

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE POSGRADOS  
MAESTRÍA EN METODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**



**"PRÁCTICAS SOCIALES CON ENFOQUE DE GÉNERO DE LAS  
PROFESIONALES EN SALUD MATERNO INFANTIL CUANDO  
ATIENDEN A SUS USUARIAS"**

**PRESENTADO POR:**

**MAURA SUSANA GUEVARA GÁLVEZ    GG940164  
ROCÍO ELENA LINARES CALVO        LC99013**

**TESIS DE POSGRADO PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAESTRAS EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

**ASESORA:  
MAESTRA TATHIANA FIGUEROA DE GARCÍA**

**2 DE MARZO, 2018**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS  
RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO  
VICERRECTOR ACADÉMICO

LIC. CRISTÓBAL HERNÁNDEZ RÍOS BENÍTEZ  
SECRETARIO GENERAL

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

MAESTRO JOSÉ VICENTE CUCHILLA MELARA  
DECANO

MAESTRO EDGAR NICOLÁS AYALA  
VICEDECANO

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE POSGRADOS**

MAESTRA XENIA MARÍA PÉREZ OLIVA  
DIRECTORA

MAESTRO JAIME ERNESTO ESCALANTE FUENTES  
COORDINADOR DE MAESTRÍA EN METODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACION  
SOCIAL

MAESTRA TATHIANA FIGUEROA DE GARCÍA  
ASESORA DE TESIS

## AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso que a pesar de la adversidad nos ha concedido presentar las líneas minuciosamente leídas y observadas por nuestra asesora quien también nos ha impulsado y motivado a culminar el estudio. Tomando en cuenta los sacrificios de nuestras familias y quienes principalmente gozarán de los frutos que recojamos de esta siembra.

*Rocío Elena Linares Calvo*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios todopoderoso por permitirme concluir con mis estudios y obtener un triunfo más en mi vida cotidiana y de formación académica.

También agradezco en una forma especial a la licenciada Rocío Linares por motivarme a estudiar esta maestría y por haberme apoyado en todo momento hasta finalizar. Lo logramos a pesar de las adversidades que se me han presentado en mi vida, momentos difíciles, pero tomada de la mano de Dios lo logramos y sin dejar de agradecer también a algunas de mis colegas y no menos importante, a mi jefa licenciada Socorro Mancía, quienes estuvieron motivándome en todo momento a seguir, a pesar de las adversidades que se me presentaron, a mi familia quienes brindaron apoyo moral y económico para mi formación.

A mi madre y padre quienes no estarán presentes físicamente pero yo estoy segura desde el cielo estarán ambos orgullosos de su hija.

Agradezco de manera muy especial a nuestra asesora y docente que fue parte de nuestra formación académica quien con mucho empeño y dedicación nos formó como maestras en técnicas de investigación profesionales con calidad y calidez para desempeñar este arduo trabajo investigativo lleno de muchas satisfacciones a lo largo de su desarrollo.

*Maura Susana Guevara Gálvez*

## ÍNDICE

Contenido	Pág.
<b>RESUMEN.....</b>	9
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	10
<b>I. EL CAMPO Y EL CONTEXTO.....</b>	13
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	15
1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	17
1.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.4 CONJUNTO DEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE SALUD MATERNO INFANTIL EN ESTUDIO.....	27
1.5 AMBIENTE SOCIAL.....	28
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
1.6.1 Objetivo general	
1.6.2 Objetivos específicos	
1.7 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
1.8 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA COMPRESIÓN DEL USO DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR PROFESIONALES DE SALUD MATERNO INFANTIL Y JUSTIFICACIÓN.....	32
<b>II. PERSPECTIVA TEÓRICA Y REALIDAD.....</b>	35
2. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL, CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	35
2.1 BASES TEÓRICAS QUE FUNDAMENTAN EL OBJETO DE ESTUDIO.....	37
2.1.2 Condiciones generales de la práctica y la carrera salud materno infantil.....	46
2.2 PUNTOS ESENCIALES DE REFLEXIÓN.....	47
2.3 GÉNERO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO.....	50
2.4 LOS COMPORTAMIENTOS INTENCIONALES DAN VIDA A LAS ACCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN .....	53

<b>III. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>55</b>
3.1 FUNDAMENTACIÓN DE CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	55
3.2 REFLEXIÓN METODOLÓGICA.....	56
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	58
3.4 POBLACIÓN Y LUGAR.....	60
3.5 TIPO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	61
3.6 MÉTODOS, TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	61
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.8 DIFICULTADES DE ABORDAJE TEÓRICO Y METODOLÓGICO, LIMITACIONES EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	63
<b>IV. RESULTADOS, CAPTACIÓN DIRECTA DEL MUNDO SOCIAL.....</b>	<b>64</b>
4.1 NIVEL DE LOS HECHOS EMPÍRICOS.....	64
4.1.1 Atención brindada y casos observados.....	65
4.1.2 Definición de género según las profesionales materno infantil.....	67
4.2 NIVEL DE ACONTECIMIENTOS.....	67
4.2.1 Organización de la atención en el servicio de salud cuidando el enfoque de género.....	68
4.2.2 Verificación del tiempo de atención.....	70
4.2.3 Elementos dentro del espacio de atención que requieren del cuidado del uso de enfoque de género.....	71
4.2.4 Esfuerzo por corregir las creencias y las etnoprácticas con estereotipo de género.....	76
4.2.5 Profesionales materno infantiles como ente crítico o crítica de las demandas ciudadanas de su localidad.....	79
4.2.6 Diseño de programas no sexistas por materno infantiles.....	80
4.2.7 Aporte para suprimir la discriminación que afecta a la población femenina, desde el desarrollo de políticas de igualdad de trato y organización interna para tratar de mejorar aspectos relacionados con enfoque de género.....	81
4.2.8 Uso de vocabulario no sexista e incluyente.....	83
4.2.9 Eliminación de representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género.....	85

