero no con la esposa.” (mujer, Barahona)

Este uso inconsistente de los condones pone a la pareja comprometida y a las parejas ocasionales en riesgo de contraer ITS.

“Hay hombres que van con una mujer por ahí, sin preservativo, luego llegan a la casa y cuando la esposa inicia con sus necesidades tampoco se ponen el condón. La mayor parte de las veces no conocen la situación de la otra mujer.” (abuelo, Barahona)

¹⁶ El proyecto Acción de la Comunidad en Zika (CAZ), financiado por USAID y dirigido por Save the Children.

¹⁷ Esta cita contiene expresiones populares utilizadas en la República Dominicana. Analizadas desde una perspectiva de género, ambas expresan claramente los estereotipos de género desequilibrados y asociados con la sexualidad masculina y femenina. La segunda, en específico, enfatiza el poder y la fuerza del hombre que está teniendo varias relaciones. Tener sexo para él es "matar" o castigar a la mujer que no se ajusta a los estereotipos de género de la pasividad y la pureza y que por esta razón es llamada "la mala".

La infidelidad de los hombres es tan normalizada que participantes en grupos focales e informantes clave relataron ejemplos de trabajadores y trabajadoras de salud que dan a las mujeres condones adicionales para las relaciones extramatrimoniales de su marido, para que se los pongan en su billetera como una manera indirecta de protegerse ella misma de ITS.

“En el hospital me dan condones, el proveedor me dice ‘Te doy algunos condones más, porque los hombres no tienen control cuando están fuera del hogar’; pongo condones en su billetera.”
(mujer, Santo Domingo)

La normalización de las relaciones extramatrimoniales por parte del personal de salud, la idea de que las mujeres deben ser responsables de que sus compañeros practiquen relaciones sexuales más seguras con sus parejas secundarias y que los hombres no se consideren responsables de su actividad sexual, son síntomas de una desigualdad de género generalizada que afecta la capacidad de las mujeres y de las adolescentes de controlar su salud sexual y reproductiva, entre otras cosas.

5. Negociación del uso del condón dentro de una pareja estable y riesgo de violencia

Las discusiones dentro de los GFD, las entrevistas en profundidad y las estadísticas de soporte, revelaron que solicitar el uso del condón dentro de una pareja casada o comprometida desafía la expectativa social relativa a la fidelidad femenina y amenaza la autoridad y el control masculino. Como el uso del condón está asociado con la infidelidad y el trabajo sexual, la solicitud de una mujer de usar condones puede ser percibida como una ofensa, falta de confianza, una acusación de infidelidad o puede despertar sospechas sobre la fidelidad e integridad de la mujer.

“Pedir al esposo de usar un condón puede ser considerada una falta de respeto. Es como si no confiaras en él.” (abuela, Barahona)

“Una vez estaba harta de planificarme y dije a mi marido: ‘como no quieres que quede embarazada, usamos condones’ y él me dijo: ‘Tú estás loca. Prefiero que nos dejemos. Tú me avisas si estás cogiendo otro por ahí’. Le entró el celo, porque yo era ‘su mujer’, ‘en su casa’.”
(abuela, Santo Domingo)

Entre las personas consultadas, participantes de ambos sexos dijeron que temerían la reacción de su pareja al proponerle el uso del condón y que esto podría escalar a amenazas de separación o violencia.

“Cuando los hombres proponen usar el condón, las mujeres piensan que han sido traicionadas y prefieren separarse que usar el método.” (abuelo, Santiago)

“Nunca me atrevería a pedirle a mi esposa que use condones; ella me tiraría encima todos los calderos de la cocina.” (hombre, Santo Domingo)

Sin embargo, el miedo a la violencia es más común entre las mujeres, y los hombres también expresan que los hombres pueden volverse agresivos frente estas situaciones. Esto podría estar asociado con los altos niveles de VBG, violencia infligida por la pareja íntima que experimentan las mujeres dominicanas y los altos números de feminicidios que hay anualmente en el país.

“La reacción normal es decirle: ‘¡No! Tú eres mi esposa.’” (hombre, Santiago)

“La primera reacción de los hombres es desconfiar de la fidelidad de la esposa y ponerse violentos. Los hombres son ciegos; no entienden de inmediato este tipo de cosas.” (hombre joven, Santo Domingo)

“No todos reaccionamos de la misma forma. Yo soy agresivo. No nos conocemos como nos comportamos en casa.” (hombre joven, Barahona)

La violencia general y la VBG se discutieron en todos los GFD en cada una de las tres comunidades. Los datos estadísticos sobre una de las peores formas de violencia contra la mujer, el feminicidio, informaron que en 2017 hubo al menos dos feminicidios en cada una de las comunidades investigadas: Villa Duarte

(Santo Domingo), Cienfuegos (Santiago) y Barahona [52]. En Barahona, en enero de 2018, la madre de una niña que nació con microcefalia asociada al Zika fue asesinada por su pareja, dejando a la niña afectada por el Zika y a su hermano mayor en la orfandad.

Algunas participantes dijeron que, debido a la posibilidad de una reacción violenta, a veces las mujeres prefieren no proponer el uso del condón a sus parejas.

Solamente una mujer, madre de un niño con SCaZ, discutió una forma de negociar el uso del condón con su esposo:

“Hay una forma de explicarlo: o usamos los condones o no lo hacemos.” (mujer, madre de un niño con SCZ, Barahona)

El temor al estigma y a la violencia asociada a la negociación del uso del condón, reduce la autonomía reproductiva de las mujeres, ya que son menos capaces de prevenir embarazos no planificados y escoger cuántos hijos o hijas tener y cuándo. En estas circunstancias, las mujeres también son menos capaces de tomar medidas para prevenir la transmisión de ITS, incluido el virus del Zika. Sin el poder de evitar embarazos no planificados o la transmisión del Zika, las mujeres no pueden ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos; aumenta, por lo tanto, la posibilidad de que nazcan bebés con SCaZ.

6. Uso del condón durante el embarazo

La mayoría de las mujeres participantes en los GFD expresaron que las mujeres son las responsables de proteger del Zika a su bebé durante el embarazo. Entre los hombres, solo unos pocos y jóvenes dijeron que es una responsabilidad compartida. Al hablar sobre el uso del condón durante el embarazo, participantes de ambos sexos mencionaron que es difícil aceptar el uso de condones con sus parejas estables y lo es más aún durante el embarazo. Esto podría deberse a que el condón con parejas comprometidas se usa generalmente como método anticonceptivo, lo cual no se considera relevante si la mujer ya está embarazada. A continuación, se presenta cuanto expresado por un joven cuya esposa estaba embarazada al momento de la consulta:

“Después de casado no uso condones, solo lo hacíamos al principio para prevenir embarazos.” (hombre joven, Barahona)

Cuando se le preguntó si usaría un condón mientras su pareja estaba embarazada, un joven dijo:

“Le diría que sí, pero le pregunto de explicarme las razones.” (hombre joven, Barahona)

Esta respuesta sugiere que los hombres no se oponen totalmente al uso del condón durante el embarazo, pero necesitan comprender mejor las razones, señalando que la educación es un componente clave de intervención.

Sobre este punto, la mayoría de las personas que participaron de los 12 grupos focales coincidieron en que los proveedores y las proveedoras de servicios de salud desempeñan un papel importante para alentar a los hombres a participar activamente en la anticoncepción y en la prevención de la transmisión del Zika, al brindarles información completa y detallada sobre el uso del condón durante el embarazo.