4.3 NIVEL DE LO VERDADERO.....	86
4.3.1 Modelado del perfil materno infantil en la profesional que atiende a su usuaria.....	87
4.3.2 Establecimiento de un vínculo de confianza.....	88
4.3.3 Cómo el vínculo de confianza establecido ha logrado adaptar, retroalimentar o modificar la conducta hacia una conducta enfocada a las diferencias de género.....	90
4.3.4 Las intervenciones periódicas logran la percepción, motivación o aprendizaje del enfoque de género en la vida de la usuaria.....	92
<b>V. REFLEXIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN BASE AL ESTUDIO.....</b>	<b>94</b>
5.1 REFLEXIONES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION Y CONCLUSIONES.....	94
5.2 CONCLUSIONES FINALES.....	101
5.3 RECOMENDACIONES.....	104
5.3.1 Durante la formación de cada profesional en la práctica clínica.....	104
5.3.2 La atención profesional demanda la autoformación continua de las profesionales de salud materno infantil.....	105
5.3.3 La importancia de supervisión y monitoreo en la cotidianidad.....	106
5.3.4 El enfoque de género como un eje transversal en la formación profesional.....	106
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>111</b>
Anexo no.1 Glosario.....	112
Anexo no.2 Ubicación geográfica de los hogares de espera materna visitados para el estudio y unidad comunitaria de salud familiar San Marcos.....	114
Anexo no.3 Ubicación geográfica de todos los Hogares de Espera Materna en El Salvador, parte de la reforma de salud suscitada el año 2009.....	115
Anexo no.4 Captura digital del plan de estudio de módulos de la licenciatura en Salud Materno Infantil.....	116

Anexo no.5 Descripción, objetivos y lineamientos dentro del área de trabajo comunitario del módulo "género, mujer y salud" de la carrera Salud Materno Infantil que denotan parte del programa de formación con enfoque de género (se resaltan datos clave.....	117
Anexo no.6 Sitio geográfico específico del hogar de espera materna en Los Planes de Renderos donde se recolectaron datos para este informe.....	119
Anexo no.7 Sitio geográfico específico del hogar de espera materna en Suchitoto donde se recolectó datos para este informe.....	120
Anexo no.8 Sitio geográfico específico unidad comunitaria de salud familiar San Marcos donde se recolectaron datos para este informe.....	121
Anexo no.9 Sitio geográfico específico del hogar de espera materna de Perquín donde se recolectaron datos para este informe.....	122
Anexo no.10 Matriz que refleja la relación entre la pregunta de investigación, los objetivos y las hipótesis de trabajo.....	123
Anexo no.11 Matriz para facilitar el proceso reflexivo a partir de las hipótesis.....	124
Anexo no.12 Instrumento de recolección de datos de la entrevista.....	125
Anexo no.13 Guía de observación no participante utilizada en la recolección de datos..	126



## RESUMEN

La presente tesis es una investigación que ha permitido identificar las prácticas cotidianas con enfoque de género utilizadas por profesionales Licenciadas en Salud Materno Infantil cuando brindan atención a las usuarias de servicios de salud a través de programas de atención dirigidos a mujeres, infantes y adolescentes; se describen las relaciones sociales en que se desarrolla su atención y que han podido facilitar o que han limitado el uso del enfoque de género. Así, haciendo uso de la metodología cualitativa, se ha viajado hasta los lugares donde laboran cinco profesionales, cuatro mujeres y un hombre, en Perquín, Morazán al oriente del país; Suchitoto en Cuscatlán; Los Planes de Renderos y San Marcos, ambos al Sur de San Salvador. Se han aplicado técnicas como la observación no participante y la entrevista basada en un guión con el fin de determinar cuáles son esas prácticas sociales con enfoque de género, mismas que han debido aprenderlas desde su formación.

El enfoque de género, adquiere importancia para ir rompiendo brechas de desigualdad aún desde la prestación de servicios de salud permitiendo que tanto hombres como mujeres sean más conscientes de la importancia que tiene para la sociedad salvadoreña el conocer, aplicar, mejorar e incluso erradicar los abusos por desigualdades genéricas. Dicho enfoque ya se ha incluido en la formación de la Licenciatura en Salud Materno Infantil por las renovaciones curriculares, pero dado a la dinámica y posible cambios de las estructuras sociales, se vuelve relevante dar una mirada al uso del mismo, por las profesionales en el ejercicio, y con ello respaldar recomendaciones a la actual innovación curricular, tomando en cuenta el nuevo movimiento filosófico denominado realismo crítico el cual ofrece una visión viva y dinámica de la sociedad.

Los hallazgos de este importante estudio se abordan en detalle en el capítulo IV desde las transcripciones compiladas y analizadas. El capítulo V contiene las conclusiones pretendiendo que este insumo escrito manifieste el fenómeno y sirva de aporte en la innovación curricular.

## INTRODUCCIÓN

Gracias al cumplimiento secuencial de las fases de la investigación de tipo cualitativa y al cumplimiento de las tareas que requiere sumergirse y reconocer la realidad, este documento presenta lo encontrado sobre las prácticas sociales con enfoque de género, que hacen las profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil cuando atienden a las usuarias de los servicios de atención primaria en salud en programas de atención dirigidos a mujeres, niños/as y adolescentes. Su objetivo principal es dejar evidencia escrita de los resultados obtenidos para que pueda ser consultado; esperando pueda dar pie a otras investigaciones que aporten a la construcción del conocimiento y finalmente, que sea un aporte en la innovación curricular actual por la que atraviesa la carrera, al develar las relaciones y prácticas sociales que limitan o facilitan la implementación del enfoque de género en la atención profesional, utilizando esa visión estratificada de lo social gracias al realismo crítico, un aporte enriquecedor para una profesión del área de salud.

Los acontecimientos observados y la información recopilada a través de la entrevista basada en un guión que se hizo a cinco actores clave, cuatro mujeres y un hombre, todos profesionales de la carrera, fueron sistematizados utilizando una matriz que permitió descubrir y puntualizar por medio del ejercicio concatenado de la categorización, análisis e interpretación (de acuerdo a los objetivos planteados para este estudio) que existen prácticas sociales con enfoque de género por las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias; además, las profesionales usan herramientas en su práctica cotidiana, que denotan habilidades ganadas durante su formación como la educación individual, grupal, el uso de técnicas educativas principalmente la consejería que, igualmente les permite se establezcan relaciones sociales que pueden facilitar o limitar la atención con enfoque de género.

Y al comprender esa realidad en vez de orientarse a buscar causas, controlar y explicar, se han reflexionado y comprendido las interacciones complejas, lo que ha generado una comprensión experiencial dando importancia a la convivencia

profesional materno infantil con las usuarias, sus parejas y sus familiares (se observó que se les involucra a estos últimos), habiendo realizado una lectura de la realidad desde lo complejo de la interacción humana entre estos cinco informantes clave, sin mantenerse ajenas a la historia que ha construido sus valores, su formación académica, religiosa y familiar que les ha permitido contextualizarse en la necesidad de promover y ejecutar una atención incluyente del enfoque de género, y aportar a suprimir acciones que dejan en desventaja históricamente sobre todo a la mujer en la sociedad donde se desenvuelve, haciendo uso especialmente de una acción que ha sido la base para generar esos espacios de atención con enfoque de género, esa acción se denomina: COMUNICACIÓN, la cual ha hecho posible vislumbrar la presencia de tres características de la interacción social que se generó en todos los casos observados: la indexicalidad (el aquí y ahora, es decir siempre hay involucrados con relación a algo), la reflectividad (hay expectativas mutuas que pueden ser reforzadas o debilitadas sobre sí mismo) y la apertura (se refiere a que siempre existe la posibilidad de otra plasmación adicional, donde se concrete el patrón de interacción social), estando inmersas en la dimensión de lo real y denotando los tres niveles considerados en la totalidad de la realidad que muestra el realismo crítico (hechos empíricos, acontecimientos, lo verdadero).