“Los doctores deberían invitar a los hombres a consulta y explicárselo. Si los hombres reciben este tipo de llamadas dejan todo y van.” (hombre joven, Barahona)

7. Otras razones por no usar condones

En todos los GFD, participantes de ambos sexos mencionaron otras varias razones para no usar condones, que incluyen: con los condones no se siente lo mismo o las sensaciones son reducidas, irritaciones y temor al fallo del método. Estas ideas están tan arraigadas que muchas personas

consultadas, hasta algunas que nunca habían probado un condón o nunca habían tenido relaciones sexuales, las utilizaron como justificación.

Las principales reservas de los hombres sobre el uso del condón se centraron en el temor a la reducida sensibilidad, a la reducida virilidad y a la calidad de su desempeño en las relaciones sexuales.

“Uso condones, no puedo usar otros métodos y el médico me pidió que fuera a una visita con mi esposo y nos sugirió que usáramos condones. Mi esposo no está contento, dice que no es lo mismo, que no lo siente de la misma manera y que, como yo soy su esposa, no tiene que usar esto. [...] Lo estaba usando cuando estaba teniendo sexo con mujeres de la calle.” (mujer, Santiago)

“Cuando usé condones no funcionó, cuando lo uso empiezo a pensar que estoy usando un guante y nunca eyaculo.” (hombre 1, Barahona). *“Me pasa lo mismo, tengo que usar alcohol y lavarme la cara para que funcione; Me digo a mí mismo ‘¡No me iré sin terminarlo!’”* (hombre 2, Barahona)

Las inquietudes de las mujeres sobre el uso del condón giraban en torno al riesgo de fallo del método y posibles reacciones físicas. Incluso una mujer que tuvo Zika y un niño con SCaZ expresó su absoluto rechazo a usar condones.

“¡No me gustan, no me gustan! No los usaría ni en broma.” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

“No son seguros, se rompen de una vez.” (mujer, Santo Domingo)

“A veces se quedan adentro.” (mujer, Barahona)

“No quiero que me arruine (se calienten) mis partes.” (abuela, Santiago)

Solo una mujer habló positivamente sobre el uso de condones con su pareja, refiriéndose a cómo superó la resistencia de su esposo y eventuales reacciones relacionadas con la falta de lubricación al hacer que el uso del condón fuera parte de los preliminares, lo que fomentó su uso.

“A la mayoría no le gusta porque no lo usan bien: algunos hombres se lo ponen y empiezan...ya tú sabes ... lo quieren y lo toman. Los hombres no esperan que las mujeres lubriquen. [...] Yo no tenía problemas en que mi esposo lo usara ... yo lo ayudaba a ponérselo...” (abuela, Santiago)

A pesar de algunos casos en los cuales las personas consultadas expresaron su disposición al uso del condón, las preocupaciones de los hombres siguen siendo su placer, su desempeño sexual y la fidelidad de sus parejas; mientras que las mujeres están más preocupadas por su efectividad y las posibles consecuencias físicas negativas del uso del condón. Si bien las preocupaciones de ambos grupos deben abordarse para mejorar el uso correcto y consistente del condón, los factores de género que intervienen en limitar la negociación y el uso del condón también deben examinarse y abordarse adecuadamente.

C. Educación sobre la prevención del Zika en la consejería de Atención Prenatal

La mayoría de las personas de ambos sexos que participaron en los GFD, dijeron que los médicos tienen un papel crucial al explicar la importancia de usar condones durante el primer trimestre del embarazo. Hicieron referencia a médicos generales de Unidades de Salud Primaria, ginecólogos y a proveedores que brindan servicios de atención prenatal (APN). Los participantes masculinos estuvieron de acuerdo en que los hombres deberían participar en las visitas de consejería de APN.

“Durante el embarazo, es necesario que los hombres vayan con su pareja embarazada al médico para comprender el proceso, para ver qué es necesario hacer, etc.” (madre, Barahona)

Una de las obstetras entrevistadas confirmó la importancia de la participación masculina durante la atención prenatal; durante la consejería ella sugiere a las mujeres embarazadas de traer a sus parejas si no se sienten cómodas al proponerle el uso del condón o si ellos reaccionan mal o tienen resistencias.

“Las mujeres no reaccionan bien cuando se le dice de usar condones, piensan que su pareja es infiel, o temen que él reaccione de forma violenta, pero luego aceptan de irse con condones, pero no se puede saber si los usan, a veces regresan con las parejas para que les expliquemos.”
(proveedora de salud, Barahona)

Limitantes para la participación masculina en la APN

Los/las profesionales de la salud que participaron en la capacitación de WIHER/ASSIST confirmaron el esfuerzo limitado de los/las proveedores/as de servicios de salud para involucrar a los hombres en la APN. Estos/as profesionales de la salud mencionaron limitantes adicionales a la participación de los hombres en la consejería de APN, incluida la falta de tiempo, la inhabilidad para tomarse tiempo libre de su trabajo, la falta de interés e información insuficiente para motivarlos.

Solo uno de los participantes en los GFD de hombres había tenido la experiencia de acompañar a su esposa a las visitas de APN. Tal como lo avala la revisión documental⁴², confirmó que los establecimientos y servicios de salud de APN no son amigables para los hombres. Él se sintió juzgado por el proveedor de servicios de salud.

“Mi esposa está embarazada, se atiende con un ginecólogo en Santo Domingo. Yo siempre la acompaño cuando va a las visitas prenatales. Soy el único hombre en el medio de muchas mujeres embarazadas y hasta el ginecólogo me pregunta que hago ahí.” (hombre joven, Barahona)

Dado el poder de decisión de los hombres sobre el uso de anticonceptivos, es fundamental involucrarlos en la educación sobre el uso del condón para la prevención de

la transmisión del Zika con sus parejas. Aprovechar el poder de los médicos para comunicarse e influir en el comportamiento de los hombres, podría ser importante para promover la asistencia de la pareja a las visitas de atención prenatal y encontrar otras formas de alcanzar a los hombres en la comunidad.

D. Habilidades de comunicación asertiva

Tanto los hombres como las mujeres destacaron la importancia de la comunicación asertiva entre las parejas y la importancia de crear un ambiente de confianza al discutir estos temas. Los jóvenes en Santo Domingo enfatizaron que los proveedores y las proveedoras deberían aconsejar a las mujeres sobre cómo proponer el uso del condón a sus parejas:

“Que expliquen cómo y cuándo decirlo. No esperar el momento de intimidad para evitar reacciones brutales y agresivas.” (hombre joven, Santo Domingo)

Aunque empoderar a las mujeres con habilidades para la negociación del uso del condón es una parte esencial para aumentar su uso, el comentario de este joven también demuestra cómo la VBG es aceptable socialmente, avalando que se debe enseñar a las mujeres a evitarla en lugar de enseñar a los hombres, a los adolescentes y a los niños a no abusar de las mujeres, las adolescentes y las niñas. A los hombres y a los adolescentes también se les debe enseñar cómo participar en conversaciones y relaciones equitativas con las mujeres y las adolescentes, lo que incluye aprender a respetar y valorar sus derechos y opiniones y a no recurrir a la violencia cuando están molestos.