Así pues, desde un mecanismo de tipo biológico y fisiológico, se observó que el objeto de estudio emerge hacia un mecanismo social y psicológico, donde la visita asistencial en la salud de la mujer gracias al recurso profesional materno infantil, trasciende al uso del enfoque de género por el contexto de la realidad de la mujer, su pareja y su familia; al ser informada y educada para aportar a eliminar las desventajas que socialmente se le atribuyen por sus roles genéricos.

El fin principal de este documento es dejar un insumo de lectura y consulta para que se conozca la importante labor de las personas profesionales de la carrera Salud Materno Infantil, que contribuya a la innovación curricular denotando el aporte a la salud de las mujeres, jóvenes hombres y mujeres e infantes que reciben una atención con elementos como el uso del enfoque de género, a partir de una

visita relacionada con lo biológico y fisiológico, pero que no se puede separar de lo social así, la información se presenta en cinco capítulos.

Cada capítulo ha sido nombrado con un título que engloba los contenidos de los mismos. Capítulo I: "El campo y el contexto", incluye datos sobre la contextualización del objeto de estudio, antecedentes históricos, ubicación geográfica del estudio, descripción del conjunto demográfico, objetivos e hipótesis. Por supuesto sirviendo las hipótesis solamente como una guía para el estudio, ya que en ningún momento se han debido comprobar, gracias a la metodología inductiva que ofrece el método cualitativo.

Capítulo II: "Perspectiva teórica y realidad", contiene información del marco teórico y referencial de la construcción del objeto de estudio, así como las bases teóricas que fundamentan este estudio. Capítulo III: "Diseño Metodológico", como su nombre lo dice, describe la metodología utilizada, al igual que la descripción de las técnicas e instrumentos de recolección de datos que han seguido un diseño que permitió sumergirse en la realidad de cada informante clave, desde la cotidianidad a través de la observación no participante y obtener más información con las entrevistas realizadas.

Capítulo IV: "Resultados, captación directa del mundo social", es un capítulo rico en contenido transcrito de la información obtenida desde las informantes clave, de suma importancia para reflexionar, profundizar, descubrir e interpretar esa realidad estratificada. Capítulo V: denominado "Reflexiones finales" porque contiene las conclusiones y recomendaciones que representan el aporte del estudio. Algunos términos se muestran en un glosario para reforzar sus significados. (Ver Anexo No.1).

De lo anterior, queda plasmado que la unidad esencial para conocer la realidad social de la misma manera que se conoce la naturaleza, en una atención de profesionales de Salud Materno Infantil, está constituido por una historia clínica que permite llegar a un diagnóstico reflexionado con un enfoque de género producto de una práctica social y habilidades para relacionarse con las usuarias.

## I. EL CAMPO Y EL CONTEXTO.

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Este primer capítulo, incluye datos sobre la contextualización del objeto de estudio, antecedentes históricos, ubicación geográfica del fenómeno, descripción del conjunto demográfico, objetivos de la investigación, y muy importante, contiene la hipótesis que ha servido solamente como guía, dado a que el objeto de estudio construido no requiere de su comprobación.

Se trabajó en la definición del problema establecido por la pregunta orientadora de investigación: **¿Cuáles son las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias?** Ya que se pretende que cada profesional materno infantil brinde atención a la mujer con la finalidad de ser entes que aporten a la prevención de las desigualdades de género, esto lo pueden lograr a través de actividades como la información individual, grupal y técnicas de consejería que son parte de las actividades que se realizan en la cotidianidad de las atenciones en respuesta a su perfil de formación, y con ello pueden aportar a disminuir que se perpetúen aquellas situaciones que ponen a las mujeres en desventaja ante los hombres.

Todas aquellas acciones de la práctica diaria de la persona profesional Licenciada o Licenciado de Salud Materno Infantil que conllevan a la atención asistencial de mujeres en programas preventivos del sistema de salud salvadoreño como: toma de citología cérvico uterino, atención en planificación familiar, atención pre concepcional, prenatal, del puerperio, control de crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas; son las acciones que les ponen en contacto con la población en quienes pueden incidir, informar y educar con enfoque de género y desde su ámbito laboral, pueden aportar a disminuir que se perpetúen aquellas situaciones que ponen a las mujeres en desventaja ante los hombres, especialmente resultaría en aquellas usuarias activas dentro de los programas de salud a los cuales se les debe dar seguimiento y ellas deban acudir periódicamente, en donde la repetición

de la información con enfoque de género, (entre otras acciones con el mismo enfoque), al ser atendidas según sus necesidades, puede llevarlas a tomar acción ante situaciones de desigualdad que se les presente, como por ejemplo, en las usuarias activas de uso de métodos anticonceptivos, quienes deben acudir cada cuatro o cada doce semanas por su abastecimiento del anticonceptivo o embarazadas que acuden cada cuatro o seis semanas a su control prenatal, madres y padres de infantes que consultan por el control de niño o niña sana quienes reciben atención cada dos meses el primer año de vida de sus hijas e hijos o cada tres meses el segundo año y aquellas embarazadas que deban quedarse varios días en los Hogares de Espera Materna porque viven en áreas de difícil acceso para un parto hospitalario, por lo cual necesitan se les monitoree la evolución de su embarazo durante las últimas semanas previas a su fecha probable de parto.

Cada profesional y cada usuaria tiene sus propios valores, cultura, religión, educación, creencias, patrones de crianza; ambos agentes forman una estructura social en donde, la relación social que surja del proceso de comunicación en la consulta, podría verse influenciado por todas estas características a través de la acción desarrollada por cada una de las partes, considerando la aplicación de reglas establecidas, pudiendo ser en el caso de la profesional materno infantil, la aplicación de las actividades de su perfil con un enfoque de género utilizando herramientas y habilidades ganadas en su formación, lo cual es lo esperado, pero dichas acciones podrían verse limitadas por el contexto generado a partir de la relación social entre las profesionales y las usuarias.