E. Adolescentes: vulnerables y desatendidas

Un informe sobre el Zika en la República Dominicana publicado por Médicos del Mundo y Oxfam destacó que la feminización del Zika era evidente entre las personas adolescentes [13]. Además, la información recopilada en los GFD y la revisión de la literatura [18] revelaron que algunas de las madres de infantes que nacieron con SCaZ tenían menos de 18 años cuando dieron a luz.

Una preocupación planteada por todos los grupos fue la gran cantidad de embarazos no planificados entre las adolescentes. Los trabajadores sociales a nivel comunitario estaban particularmente preocupados por las altas tasas de embarazo adolescente en sus comunidades.

“Donde yo vivo hay muchas adolescentes embarazadas o madres, muchas son de 12 o 13 años. Dejan de estudiar por esto y todo su futuro está afectado.” (mujer, promotora comunitaria, Santo Domingo)

“Hay muchas niñas dando vida a otros niños.” (hombre, Santo Domingo)

Estas afirmaciones concuerdan con los datos recopilados durante la ENDESA de 2013 que mostraron que 1 de cada 5 adolescentes tiene hijos o hijas, está embarazada o ha estado embarazada al menos una vez [26]. Muchas personas consultadas a través de los GFD y de las entrevistas relacionaron este tema con la falta de educación sexual, el poder limitado en la negociación del uso del condón debido a relaciones abusivas y caracterizadas por desequilibrio de poder y el estigma sobre el uso de anticonceptivos.

“Los adolescentes no tienen información y orientación oportuna; es importante introducir la educación sexual en las escuelas.” (proveedora de salud, Barahona)

“En los sectores, las muchachitas no usan condones. Ellas no los reclaman y los hombres se aprovechan la oportunidad. [...] Ambos: adolescentes y hombres adultos.” (hombre, joven, Santiago)

“Yo entrego condones a adolescentes sexualmente activas y les digo de no tener relaciones sin condones. La mayoría tienen parejas adultas que quieren relaciones, pero no responsabilidades; ellas usan condones, los terminan rápido. Yo les digo ‘¡Tú vas rápido!’ [...] Otras dicen que el hombre no quiere usarlos, porque no siente igual.” (promotora de salud comunitaria, Santo Domingo)

“Los adolescentes no usan condones porque tienen miedo de los padres, sobre todo las adolescentes; no corren el riesgo de cargar condones en sus carteras (hombre adulto, Santiago)

La prevalencia de adultos que participan en actividades sexuales con adolescentes juega un papel importante en el embarazo no planificado en la adolescencia. Sin embargo, como es evidente en las citas anteriores, a las adolescentes se les asigna la responsabilidad de llevar condones, insistir en su uso y evitar el embarazo. Esta norma social de que los hombres mayores se involucren sexualmente con adolescentes conduce a dinámicas de poder extremadamente desiguales, reduciendo aún más la probabilidad que la adolescente tenga control sobre su reproducción a través de la negociación del uso del condón.

Si bien los adolescentes enfrentan una variedad de barreras para tener acceso a los condones, una de las barreras que se discutió más ampliamente fue el sesgo de los trabajadores de salud.

“Cuando el proveedor estaba afuera, yo estaba a cargo. Una vez un chico de 13 o 14 años vino a buscar condones, le dije ‘no te pongas en esto, tienes solo 14 años’. Él se fue y mientras se iba me dijo ‘si yo me enfermo usted es la culpable’. ¡Imagínese!” (abuela, trabajadora de salud, Barahona)

“Una vez me ocupada de distribuir condones; muchachas de 16, de la escuela secundaria, venían a buscar condones. Yo estaba chocada. Le dije ‘¡no lo hagan, esto es antes de tiempo!” (abuela, trabajadora de salud, Barahona)

Durante la capacitación a proveedores de servicios que realizó WI-HER/ASSIST en Santo Domingo en abril de 2018, se profundizó el tema de los embarazos en la adolescencia. La mayoría de los profesionales y las profesionales que participaban en la capacitación no conocían la normativa dominicana que garantiza a las personas adolescentes el derecho al acceso a consejería de

preconcepción y a métodos anticonceptivos [28,29, 30]. Algunos hasta creían que los padres y/o las madres podían tomar acciones legales contra personal médico y de enfermería que dieran condones a personas menores de edad. La mayoría de las profesionales y los profesionales que participaron en la capacitación consideraban que tanto el sistema educativo, como el de salud, no proporcionan educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, o lo hacen de forma insuficiente, debido a la influencia de la Iglesia Católica.

En los tres grupos focales de mujeres, las mujeres dijeron que muchas madres llevan a sus hijas a visitas ginecológicas cuando sospechan que sean sexualmente activas. Sin embargo, lo hacen casi exclusivamente para la prevención del embarazo y no para la prevención de ITS.

“Hay muchas madres que preparan a sus hijas adolescentes cuando tienen 12 o 13 años de edad; cuando se enteran de que ellas están teniendo relaciones, las preparan” (mujer 1, Barahona); “Sí, es así; sino a los 13 ya tendrían abortos.” (mujer 2, madre de un niño con SCaZ, Barahona)

Las madres creen que al garantizar que sus hijas no tengan embarazos no planificados, pueden reducir sus riesgos. Sin embargo, una vez más, vemos la carga de evitar el embarazo en las niñas adolescentes, en lugar de compartirla por igual entre las adolescentes y sus parejas, sean adolescentes u hombres.

Otro hallazgo importante de las entrevistas con informantes clave fue que las adolescentes no acuden a la APN tan temprano en sus embarazos como otras mujeres. Las personas informantes citaron el estigma, los comportamientos sesgados del personal de salud, el temor a la reacción de padres y madres, así como la falta de conocimiento sobre el proceso reproductivo, cuales posibles razones de esto.

La APN, a tiempo y oportuna, aumenta la probabilidad de prevenir la morbilidad materna entre las adolescentes y brinda la oportunidad de educar a las adolescentes embarazadas sobre cómo protegerse contra el Zika y otras ITS durante el embarazo.

Sobre la base de estas entrevistas, resulta que la intersección de género, nivel socioeconómico y edad limita la capacidad y el poder de las adolescentes de evitar embarazos no planificados. Con la prevalencia del Zika, uno de los posibles resultados es un embarazo no planificado en el que el bebé contrae el Zika dentro del útero, con posibles consecuencias para el niño, la madre y la familia, por el resto de sus vidas. Está claro que adolescentes de ambos sexos, sobre todo las adolescentes, deben priorizarse cuando se planifica la comunicación de prevención de riesgos, la participación de la comunidad, la educación integral en sexualidad y el acceso a anticonceptivos en base a la demanda.

F. Sistemas de apoyo para familias de infantes con Síndrome Congénito asociado con el Zika

Solo en Barahona fue posible consultar directamente familiares de niños y niñas con SCaZ. En esta ciudad, entre las once participantes al grupo focal de discusión de mujeres en edad reproductiva, nueve eran madres de niños o niñas con SCaZ y entre los once hombres, uno era un padre y uno un abuelo.

Según las informaciones recolectadas a través de los GFD y de las entrevistas a informantes clave, tres de los 16 infantes con SCaZ identificados en las provincias de Barahona e Independencia, aún contaban con el apoyo de su padre; a los 13 restantes los cuidaban madres solteras. Esto es consistente con la literatura que se analizó a nivel nacional [18] y en Brasil [17], que revela que la mayoría de infantes con SCaZ y sus madres son abandonados por el padre. Esto deja la carga del cuidado infantil y la generación de ingresos sobre las madres, lo que aumenta aún más el riesgo de bajo nivel educativo y de reproducción intergeneracional de la pobreza.