Según la teoría del estructuralismo de Giddens las posiciones, reglas y prácticas ejercidas a través de roles están ya definidos por la estructura social; en este caso sería lo esperado por el ente empleador de profesionales materno infantil de acuerdo al perfil profesional para atender a las mujeres desde los programas de atención primaria en salud.

Al precisar el objeto de estudio de la investigación y de acuerdo a lo anteriormente presentado, éste es: "Las prácticas sociales con enfoque de género desarrolladas

por las profesionales materno infantil con sus usuarias en su cotidianidad", se creyó necesario, formularse las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las prácticas cotidianas con enfoque de género que denotan las habilidades ganadas por las profesionales de Salud Materno Infantil en su formación? Y ¿Cuáles son las relaciones sociales que facilitan o limitan la atención con enfoque de género a sus usuarias?

### **1.1. CONTEXTUALIZACIÓN.**

Este apartado permitirá establecer los límites al recorte de la realidad estudiado sobre las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales de Salud Materno Infantil cuando atienden a sus usuarias en los servicios de salud. Se presenta con el fin de generar conocimientos al explicar los antecedentes históricos de la carrera y sus transformaciones curriculares que han dado origen a la introducción del enfoque de género en la formación de profesionales, trayectorias y aspectos socioculturales propias de dicho fenómeno; información que se obtuvo como partida a través de entrevistas a informantes clave previo la selección de la población y a las entrevistas y observación no participante aplicadas dentro de la cotidianidad en el ejercicio de la atención asistencial que brindaron las informantes clave a usuarias embarazadas, en su control prenatal o atención preventiva del cáncer de útero, como una atención de los programas del Ministerio de Salud de El Salvador. Esto se volvió pertinente para comprender el fenómeno que se estudió, conociendo también el panorama que se vislumbró al sumergirse en la situación actual del problema por los relatos de las fuentes informantes.

Se hizo el traslado hasta la ubicación geográfica del fenómeno con el fin de comprender, identificar y describir las prácticas sociales con enfoque de género aplicadas en la atención por profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil, descubriendo de manera directa sobre su demografía y ambiente social-laboral. Aspectos que fueron de relevancia para la comprensión del fenómeno y que quedaron plasmados en este apartado.

Para este estudio se seleccionaron a 5 profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil que estuvieron en la disponibilidad de participar como informantes clave, cuatro son mujeres laborando en Hogares de Espera Materna o HEM (locales donde se desarrollan programas de atención como parte de una estrategia del Fondo Solidario de Salud (FOSALUD). Estos HEM están ubicados, uno en el Cantón Planes de Renderos en la zona sur de San Salvador, otro HEM en Perquín, Municipio de Morazán, el HEM de Suchitoto, Municipio del Departamento de Cuscatlán, mientras que un hombre estudiante cursando actualmente el módulo llamado “Género, Mujer y Salud” que brinda atención en salud en su práctica clínica fue observado y entrevistado en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos (UCSF San Marcos), ubicada en el municipio con el mismo nombre, al sur del Departamento de San Salvador. (Ver Anexo No. 2).

Para las cinco personas informantes clave, se tuvo el cuidado que estuvieran laborando en cualquiera de las áreas de su formación como: atención directa en salud a la mujer, administración, docencia, investigación y proyección social, incluidas en la última, la atención clínica que se brinda de manera directa a la población en colectivo o individual dentro de una comunidad, es decir trabajo de campo, y el área educativa individual o colectiva que requiere de brindar información en forma de consejerías o como educación para la salud, actividades que han representado su quehacer en la cotidianidad de sus labores. Los cinco recursos profesionales fueron observados en programas de atención a la salud de la mujer.

De acuerdo al enfoque investigación acción que propone el autor Aldo Merlino (Merlino, 2009, p. 61), se incluyó la revisión de documentos escritos utilizados en su labor cotidiana, como expedientes clínicos, papelería del programa de atención y listados de temas del componente educativo, esto permitió realizar análisis de documentos y verificar en esta forma de atención, el uso del enfoque de género plasmado en insumos escritos o impresos de su trabajo y que son parte del ejercicio profesional.



## 1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En el año 1972, surgió la idea de la diversificación de la enseñanza en la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, de aquí resultó la Escuela de Tecnología Médica, de donde se produjo las carreras llamadas "Tecnología en Higiene Materna" y "Tecnología en Higiene Infantil", entre otras. Estas dos carreras se fusionaron en una sola por los cambios curriculares posteriores y ahora se encuentran conformada por una sola carrera de cinco años llamada "Licenciatura en Salud Materno Infantil".

De acuerdo a la historia compilada por su fundador, el Doctor Ruiz Izaguirre en el audio "Cambio de Guardia", desde la conformación de la escuela ha sido una lucha por que el Ministerio de Salud de El Salvador brinde valor pertinente al aporte social al que responde la carrera Salud Materno Infantil por los indicadores de morbi-mortalidad materno infantil de país, *"pero se ha vuelto difícil desde su inicio"*, de acuerdo a los relatos del fundador, de docentes de la carrera y del mismo grupo de profesionales, *"la creación de plazas que sean suficientes para la inserción laboral de los y las profesionales"* (Izaguirre R. , 1992).

Actualmente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reportó en un curso donde reunió a 40 delegados de Ministerios de Salud de América Latina, entre ellos El Salvador, que en el año 2009 el Ministerio de Salud salvadoreño finalmente inició una importante reforma de salud (UNICEF, 2015). Antes de la reforma se habían identificado grandes inequidades en los servicios de salud, tal era que la tasa de mortalidad materna era de 65,4 por cada 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años era del 10,2 por cada 1.000 nacidos vivos. Esta reforma incluyó la priorización de las municipalidades remotas, fortaleciendo la Atención Materno Infantil a través de varios ejes de acción como: contratación de personal especializados, fortalecimiento de cuidados obstétricos, neonatales y la creación de 21 Hogares de Espera Materna (Ver Anexo No. 3), en los cuales se encuentran laborando rutinariamente al menos cuatro profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil.

Los resultados declarados en esta reunión, atribuyeron que gracias a las acciones puestas en marcha se tuvo como resultado que se incrementaran los partos hospitalarios de un 39,9% en 2006 a un 99,8% en 2013, ayudando así a reducir la mortalidad materna de 65,4 por cada 100,000 nacidos vivos en 2006 a 38 por cada 100.000 nacidos vivos en 2013, alcanzado el cumplimiento del Objetivo Del Milenio 5: "Mejorar la salud materna" (UNICEF, 2015).