En la comunidad de Cienfuegos (Santiago), se informó que una niña había nacido con microcefalia asociada con el Zika de una pareja de adolescentes. Según informantes clave, el padre inicialmente dijo

que la bebé era su hija y vivían juntos. Sin embargo, más tarde debido al estigma de tener una niña con discapacidad y la presión de la familia, el padre se negó a reclamar a su hija, alegando que ella no podía ser su hija, ya que en la familia no había casos previos de discapacidad. Por lo tanto, la madre y su hija se vieron obligadas a abandonar la comunidad para ir a vivir con la familia materna.

Algunos participantes de los GFD revelaron que una de las razones principales por las cuales los padres abandonan a sus familias es porque se sienten frustrados por no poder mantener económicamente a sus familias, ya que la mayoría son pobres y desempleados y es costoso cuidar a un niño con SCaZ. Otros participantes, hombres y mujeres, consideraron que las razones por las cuales los padres no asumen la responsabilidad de sus hijos e hijas con SCaZ son culturales.

“La mayoría de las madres son solteras. Los hombres dominicanos son machos, no se preocupan de los hijos.” (hombre, Santiago)

Sin embargo, está claro que la falta de participación de los padres en el cuidado y las dificultades que se enfrentan al tener un niño con discapacidad juegan un papel importante en estas decisiones.

“El padre nunca se sintió bien con esta situación.” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

“Los padres son más vulnerables a las críticas porque no participan en las charlas, no comparten en las salas de espera de los centros de terapia. Las madres, gracias a las charlas, superan muchas cosas, muchos miedos, por ejemplo, preocupaciones como ‘¿qué dirán las otras personas de esto?’” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

Las personas consultadas a través de los GFD estuvieron de acuerdo en que las madres de los niños y de las niñas con SCaZ llevan la carga principal de la atención y a veces son las principales proveedoras de la familia.

“Soy madre soltera, tengo una doble responsabilidad: ocuparme de una casa durante los fines de semana, cuidar de su salud, tengo que preocuparme por todo.” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

“Tuvimos que ir a Santo Domingo para hacer estudios que cuestan mucho, falta hacer algunos, pero ahora no estoy trabajando. Mi hija tiene ya dos meses en terapia, venimos por acá dos veces a la semana para hacer terapias. A veces la suegra nos ayuda a cargar la niña.” (hombre, padre de niña con SCaZ, Barahona)

Los padres que no abandonaron a sus familias, a parte excepciones, ofrecen apoyo limitado en el hogar:

“Su papa va a trabajar. A veces, cuando está en casa, lo carga un rato y me la devuelve ‘toma tu hijo.’” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

Estas actitudes sobre el papel de la mujer como cuidadora primaria o única están profundamente enraizadas en las normas de género patriarcales. Además de considerar el cuidado como un ámbito exclusivamente femenino, los hombres que ayudan en las tareas domésticas son criticados por debilitar su autoridad en el hogar y su control sobre sus parejas.

“A veces cocino. Mi madre dice que la mujer me gobierna.” (hombre, Barahona)

“Si ayudamos en casa nos dicen ‘mamitas’.” (hombre, Barahona)

La mayoría de las madres de niños y niñas con SCaZ tuvieron que dejar sus estudios o trabajos porque el cuidado de un niño con SCaZ es muy exigente.

“No es fácil, a veces me siento que se me está cayendo todo.” (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

Dada esta situación, es importante identificar personas adicionales que puedan brindar apoyo práctico y útil a estas familias. Los principales actores que podrían asumir este rol, según participantes de ambos sexos de los GFD son los abuelos y las abuelas.

“Los padres suelen estar ocupados; los abuelos pueden ser de gran ayuda en el cuidado.”
(mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)

Otros actores considerados como posibles recursos para apoyar a las madres incluyen:

- Personas jóvenes en busca de empleo (hombres, Santo Domingo)
- Mujeres que trabajan ofreciendo servicios de cuidado en sus casas (mujeres, Santiago)

Algunas recomendaciones que los/las participantes dieron al referirse a las/los abuelas/os, pero que podrían ser válidas para otros actores incluyen:

- Darles un entrenamiento adecuado, ya que a veces tienen miedo de lastimar a los infantes y esto limita su capacidad para cuidarlos. (mujer, madre de niño con SCaZ, Barahona)
- Al involucrar a las abuelas, los abuelos u otros actores, es importante asegurarse de que esto no reduzca las responsabilidades del padre (abuela, Barahona);
- Elegir con cautela a potenciales cuidadores y cuidadoras, para garantizar que estos niños y estas niñas no sean abusadas ni física ni sexual ni psicológicamente. (abuelo, Santiago).

Las personas consultadas también comentaron que cuando se involucran otros actores para ayudar a las madres, hay que asegurar que esto no contribuya al alejamiento de padres que todavía ejercen paternidad responsable o que de alguna forma participan en el cuidado. Al considerar formas de apoyar a los niños y las niñas con SCaZ, que necesitan y continuarán necesitando una gran cantidad de atención y apoyo, es innegable que el género juega un papel importante en agrandar las consecuencias de esta enfermedad. Ayudar a crear sistemas de apoyo más fuertes para las cuidadoras primarias de niños y niñas con SCaZ es un paso importante, pero no debe eclipsar la necesidad de examinar más profundamente las razones por las cuales las adolescentes y mujeres jóvenes, a menudo pobres, tienen más probabilidades de dar a luz a infantes con SCaZ y ser sus principales cuidadoras y cómo eso afecta sus vidas y las de sus hijos e hijas.

VII. CONCLUSIONES

La intersección de género, edad y nivel socioeconómico limita la capacidad de muchas adolescentes y mujeres de prevenir embarazos no planificados, Zika, SCaZ y otras ITS. Las entrevistas y los GFD que se realizaron durante este análisis de género mostraron que pocas personas tienen información completa sobre el Zika, todos los métodos de transmisión y cómo prevenir la infección. Es fundamental abordar esta brecha educativa, porque el conocimiento y la sensibilización son requisitos necesarios para generar cambios en las actitudes y comportamientos.

Este análisis de género también destaca cómo las rígidas normas de género que perpetúan la desigualdad afectan de forma diferenciada la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los hombres, las adolescentes y los adolescentes.

Es esencial empoderar tanto a las mujeres como a los hombres con los conocimientos y las herramientas para comprender el Zika, cómo se transmite, cómo se puede prevenir, el impacto que puede tener en sus bebés y para prevenir embarazos no planificados. Sin acceso a una gama completa de opciones anticonceptivas, incluidos los anticonceptivos de emergencia, los gobiernos están depositando la carga de prevenir embarazos sobre las mujeres, en un contexto en el que la mayoría de las mujeres y de las adolescentes nunca han podido ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Esto es evidente en las continuas barreras que enfrentan en el acceso a los condones, en la negociación de su uso y en el uso correcto y consistente del mismo durante todas las relaciones sexuales.

Una barrera clave para el acceso al condón que las personas consultadas enfatizaron fue la privacidad dentro del sistema de salud, incluyendo la baja privacidad garantizada en algunos puntos de distribución de preservativos en lugares expuestos y la interrupción de consultas por desconocidos, lo que puede desalentar a las personas de utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva. Las mujeres, las adolescentes y los adolescentes enfrentan barreras adicionales relacionadas con el género y la edad para tener acceso a los condones debido al sesgo de personal de salud sobre las edades adecuadas para iniciarse sexualmente, que también varían según el sexo, y el estigma que enfrentan las adolescentes y mujeres a ser percibidas como sexualmente promiscuas o, peor como trabajadoras sexuales, si se les encuentra llevando condones. Todas estas barreras hacen que sea más difícil buscar condones, recibirlos y tenerlos disponibles cuando se necesiten.