Estos datos estadísticos no son más que la demostración de la importante labor que tienen las profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil, como parte de la estrategia "Atención Primaria de Salud Integral" (APSI), presentada como resultados del "Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal y neonatal 2011-2014". También, en el documento "Experiencia de El Salvador en la formulación, implementación y actualización de planes enfocados en la salud el recién nacido en el marco de los compromisos regionales" de autoría de la Doctora Eunice Deras, del Viceministerio de Servicios de Salud, se presentó que: *"Los principios rectores y enfoques del plan incluyen la calidad de los servicios, accesibilidad, enfoque de riesgo, equidad, enfoque de derechos sexuales y reproductivos, entre otros que son parte del cumplimiento de uno de los objetivos estratégicos de: Brindar atención con calidad y calidez a la mujer y el niño o niña en la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) con enfoque de Atención Primaria en Salud Integral (APSI) y de promoción de la salud para garantizar una maternidad segura y un nacer seguro"* (Deras, 2017).

Los aspectos anteriormente mencionados, son tomados en cuenta en la formación de profesionales de Salud Materno Infantil con mucho énfasis y empoderamiento, agregándole el enfoque de género y la atención diferenciada al grupo de mujeres y hombres adolescentes, esto se puede notar desde el flujograma de módulos que son parte de la malla curricular actual, donde se evidencia el nombre del módulo IX "Género mujer y salud", del cual sus contenidos están relacionados con el estudio de las teorías de género aplicada a la atención Materno Infantil, (Ver Anexo No. 4).

Tan importante carrera, con el fin de suplir las necesidades que responderán al Objetivo del Milenio Cinco ("Mejorar la salud Materna"), es la única ofrecida a nivel

nacional por la Universidad de El Salvador con referentes homólogos de la Universidad de Chile y es parte de la Federación Latinoamericana de Obstetricia (FLO), quienes trabajan para fortalecer el modelo de partería en Latinoamérica, según respondió en una entrevista su actual directora Maestra Socorro Mancía (Mancía, 2016).

En cuanto a las transformaciones curriculares, de acuerdo a una de las primeras docentes trabajadoras de la carrera, fue por imposición del Ministerio de Educación que la primera transformación curricular hecha en la carrera se hizo hacia un sistema modular, punto de partida para transformar y fusionar dos carreras en una sola que ya no duraría tres años de formación académica, sino cinco años.

Para esta transformación curricular, dado el compromiso de la Universidad para responder a las necesidades de la comunidad, tomando en cuenta los contextos nacionales e internacionales, los paradigmas actualizados para la educación con otros enfoques; se tomó la decisión acorde a esos requerimientos, de abordar con detalle contenidos como las teorías y enfoques de género y derechos humanos agrupándolos dentro de uno de los programas de módulo de la carrera para que fuera parte del perfil de formación de los y las profesionales (Ver Anexo No. 5).

Y es que a nivel nacional, la innovación curricular ha debido ir a la vanguardia con la actualización de sus enfoques, sin dejar atrás la enseñanza a nivel superior, tomando en cuenta que para toda América Latina, desde la época de los años ochenta, hubo una unión de organizaciones educativas y feministas de la sociedad civil para promover una campaña denominada "Trabajemos por una Educación no Sexista" en la que El Salvador tuvo participación y posteriormente, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) retomó la iniciativa y propuso incluso el día 21 de junio como el "Día internacional para una educación no sexista". Así, al haber declarado este día desde la Asamblea Legislativa de El Salvador con dicho lema, se pretende, desde las instituciones educativas, incluidas la Universidad de El Salvador, que se contribuya a la construcción de una educación formal y no formal que promueva y desarrolle actitudes, conductas, y concepciones que respetando las diferencias entre los

sexos, elimine las desigualdades genéricas e incentive a la sociedad en su conjunto a la reflexión sobre ello y dé un mayor impulso a la integración de nuevos valores en todos los componentes del proceso educativo (ISDEMU, 2007, p. 1).

Siendo la Universidad de El Salvador una de las principales fuentes de formación de profesionales, debió retomar este importantísimo componente para que fuera parte la formación de sus profesionales y la carrera Salud Materno Infantil haciendo sus transformaciones curriculares en ese entonces, tomó en cuenta el enfoque de género para aportar a disminuir la perpetuación de situaciones que a lo largo de la historia ha dejado a las mujeres en desventaja sobre los hombres.

Ahora bien, según el comportamiento de las inscripciones en las carreras universitarias, se observó que los estudiantes para la carrera Salud Materno Infantil, son más en número las inscripciones del sexo femenino que del sexo masculino, por lo tanto sus graduandos son en su mayoría mujeres. Esta idea se apoya en que en la actualidad y según datos de la base virtual de estadísticas de la Facultad de Medicina y Escuela de Tecnología Médica, la carrera Salud Materno Infantil, posee para el año 2016 un total de 146 estudiantes activos (inscritos de nuevo y antiguo ingreso), de ese total, 13 son del sexo masculino y 133 del sexo femenino, denotando por estos valores una brecha importante entre sus aspirantes por sexo. (Facultad de Medicina UES, 2016), lo que es relevante considerar cuando los estudios tienen que ver con el enfoque de género, otro dato importante es que la mayoría son procedentes del área urbana, en su mayoría de instituciones públicas.

Pertinente se vuelve también mencionar, que la carrera Salud Materno Infantil posee profesionales hombres y mujeres laborando dentro de programas de atención preventiva de la salud de mujeres en las etapas de su curso de vida, al igual con la población infantil y adolescente, incluyendo en estos grupos la atención de su crecimiento y desarrollo. Se pidieron datos a la asociación de profesionales de la carrera Salud Materno Infantil sobre sus censos para investigar los sexos de los y las profesionales, con la finalidad de poderlas hacer parte de este estudio, pero lamentablemente, no fueron proporcionados por dicha entidad. Es así como

se escogió por conveniencia las cinco personas profesionales que hicieron realidad este estudio (4 mujeres y 1 hombre).

Es sustancial hacer notar la evolución de las investigaciones sobre género, sin dejar de mencionar que también las investigaciones contemporáneas muestran descubrimientos acerca de las diferencias de género que *"han influido profundamente en el pensamiento feminista contemporáneo"* (Hite, 1976, Masters y Johnson 1966). Y es que la evolución de las teorías feminista y de género, han contribuido a visibilizar la situación de desventaja en que a través del tiempo han sido expuestas las mujeres, desperdiciando parte de su potencial que puede contribuir al desarrollo de los pueblos desde su accionar en la esfera pública, al que ha estado acostumbrado a exponerse casi solamente a los hombres.

De acuerdo a las teorías de las diferencias de género, las explicaciones de las diferencias psicológicas y relacionales entre hombres y mujeres son esencialmente de tres tipos: biológicas, institucionales y construidas, esto es socio-psicológicas. En cuanto a las diferencias biológicas, el análisis sobre la anatomía de la sexualidad femenina realizado en estudios previos, contribuyó a la reformulación de la cuestión de la regulación social de la sexualidad.

También se debe comprender las explicaciones institucionales de las diferencias de género, en las que se suelen acentuar las funciones distintivas de la crianza y el cuidado de los hijos que consideran la responsabilidad de la maternidad, como uno de los principales determinantes de la más amplia visión sexual del trabajo, vincula a las mujeres en general con las funciones de esposa, madre y ama de casa, con la esfera privada del hogar; contrario a los hombres quienes se desenvuelven en la esfera pública, teniendo otras oportunidades de crecimiento y participación en el desarrollo social.

Actualmente, y siendo más específicas sobre la perspectiva de género, según Marta Lamas, *"la categoría de género surge de la psicología, disciplina que primero utilizó la categoría de género para establecer una diferencia con el sexo y desde esta perspectiva psicológica se articulan tres instancias básicas en dicha categoría:*

*la asignación (rotulación o atribución) de género, la identidad de género y el papel de género". De acuerdo con ello, continúa Lamas "la perspectiva de género implica el reconocimiento de que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual, además, todas las sociedades estructuran su vida y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual" (Lamas, 2007, pág. 25).*

En cuanto al trabajo del grupo de profesionales de Salud Materno Infantil, gracias a FOSALUD, el cual nació como parte de una reforma fiscal en El Salvador en el año 2004, constituida como ley en el 2005 (fondo alimentado por medio de impuestos a productos considerados nocivos para la salud), se creó una estrategia de atención a mujeres gestantes de escasos recursos y con difícil acceso geográfico a un parto hospitalario; estrategia que contempla los Hogares de Espera Materna, antes mencionados, para cumplir dicho fin. Se trata de una estrategia para salvar la vida de las madres y sus recién nacidos; su propósito es superar las barreras geográficas, económicas, culturales, entre otras, brindando alojamiento, alimentación y promoción básica de la salud con enfoque de género y derechos reproductivos a las embarazadas, por un tiempo determinado durante la gestación y en el pos parto, así como facilitarle el acceso hacia el servicio de salud de primer y segundo nivel de acuerdo a las necesidades, con el propósito de evitar las complicaciones o muerte tanto de la madre como del recién nacido, (FOSALUD, 2016).

Esta estrategia brinda alojamiento temporal para mujeres gestantes provenientes de zonas rurales y de difícil acceso, cuenta con servicios de salud del perfil de la Carrera Salud Materno Infantil cuyo recurso profesional brinda servicios completos de salud durante las semanas previas al parto, traslado desde el hogar materno hacia el hospital más cercano para la atención médica respectiva, alojamiento temporal a las mujeres después del parto y a sus recién nacidos y alimentación con apoyo de la comunidad. Actualmente funcionan 21 Hogares de Espera Materna a lo largo del territorio Salvadoreño con énfasis en cantones en el interior del país en

departamentos como La Unión, San Miguel, Morazán, Cuscatlán, Sonsonate, entre otros, con un aproximado de 71 personas laborando, dentro de estas, se contratan 4 recursos de la carrera Salud Materno Infantil por cada hogar, (FOSALUD, 2016).

Estas atenciones a las embarazadas se vuelven pertinente realizarlas utilizando un enfoque de género, dado el contexto cultural de la población salvadoreña, por lo que el recurso de Salud Materno Infantil que las atiende es idóneo, por su formación, para hacer trascender el análisis de la situación que pone en desventajas a un género sobre otro, entre otras cuestiones de género pertinentes a utilizar en la atención en salud de las mujeres y sus recién nacidos, tomando en cuenta las prácticas sociales que se generan en la atención.

Para el año 2016, en la Universidad de El Salvador, dentro del equipo de formación de profesionales, se tienen como recurso docente trabajando de manera ininterrumpida, un total de 13 docentes Licenciadas en Salud Materno Infantil, contratadas a ocho horas, de las cuales nueve cuentan con una forma de contratación por ley de salario y cuatro por contrato permanente. Doce de ellas trabajan en todas las áreas de formación de la carrera, es decir en áreas de docencia, investigación, proyección social que incluye el área clínica, rotando por los diferentes módulos de acuerdo a la asignación de carga académica por la directora de carrera. Además, la carrera cuenta con nueve médicos-as, una médica de medicina general contratada por ocho horas; ocho médicos-as de especialidades ginecológica y pediátrica contratados por horas, este cuerpo de médicos-as labora para el área de docencia y práctica clínica aportando al proceso de enseñanza aprendizaje. Del grupo de profesionales médicos-as: 5 son hombres y 4 son mujeres.

Con respecto a la situación actual del problema, gracias a las técnicas de recolección de datos se obtuvo que: el grupo de profesionales entrevistados y observados brindan su atención en centros de salud llamados Hogares de Espera Materna (HEM), haciendo turnos de tres días a la semana de manera consecutiva por 24 horas, y luego tomando un receso de tres días. En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Marcos (del Ministerio de Salud) para la práctica clínica, se

hace presente el grupo de estudiantes, incluido aquí el informante clave para este estudio, por un total de doce semanas por ciclo, tres días a la semana en horario de 8:00 a.m. a 12:00 del mediodía.

De acuerdo a las informantes y por la observación, el grupo de profesionales laborando en los HEM, reciben a usuarias en las últimas semanas de embarazo que han sido referidas por el sistema de salud con el fin de ser alojadas para monitorear los signos vitales de ellas, de sus fetos por nacer, y examinarles continuamente. Aquí las usuarias acuden con su ropa y elementos de higiene personal, se les brinda alimentación y ropa de cama. Las usuarias llegan siendo trasladadas en las ambulancias desde donde son referidas, usualmente los hospitales o Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) en donde han consultado por su control prenatal; de donde son captadas y seleccionadas para que sean acogidas en los hogares, son recibidas e inmediatamente se les hace una entrevista para recolectar los datos de su historia clínica.

Una vez en el HEM, se organiza al grupo de embarazadas de tal manera que puedan involucrarse en las actividades agendadas dentro del programa de atención, como los espacios de educación colectiva, el examen físico y toma de datos de su historia clínica subsecuente, es decir, que se les evalúa el progreso de su embarazo, además participan en las labores cotidianas de mantenimiento del hogar: cocinan y hacen la limpieza donde ellas se alojan. Pueden recibir a sus parejas quienes no pueden quedarse a dormir, pero si durante el día les es permitido quedarse el tiempo que necesiten, son involucrados en la labor educativa y de examen físico por las profesionales cuando examinan a las usuarias. Es así como son incluidas embarazadas y sus parejas en la educación, según su caso sobre temas como derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, género, infecciones de transmisión sexual y formas de prevenirlas, uso de métodos anticonceptivos, lactancia materna, entre otros temas que ya son parte de las actividades educativas del programa de atención por norma.