Al corroborar los hallazgos de la ENDESA de 2013, existen varias barreras para el uso del condón profundamente arraigadas en cuestiones de género y el uso del condón sigue siendo poco común en parejas casadas y comprometidas. La posesión y el uso de condones están asociados con la infidelidad y el sexo extramatrimonial, que generalmente se normalizan entre los hombres. Esta asociación está vinculada a los estereotipos de género que consideran a la mujer ideal como fiel a su pareja y dedicada al hogar. Las mujeres que desafían las normas de género y tienen una vida social fuera del hogar, ingresan a los espacios de socialización masculina - "la calle" - se consideran promiscuas y se les llama "mujeres de la calle", "fáciles" y algunas veces "cueros".

El uso del condón por parte de parejas casadas o comprometidas generalmente se consideró inaceptable por parte de los hombres, quienes percibieron que era su derecho tener relaciones sexuales sin condón con sus esposas y por parte de las mujeres también, quienes consideraron la solicitud de usar un condón como una ofensa para la pareja. Las personas consultadas también expresaron que hay temor a represalias violentas o amenazas de separación como reacción de la pareja frente la solicitud de usar el condón. Cuando se les preguntó sobre formas de mejorar el uso del condón como método de prevención del Zika, las personas consultadas estuvieron de acuerdo en el importante papel que podrían desempeñar las proveedoras y los proveedores de salud al invitar a las parejas a recibir consejería prenatal para explicarles de manera exhaustiva por qué deberían usar condones durante el embarazo. Los hombres casados jóvenes también sugirieron que las proveedoras y los proveedores de servicios de salud dediquen tiempo a aconsejar a las mujeres sobre estrategias de negociación segura en del uso del condón, para reducir los riesgos de reacciones violentas.

El presente análisis de género destacó que las adolescentes tienen acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel de los establecimientos de salud, aunque son particularmente vulnerables a los embarazos no planificados, la violencia sexual y de género, el Zika y sus consecuencias. Dadas las altas tasas de embarazos no planificados y uniones en la adolescencia, las adolescentes deben contar con información precisa sobre el Zika y una educación sexual integral, de modo que tengan las habilidades y los conocimientos necesarios para controlar su salud sexual y reproductiva. Las adolescentes enfrentan barreras únicas para el acceso a la anticoncepción, específicamente los condones, sobre todo debido a la conducta sesgada del personal de salud y al estigma sobre la iniciación sexual fuera del matrimonio.

La mayoría de las personas que participaron en los GFD, principalmente las mujeres, consideraron que las mujeres son las responsables de proteger del Zika al bebé durante el embarazo, sin embargo, sin acceso a información correcta y anticonceptivos, no tienen las herramientas para hacerlo. Informantes clave de una maternidad informaron que, debido al estigma, el temor a las reacciones de padres y madres, la falta de información correcta y los prejuicios del personal de salud, las adolescentes pueden retrasar la búsqueda de APN, reduciendo así la posibilidad de prevenir el Zika durante los embarazos. La falta de participación de los hombres y adolescentes en los centros de salud cuando sus parejas están embarazadas se identificó como un punto clave de intervención, ya que tienden a tener el poder de toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, particularmente condones y por lo tanto deben estar bien informados sobre el Zika y cómo prevenir la enfermedad durante el embarazo.

Las mujeres, especialmente las madres, tienden a ser las principales encargadas de cuidar a los niños y a las niñas con SCaZ, corren un mayor riesgo de criar a sus hijos e hijas sin una pareja o reciben un limitado apoyo en el cuidado por parte de los hombres que permanecen con la familia. Identificar otras fuentes de apoyo es crítico para el bienestar suyo y de sus hijos/as. Entre los posibles actores que podrían apoyar en el cuidado y apoyo psicosocial de familias de niños y niñas con SCaZ, se citaron a las abuelas y a los abuelos y personas jóvenes que están buscando empleo.

El Zika no generó la falta de acceso a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos que experimentan las mujeres y las adolescentes, así como muchos adolescentes y hombres en la República Dominicana. Por el contrario, la llegada del virus del Zika dejó al descubierto las consecuencias de la falta de acceso a anticonceptivos, la falta de acceso a una educación sexual integral, la violencia sexual y de género generalizada y una cultura machista profundamente arraigada. Proporcionar a las mujeres y a las adolescentes la educación y los anticonceptivos necesarios para tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva es necesario para reducir la incidencia de infecciones por Zika y los casos de SCaZ y es algo a lo que todas las mujeres y las adolescentes tenían derecho antes de este brote y los continuarán teniendo después del mismo.

VIII. RECOMENDACIONES

Para reducir las tasas de infección por Zika y los casos de niños y niñas nacidas con SCaZ, es esencial abordar las principales barreras que se identificaron a lo largo de este análisis, a nivel de los establecimientos de salud y de la comunidad.

Asegurar el acceso a los anticonceptivos, la calidad de la atención, la privacidad y la confidencialidad

- Garantizar la disponibilidad y el acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos modernos, voluntarios y fáciles de usar, incluida la anticoncepción de emergencia, para las mujeres, las adolescentes, los hombres y los adolescentes.
- Garantizar la privacidad y la confidencialidad cuando y dondequiera que se distribuyan los anticonceptivos o se brinden consultas de salud sexual y reproductiva, incluida la confidencialidad de los expedientes médicos y de las interacciones entre proveedores/as y pacientes.
- Sensibilizar al personal de salud que trabaja en salud sexual y reproductiva sobre las leyes, normas y protocolos dominicanos que garantizan el derecho de acceso a la consejería de preconcepción y métodos modernos de anticoncepción, incluso a adolescentes.
- Sensibilizar a las proveedoras y a los proveedores de salud que trabajan en salud sexual y reproductiva sobre cómo brindar servicios basados en los derechos humanos, confidenciales, sin estigma y sensibles al género.

Fortalecer la educación sobre el Zika en los centros de salud y en las comunidades

- Fortalecer la educación sobre el Zika en los establecimientos de salud y orientar la educación comunitaria a poblaciones en riesgo que generalmente no asisten a los servicios de planificación familiar ni a la consejería de APN, incluidos los adolescentes y hombres.
- Sensibilizar y capacitar a todo el personal de salud, no solo aquel involucrado en salud sexual y reproductiva, sobre el Zika para mejorar la educación del paciente. Enfatizar la información precisa relacionada con la transmisión sexual del Zika, los métodos de prevención y el conocimiento general de la salud sexual y reproductiva, incluida toda la gama de métodos anticonceptivos
- Brindar educación a hombres y adolescentes alcanzándolos donde se encuentran, incluso en sus trabajos y en otros espacios de socialización, explicando los riesgos del Zika, cómo este podría afectar su salud y la salud de sus parejas e hijos/as y como prevenirlo.