Mientras, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Marcos (UCSF San Marcos), las usuarias que asisten son captadas por personal de enfermería para



toma de signos vitales y medidas antropométricas, se les pide su tarjeta con el número de expediente para tomarlo de archivo y luego son colocadas por orden de llegada en la sala de espera frente al consultorio (donde se encuentra el profesional de Salud Materno Infantil), para poder pasar en el mismo orden a consultar por la situación o atención que requieren. Una vez son atendidas según su motivo de consulta, se les da el manejo pertinente, ya sea refiriéndolas a una atención de mayor complejidad, o dejándoles una cita para seguimiento. En este espacio de atención directa, el grupo materno infantil brinda información sobre aspectos relacionados a las necesidades de prevención de la salud de cada usuaria, incluyendo el enfoque de género y derechos humanos. En cada lugar, es pertinente el uso de material didáctico que aporte a la transmisión del mensaje en salud con los enfoques anteriormente mencionados.

Como ya se explicó, en relación al contacto generado por la atención Materno Infantil con las usuarias, dentro de los HEM, las usuarias se quedan el tiempo necesario hasta que son trasladadas al hospital para verificar su parto intrahospitalario, así pueden pasar desde semanas o meses, según necesiten recibir un monitoreo para asegurarles un parto desde la fase latente de trabajo de parto, o según las condiciones sociodemográficas de las usuarias; en este sentido, las informantes clave han declarado que han debido tener hasta por veinte semanas a algunas usuarias indigentes. Otras usuarias viven tan lejos, que deben llegar caminando varias horas, en caso de no ser trasladadas por medio de ambulancia, por lo que deben quedarse aún en la etapa del puerperio. En este tiempo de estancia son incluidas todas las usuarias en las jornadas educativas donde se desarrollan temáticas como el género o contenidos que incluyen dicho enfoque.

En cuanto a las mujeres que consultan en la unidad de salud o UCSF, su visita es más corta pero puede ser repetida las veces que necesiten volver ya sea por la lectura de los resultados de sus exámenes o por las indicaciones y prescripciones de anticonceptivos o tratamiento a las infecciones de transmisión sexual, según lo

detecte el personal de Salud Materno Infantil que les atienda o según las necesidades de atención detectadas por las mismas usuarias.

Son esos momentos de contacto de las usuarias con el personal profesional materno infantil, que permite brindarles información, consejería, atención y educación utilizando el enfoque de género, habiéndose generado una relación social que permite que la comunicación pueda ser la base fundamental de aprendizaje o de construcción de aspectos relacionados a las teorías de género, por parte de las usuarias, pasando por los mecanismos emergentes de una realidad estratificada según lo vislumbra el realismo crítico.

### **1.3. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INVESTIGACIÓN.**

El estudio se ha llevado a cabo en el Cantón de Los Planes de Renderos, y algunos municipios salvadoreños como Suchitoto, Perquín y San Marcos. Los Planes de Renderos es un cantón con territorio entre tres municipios salvadoreños: Panchimalco, San Marcos y San Salvador, ubicado a 9.5 kilómetros al sureste de la capital (Ver Anexo No. 6) y supone la frontera sur del área metropolitana de San Salvador y San Marcos, esto último lo convierte en una especie de zona residencial semiurbana o semirural. Se caracteriza por clima fresco por su altura sobre el nivel del mar y es un sitio turístico, según el censo de 2013 cuenta con una población estimada de 2,079 habitantes.

El municipio de Suchitoto, está ubicado en el departamento de Cuscatlán (Ver Anexo No. 7) y su territorio ha sido habitado desde la época precolombina, su localidad ha prosperado hasta convertirse en uno de los más importantes sitios turísticos por su arquitectura de estilo colonial muy bien preservado, según el censo oficial de 2007 tiene una población de 24,786 habitantes.

En cuanto a San Marcos, es un municipio del departamento de San Salvador (Ver Anexo No. 8) y según el censo de población y vivienda de 2007 tiene 63,209 habitantes, pertenece al área metropolitana de San Salvador con elevaciones principales como el cerro San Jacinto y Loma Larga, de clima fresco. Pertenece al

tipo de tierra caliente y templada; entre sus productos agrícolas cultivados se incluyen el café, granos básicos, hortalizas y frutas aunque en un monto limitado y con industrias locales que comprenden la elaboración de pastas alimenticias, plásticos, embutidos, colchones, calzados, ladrillos y tubos de fibrocemento.

Por su parte Perquín, es un municipio ubicado en el departamento de Morazán al oriente de San Salvador (Ver Anexo 9), cuenta con una población de 3,900 habitantes, fue un pueblo de solo indígenas, la mayor parte de las consecuencias de la guerra aún son palpables, en las zonas conflictivas se llevaron a cabo muchos operativos militares de la fuerza armada y enfrentamientos constantes con la guerrilla. Para el año 1982 fue objeto de la primera toma de aislamiento de todos los municipios situados al norte del río Torola. La guerrilla dominó esta región en los años de la guerra. En 1992 se fundó el museo de la revolución salvadoreña como homenaje a héroes y mártires de una historia de 12 años de conflicto armado en El Salvador durante la década de los ochenta. Hoy se le conoce como la Capital de la Ruta de La Paz por el período de tranquilidad que gozan actualmente sus habitantes.

#### **1.4. CONJUNTO DEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS PROFESIONALES DE SALUD MATERNO INFANTIL EN ESTUDIO.**

Las informantes clave para este estudio fueron cinco profesionales de la carrera Salud Materno Infantil, cuatro profesionales del sexo femenino laborando en Hogares de Espera Materna, dos de estas ubicadas en el cantón de Planes de Renderos departamento de San Salvador, una en el HEM del municipio de Perquín en Morazán y una en HEM del municipio de Suchitoto. Un informante clave del sexo masculino laborando en su formación de pregrado en la práctica clínica de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos en el municipio del mismo nombre del departamento de San Salvador.