- Apoyar a las Unidades de Atención Primaria para que continúen, amplíen y fortalezcan las actividades educativas en los establecimientos de salud y en la comunidad, incluida la provisión de anticonceptivos fuera de los centros de salud.
- Llevar a cabo actividades educativas innovadoras adaptadas a los diferentes grupos vulnerables y realizarlas en los lugares donde se reúnen las personas que integran dichos grupos. Posibles ubicaciones incluyen: escuelas, lugares de trabajo, centros comunitarios, instalaciones deportivas, plazas, espacios de reunión religiosa, etc.

Brindar acceso a los anticonceptivos y consejería equitativa y completa

- Educar a todas las mujeres y los hombres, las adolescentes y los adolescentes, que reciben consejería anticonceptiva sobre cómo se contrae el Zika, los riesgos durante el embarazo y discutir posibles opciones, incluido el uso de anticonceptivos para evitar embarazarse o embarazar y el uso de condones durante el embarazo para prevenir la transmisión del Zika.
- Garantizar que los hombres y las mujeres tengan acceso a la gama completa de anticonceptivos modernos a corto y largo plazo, incluidos los condones femeninos y masculinos.
- Aconsejar a las mujeres y las adolescentes sobre la negociación del condón y la comunicación asertiva o vincularlas con servicios que puedan proporcionar capacitación especializada. Brindar consejería a los hombres y los adolescentes sobre la negociación del uso del condón y procesos decisionales relacionados con la sexualidad equitativos y basados en el consentimiento.
- Si la pareja de una adolescente o mujer se niega a usar condones o si ella desea apoyo para hablar del tema con él, ofrecerle apoyo en esta conversación, tanto a nivel de establecimiento de salud como de comunidad.
- En cada visita evaluar si las adolescentes y mujeres han subido VBG, especialmente si la adolescente o la mujer tiene síntomas de una ITS, brindar consejería de apoyo, pruebas y tratamiento de ITS, acceso a una variedad de métodos anticonceptivos y, de ser necesario, a anticoncepción de emergencia, y remitir a los servicios apropiados (apoyo emocional, servicios sociales y legales).

Asegurar una APN integral que incluya educación sobre el Zika

- Enfatizar la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión sexual del Zika durante el embarazo. Hacer hincapié en que usar un condón para prevenir el Zika es una forma de cuidar a la familia y que cualquier persona puede transmitir el virus sexualmente si le ha picado un mosquito infectado.
- Cuando posible, asegurar la presencia de promotores y/o proveedores de ambos sexos disponibles para actividades informativas, educativas y consejería.
- Vincular a las familias en las que se ha diagnosticado a un bebé por nacer con SCaZ con servicios de apoyo psicoemocional y apoyarles en conseguir las citas con proveedores de atención médica que puedan brindarles información sobre el espectro de discapacidades que su hijo o hija pueda tener.
- Promover la participación masculina en la APN: pedir a las mujeres embarazadas que traigan a su pareja a la próxima visita, realizar actividades de sensibilización sobre la importancia de la participación masculina en los establecimientos de salud durante las visitas médicas de los hombres y a nivel de la comunidad en entornos de socialización masculina.
- Asegurar que el área de espera sea acogedora tanto para mujeres y las adolescentes como para hombres y los adolescentes, garantizar la existencia de baños y material de lectura para ambos sexos.

Brindar apoyo integral para las familias de infantes diagnosticados con SCaZ

- Vincular a todas las personas que integran las familias de niños con SCaZ con los servicios de apoyo psicoemocional individual y grupal; esto es particularmente importante para la persona

que se ocupa principalmente del cuidado del niño o de la niña, generalmente la madre u otra mujer de la familia.

- En los establecimientos de salud proporcionar entornos acogedores para las personas con discapacidad y fomentar su inclusión y participación. Asegurar que todas las personas empleadas en los establecimientos de salud y de la comunidad conozcan cómo trabajar con personas con discapacidad y ayudar a reducir el estigma para estas personas y sus familias.
- Vincular a las familias de niños que nacieron con SCaZ con servicios de apoyo y atención a largo plazo, como servicios de rehabilitación, estimulación temprana, asistencia y protección social, apoyo psicosocial, acceso a medicamentos, educación y ayuda para tener acceso a estos servicios si la familia no puede pagarlos.

Al considerar cómo reducir la transmisión del virus del Zika y la incidencia del SCaZ, está claro que debemos ir más allá de las discusiones solamente acerca de los mosquitos y comenzar a hablar acerca de las mujeres y las adolescentes, y hablar con ellas. Las mujeres y las adolescentes están en el centro de lo que era una epidemia y ahora es una enfermedad endémica, cuyas consecuencias se seguirán revelando en los próximos años. Debemos hablar sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes, a quienes el gobierno recomendó demorar el embarazo sin proporcionarles las habilidades, la educación o los anticonceptivos para hacerlo. Debemos hablar sobre cómo podemos construir un sistema de salud más sólido y de mayor calidad que apoye a las familias y en particular, a las mujeres y las adolescentes. Debemos hablar sobre cómo involucrar a los hombres en la prevención de la transmisión del Zika, en la protección y el cuidado de sus hijos y de sus hijas y como desarrollar relaciones más equitativas con las mujeres y sobre cómo examinar y confrontar la cultura machista dominante. El Zika y el SCaZ en particular, han sacado a la luz las consecuencias de la falta de acceso a la educación sexual integral, a la gama completa de anticonceptivos y el limitado poder decisional sobre la propia salud reproductiva.

El informe brinda evidencia del amplio impacto del Zika en la vida de las adolescentes, las mujeres, los adolescentes y los hombres en la República Dominicana y el papel que desempeña el género en su perpetuación. Las medidas para abordar estos desafíos deben implementarse a nivel comunitario, institucional, del establecimiento de salud y cultural a fin de crear un cambio positivo y duradero.

REFERENCIAS

1. Faramand T, Taylor E, Salvador E, Clark N (2018). WI-HER's innovative approach to gender integration in Zika emergency response. <http://sbaic.org/wi-hers-innovative-approach-to-gender-integration-in-zika-emergency-response/>
2. Zika Virus. Transmission Methods. <https://www.cdc.gov/zika/prevention/transmission-methods.html>. Acceso el 20 de abril de 2018.
3. Davies SE, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *Int Aff.* 2016;92(5):1041–60.
4. Kates J, Michaud J, Valentine A (2016). Zika Virus: The Challenge for Women [Internet]. The Henry J. Kaiser Family Foundation. [cited 2018 Jan 27]. Available from: <https://www.kff.org/global-health-policy/perspective/zika-virus-the-challenge-for-women/>
5. Doctors of the World and Oxfam (2017). Dominican Republic gender analysis. A study of the impact of the Zika virus on women, girls, boys and men Joint agency consolidated gender analysis.
6. Dominican National Office of Statistics - Oficina Nacional De Estadística - ONE (2012). IX Censo de Población y Vivienda 2010. Santo Domingo.
7. PAHO (2012). Health in the Americas, Dominican Republic.
8. The World Bank (2018). Dominican Republic Overview. <http://www.worldbank.org/en/country/dominicanrepublic/overview>.
9. World Economic Forum (2017). The Global Gender Gap Report 2017. Insight Report.
10. Dominican National Office of Statistics - Oficina Nacional De Estadística - ONE (2017). Sistema de Indicadores de Género – SISGE. Indicadores de Educación . Hoja Informativa 15/11/2016. Santo Domingo.
11. Salvador E (2016). Mapeo y Análisis de Género de los Programas de Protección Social y del Sistema de Seguridad Social de la República Dominicana: Informe Final y Lineamientos para la Construcción de Propuestas. GCPS, PNUD RE, PNUD Centro Regional, ONU Mujeres, OIT. http://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/library/womens_empowerment/mapeo-y-analisis-de-genero-de-los-programas-de-proteccion-social.html; <http://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/mapeo-y-analisis>; http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_489015.pdf
12. Peña F, Pimentel R, Khosla S, Mehta S, Brito M (2016). Zika Virus Epidemic in the Dominican Republic. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(Suppl 1), S301. <http://doi.org/10.1093/ofid/ofx163.694>
13. Basile G (undated). Estudio de Caso: Aproximaciones epidemiológicas al Dengue y Zika Virus desde la perspectiva de género en República Dominicana. [Estudio OXFAM -Médicos del Mundo]. Santo Domingo: Oxfam.
14. Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud (2017). Propuesta de ruta crítica para la elaboración de una guía de atención integral para el cuidado & apoyo a familias con bebés afectados por el virus del zika y sus efectos. Santo Domingo, República Dominicana. Versión borrador marzo 2017.
15. OPS/OMS (2017). Zika cases and congenital syndrome associated with Zika virus reported by countries and territories in the Americas, 2015 – 2017 - Cumulative cases. Data as of 24 August 2017. Washington: PAHO/WHO.

16. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2018). Congenital Zika Syndrome & Other Birth Defects. <https://www.cdc.gov/pregnancy/zika/testing-follow-up/zika-syndrome-birth-defects.html>
17. Diniz D (2016). Zika virus and women. (C. S. Pública, Ed.) Thematic Section: Zika and pregnancy 32(5):e00046316.
18. Salvador E (2018). Diagnóstico de actores que integran o podrían integrar grupos de apoyo de familias con niños o niñas con Síndrome Congénito asociados al Zikavirus en la República Dominicana. Profamilia. Santo Domingo. (no publicado todavía).
19. OMS (2016). Psychosocial support for pregnant women and for families with microcephaly and other neurological complications in the context of Zika virus Interim guidance for health care providers. <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/psychosocial-support/en/>.
20. USAID and Breakthrough Action (2018). Guía de contenidos técnicos de los comportamientos con mayor potencial para la prevención del Zika.
21. Bardosh K (2017). Risk Communication and Community Engagement in the Zika Response. A Meta-Analysis of Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Research Across 6 Latin American and Caribbean Countries. UNICEF and USAID.
22. Acento (2016). Ministra dominicana de Salud pide posponer embarazos este año por riesgo zika <https://acento.com.do/2016/actualidad/8317196-ministra-dominicana-de-salud-pide-posponer-embarazos-este-ano-por-riego-zika/>.
23. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2018). Sexual Transmission & Prevention. <https://www.cdc.gov/zika/prevention/sexual-transmission-prevention.html>.
24. Marteleto L, Weitzman A, Coutinho RZ, Alves SV. Women's Reproductive Intentions and Behaviors during the Zika Epidemic in Brazil. *Popul Dev Rev.* 2017;43(2):199-227.
25. Banco Mundial. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19) United Nations Population Division, World Population Prospects. https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?end=2015&locations=DO-US-NE-CR-HT&name_desc=false&start=1960.
26. Center for Social and Demographic Studies (CESDEM), ICF International, Ministry of Public Health and Social Assistance (Dominican Republic) (2014). Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013. Fairfax, United States: ICF International. [Dominican Republic Demographic and Health Survey 2013. ICF International (2014)] <http://ghdx.healthdata.org/record/dominican-republic-demographic-and-health-survey-2013>.
27. Ministerio de la Salud (2017). Ministra de Salud asegura venta de anticonceptivos en farmacias del pueblo impactará en reducción de mortalidad materna. <http://www.sespas.gov.do/Ministra-de-Salud-asegura-venta-de-anticonceptivos-en-farmacias-del-pueblo-impactara-en-reduccion-de-mortalidad-materna>.
28. Congreso Nacional de la República Dominicana (2003). Código para el Sistema de Protección y de los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 136-03). Santo Domingo.
29. Ministerio de Salud Pública (2010). Normas nacionales para la atención integral de adolescentes. Santo Domingo https://www.unicef.org/republicadominicana/Plan_Estrategico_Salud_Integral_Adolescentes_2010-15.pdf.
30. Ministerio de Salud Pública (2017). Protocolo de Atención Para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes.

31. Girls not Brides, reports from UNICEF (2017). <https://www.girlsnotbrides.org/child-marriage/dominican-republic/>.
32. Greene M, Lauro G, Taylor A (2015). Sí, el matrimonio infantil también existe en Latinoamérica. <http://blogs.iadb.org/y-si-hablamos-de-igualdad/2015/07/09/si-el-matrimonio-infantil-tambien-existe-en-america-latina/>
33. ONE (2016). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR- MICS 2014 - Informe Final. Santo Domingo.
34. Unicef República Dominicana (2017). Razones para ponerle fin al matrimonio infantil en República Dominicana. Centro de prensa. https://www.unicef.org/republicadominicana/media_36232.html.
35. Dominican Republic Congress (2007). Código Civil de la República Dominicana. Santo Domingo.
36. Pérez Reyes R. (2017). Diputados eliminan matrimonio entre menores del Código Civil. Listín Diario <https://www.listindiario.com/la-republica/2017/05/31/468124/diputados-eliminam-matrimonio-entre-menores-del-codigo-civil>.
37. Naciones Unidas Asamblea General (2014). Prevención y eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/26/22, 2014.
38. OMS, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013). Global and regional estimates of violence against women.
39. Lundgren RI, Gribble JN, Greene ME (2005). Cultivando el interés de los hombres por la planificación familiar en las zonas rurales de El Salvador. *Studies in Family Planning*, 36(3).
40. Bond J (2017). Zika, Feminism, and the Failures of Health Policy. Volume 73 | Issue 2. Washington and Lee Law Review Online.
41. Ramos Padilla M (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. (P. Instituto Nacional de Salud Lima, Ed.) *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* vol. 23, núm. 3, 201-220.
42. Ministerio de la Salud e Instituto de Investigación y Estudios de Género y Familia (2018). Género y anticonceptivo en República Dominicana: una mirada hacia los hombres. Informe final.
43. Vargas T (2010). La calle y la masculinidad en la sociedad dominicana. El hoy. <http://hoy.com.do/la-calle-y-la-masculinidad-en-la-sociedad-dominicana/>.
44. Listín Diario. El 47.3 % de hombres dominicanos nunca usa preservativos con su pareja estable. Published on July 3rd, 2018. <https://www.listindiario.com/la-republica/2018/07/03/522450/el-47-3--de-hombres-dominicanos-nunca-usa-preservativos-con-su-pareja-estable>.
45. Faramand TH, Ivankovich M, Taylor E (2018). Responding to gender issues to improve outcomes in Zika-related health care. Published by the USAID ASSIST Project. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC.
46. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E (2010). Sexual Violence in Latin America and the Caribbean: A Desk Review. PAHO and SVRI. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341%3A2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&catid=3425%3Aviolence-publications&Itemid=0&lang=en. Accessed March 17, 2018.
47. Gobierno de Nicaragua – Ministerio de Salud, OPS, GTZ. (2005). La participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva. Género y salud hoja informativa no. 2.

48. ONUSIDA (2015). Reportaje UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado.
49. Aspilcueta-Gho D. Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):480-6.
50. IPPF and UNFPA (2017). *Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys*. London: IPPF and New York City: UNFPA.
51. Procuraduría General de la República (2018). Informe preliminar de homicidios de mujeres y feminicidios en la República Dominicana. Enero-diciembre 2017.
52. Center for Health and Gender Equity - Change (2016). Acerca del virus Zika. Hoja Informativa.
53. Mittal M, Senn TE, Carey MP (2013). Fear of Violent Consequences and Condom Use among Women Attending a STD Clinic. *Women & Health* 53(8), 10.1080/03630242.2013.847890. <http://doi.org/10.1080/03630242.2013.847890>.
54. USAID (2014). The Intersection of HIV/AIDS and Gender-Based Violence: A Critical Connection. In Impact Blog. Posted by Carla Koppell on Friday, December 5th 2014 <https://blog.usaid.gov/2014/12/the-intersection-of-hiv-aids-and-gender-based-violence-a-critical-connection/>
55. Pantaleón D. (2015). Expertos afirman que las mujeres víctimas de violencia tienen más riesgos de contraer el VIH. <https://www.listindiario.com/la-republica/2015/12/10/399869/expertos-afirman-que-las-mujeres-victimas-de-violencia-tienen-mas-riesgos-de-contraer-el-vih>.
56. El Nuevo Diario (2017). Aseguran que el 22.4 % de las dominicanas con VIH ha sufrido violencia sexual <https://www.elnuevodiario.com.ni/internacionales/420662-aseguran-que-22-4-dominicanas-vih-ha-sufrido-viole/>
57. Hale F, Vázquez M (2011). Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. Development Connections (DVCN). Washington DC.
58. Padilla Suxe BO (2016). Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
59. Amnesty International (2018). Sexual and Reproductive Health rights. <file:///C:/Users/twilson/Desktop/ASSIST/DR/SexualReproductiveRightsFactSheet.pdf>

ANEXOS

Anexo I Guía de preguntas para grupos focales

EVALUAR CONOCIMIENTO SOBRE EL ZIKA Y SU TRANSMISIÓN

1. ¿Qué saben sobre Zika? (fuentes de información)
2. ¿Cuáles son los principales problemas relacionados con el Zika (sus posibles consecuencias)?
3. ¿Cuáles son las formas en que se transmite?
4. ¿Cuáles son las formas de prevenir el Zika?
5. ¿Cuántos meses creen ustedes que el virus del Zika puede sobrevivir en el semen? (hasta 6 meses)

IDENTIFICAR PROBLEMAS DE GÉNERO QUE AFECTAN EL USO DEL CONDÓN DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN DE ZIKA

6. ¿Cómo creen ustedes que se puede prevenir el Zika transmitido sexualmente?
 - a. Por favor, expliquen
7. ¿En qué ocasión los hombres usan condones?
 - a. ¿Lo usan con esposas?
 - b. ¿Lo usan con otras parejas?
 - c. Por favor, expliquen
8. ¿Cómo reaccionan los hombres / mujeres cuando sus parejas les piden que usen condón?
9. ¿Las parejas usan condones durante el embarazo? ¿Por qué? Por favor, expliquen
10. ¿Por qué los hombres y las mujeres tienen resistencia usando un condón? Por favor, expliquen
11. Si deciden usar un condón, ¿tienen que enfrentar cualquier obstáculo? Por favor, expliquen (mujeres / hombres)
12. ¿Qué actores podrían influir en la decisión de utilizar un método de prevención del embarazo y las ITS?
 - a. ¿A quién escucharían ustedes?
 - b. ¿Las familias extendidas tienen voz o influencia en estas decisiones?
13. ¿Con quiénes se sienten cómodos para hablar sobre estos temas?

Distribuya entre las y los participantes un pedazo de papel blanco con una M escrita en la parte posterior; pídale que escriban de forma anónima cuáles de los principales actores citados anteriormente consideran que es la persona que tendría mayor influencia sobre este tema para los hombres. Distribuya una hoja de papel con una F en la parte posterior, y pídale que escriban cuál creen que es la persona que tendría mayor influencia sobre este tema para las mujeres.

CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS CON SCZ

14. ¿Quién creen ustedes que tenga la responsabilidad de proteger al/la bebé (antes de que nazca) de ser afectado por el Zika?
15. ¿Quién se ocupa de las personas con discapacidad en esta comunidad?
16. En su opinión, ¿con qué ayuda pueden contar las personas que cuidan personas con discapacidad?
17. ¿Qué piensan ustedes acerca de que los hombres participen en actividades de cuidado?
18. ¿Qué papel pueden desempeñar los abuelos y / o las abuelas para apoyar a las familias afectadas por CZS?
19. ¿Quién creen ustedes que puede alentar a los hombres a cuidar a los/as niños/as afectados/as por el Zika?
20. En base a lo que ustedes saben ¿Los padres de bebés con microcefalia debido al Zika están apoyando a la familia? ¿Por qué?
21. ¿Tener un/a hijo/a con CZS afecta el estado del hombre en la comunidad? Expliquen
22. ¿Creen ustedes que tener un/a hijo/a con microcefalia puede conducir a alguna forma de violencia doméstica basada en el género? (por favor, expliquen)
23. ¿Los padres de los niños y de las niñas con microcefalia cuidan de sus hijos e hijas y su familia? ¿Cree que el abandono es una forma de violencia? 24. ¿Tienen preguntas?

Anexo II Guía de entrevista breve a proveedores y proveedoras de servicios

Lugar:

Fecha:

Nombre y apellido de la persona entrevistada:

Institución:

Cargo:

Preguntas:

1. Dentro de los pacientes que asiste y a los cuales entrega preservativos, ¿podría estimar qué porcentaje son hombres y qué mujeres?
2. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta al recomendar el uso del condón a las mujeres?
 - a. ¿Cómo reaccionan?
3. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta al recomendar el uso del condón a los hombres?
 - a. ¿Cómo reaccionan?
4. ¿Cuáles son los principales desafíos que enfrentan las mujeres para usar el condón con sus parejas?
5. Según su experiencia, ¿los pacientes que reciben condones los usan?
6. En su opinión, ¿qué se puede hacer para aumentar el uso de condones para prevenir transmisión de ITS y Zika?
7. En consideración de los altos niveles de embarazos durante la adolescencia, ¿qué cree Usted que se debería hacer para que las y los adolescentes cuenten con la información adecuada y tomen decisiones responsables?

Anexo III: Fechas de los GFD

Santiago - Comunidad de Cienfuegos - 1 y 2 de marzo

1. 1 de marzo de 9 a.m. a 11 a.m.: GFD de abuelos/as
2. 1 de marzo de 2 p.m. a 4 p.m.: GFD de hombres
3. 2 de marzo de 9 a.m. a 11 a.m.: GFD de mujeres

Barahona - Procedentes de diferentes comunidades de Barahona e Independencia los días 7 y 8 de marzo y 18 de abril

1. 7 de marzo de 2 p.m. a 4 p.m.: GFD de abuelos/as
2. 7 de marzo de 10 a.m. a 12 p.m.: GFD de mujeres
3. 18 de abril de 10 a.m. a 12 p.m.: GFD de hombres

Santo Domingo - Comunidad de Villa Duarte - 9 y 10 de abril

1. 9 de abril de 10 a.m. a 12 p.m.: GFD de hombres
2. 9 de abril de 10 a.m. a 12 p.m.: GFD de abuelos/as
3. 10 de abril de 2 p.m. a 4 p.m.: GFD de mujeres

**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