Las cuatro informantes clave del sexo femenino se encuentran entre las edades de 25 a 38 años y el informante clave del sexo masculino tiene 24 años de edad. Tres de las informantes son mujeres con compromisos como madres de familia, dos de ellas son madres casadas, una es madre soltera, la otra es soltera y sin

compromisos de maternidad. Dos de las cuatro profesionales laborando en los Hogares de Espera Materna han tenido oportunidad de laborar en otras instituciones mientras que para las otras dos, éste ha sido su único lugar de trabajo desde que se graduaron. El informante clave del sexo masculino aún depende económicamente de su familia nuclear, ha asistido a práctica clínica desde el módulo cuatro hasta el módulo nueve que cursa actualmente, según lo requiere el programa de estudios de la carrera.

Las profesionales empleadas dentro de los HEM comentaron que previo a su ejercicio laboral fueron enviadas a un laboratorio de prácticas obstétricas por un día, para reforzar el examen físico de genitales de las embarazadas y parturientas entre otras habilidades que la obstetricia requiere en el espacio de atención donde se desempeñan.

La carrera Salud Materno Infantil al momento de la presente investigación, posee profesionales hombres y mujeres laborando dentro de programas de atención preventiva de la salud de mujeres en las etapas de su ciclo de vida, población infantil y población adolescente, incluyendo en estos grupos la atención de su crecimiento y desarrollo. Siendo docentes 13 Licenciadas de Salud Materno Infantil, 4 mujeres médicas y 5 hombres médicos.

### **1.5. AMBIENTE SOCIAL.**

El modo de vida que lleva el grupo observado de profesionales es el típico de un ambiente urbano, pero que deben trasladarse hacia sus labores según han sido contratadas en establecimientos semi urbanos que están lejos de sus domicilios, todas ellas se trasladan, tres de las informantes clave hacen uso del sistema de transporte colectivo y dos poseen vehículo propio. Las cuatro informantes que están laborando en HEM deben hacer turnos de 72 horas ininterrumpidas, para luego tener 72 horas de descanso. El informante clave de la unidad de salud labora en dicho lugar sin remuneración económica y como parte de su currículum académico bajo la condición de práctica clínica, de lunes a miércoles en horario de 8 am a 12 md bajo la conducción de una docente cuyo rol es reconocido como

tutora clínica, para luego incorporarse a sus clases vespertinas dentro del recinto de la facultad de medicina.

Como se señaló antes, dos profesionales han tenido un trabajo previo en otra institución una de estas fungió en un rol de jefatura. Dos profesionales han tenido como única fuente de trabajo el actual, sin haberse movilizado entre los HEM. Un Materno Infantil nunca ha estado empleado en dicha área. Una de las profesionales señaló haber continuado estudios por sus propios medios como diplomados relacionados a su carrera en modalidad presencial y no presencial. El resto dijo que no tenían tiempo disponible para inscribirse y estudiar, solamente se van capacitando con lo que el mismo establecimiento les brinda como formación, participando la profesional de días libres en las capacitaciones para luego replicar la información con el resto de profesionales del mismo HEM. Un informante clave aún estudia en el módulo nueve (de un total de diez módulos) en el pregrado.

El ambiente de trabajo observado es bastante tranquilo en todos los establecimientos, a excepción de la expresión verbal de una de las profesionales quien comentaba en entrevista tener problemas de mala comunicación con una de sus colegas y esto le genera “roces” según expresó; cada profesional controla sus tiempos de atención, excepto en la unidad de salud en donde debe ser más dinámico por el volumen alto de usuarias esperando a ser atendidas de manera ambulatoria. Para este caso, hay acompañamiento de una docente quién vigila cómo se hace el proceso de atención de manera directa, corrigiendo aspectos técnicos y orientando hacia los tiempos que debe tomar la atención.

Las usuarias de todos los establecimientos que acudieron durante el estudio en su mayoría son amas de casa. Las de los Hogares de Espera Materna son en su mayoría del área rural y han debido caminar muchas horas para llegar a la unidad de salud de donde fueron referidas a los hogares donde se encontraban alojadas. Una de las usuarias, es trabajadora de la zafra, quien aporta económicamente de esta manera para su núcleo familiar. Todas son de muy escasas condiciones

económicas y pobre o nula alfabetización, dependientes económicamente de sus parejas.

Todo el grupo de informantes clave tiene la oportunidad de establecer una relación social con sus usuarias de manera repetitiva, con lo que les ayuda a ganarse la confianza y abordar temas que les genere conocimientos sobre cualquier tema relacionado a lo que consulten, con la ventaja que ya está programado en el plan de trabajo las temáticas que incluyen el enfoque de género y derechos. Esto da la pauta a que se forme un vínculo profesional de trabajo ético con comunicación para las usuarias y para las parejas que les acompañan y que son incluidos en la atención por las profesionales.

## **1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Las estructuras sociales no pueden verse a simple vista. Según el realismo crítico, la dimensión de lo real se manifiesta buscando estructuras y mecanismos causales en tres niveles: el nivel empírico, el nivel de acontecimientos y el nivel de lo verdadero. Al moverse en la dimensión de lo real, el primer objetivo específico permitió denotar los niveles empíricos y de acontecimientos del fenómeno, mientras que el segundo objetivo específico permitió denotar el nivel de lo verdadero. Así, para poder dar respuesta al objeto de estudio de esta investigación desde el realismo crítico, se formularon los objetivos como sigue:

### **1.6.1 Objetivo general.**

Determinar cuáles son las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales en Salud Materno Infantil cuando atienden a sus usuarias.

### **1.6.2 Objetivos específicos.**

Identificar las prácticas cotidianas con enfoque de género, a través del uso de herramientas que denoten las habilidades ganadas de las profesionales de Salud Materno Infantil en su formación.

Describir las relaciones sociales en que se desarrolla la atención materno infantil que facilitan o limitan la atención con enfoque de género a sus usuarias.

### **1.7 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Las hipótesis planteadas para esta investigación fueron de tipo descriptiva, porque se pretendió hacer una visualización del fenómeno en estudio, haciendo un análisis de la cotidianidad en que se generan las relaciones sociales de las y los profesionales materno infantil, en la atención dirigida a las usuarias de los programas preventivos en la red de establecimientos de salud; esto sin modificar el fenómeno, solamente ilustrando la situación social que se genera a causa de la acción social y el contexto en el que están inmersas, posterior a la formación con enfoque de género que reciben las profesionales.

Para este estudio, las hipótesis sirvieron exclusivamente de guía entre el fenómeno en estudio y los resultados previstos, puesto que la naturaleza cualitativa de la metodología que se siguió no pretendió comprobarlas, además, dieron la pauta para formular las preguntas de investigación descritas en el capítulo I (Ver Anexos No. 10 y 11). Por lo anterior, las hipótesis descriptivas han sido:

- Existen prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias.
- Las profesionales materno infantil usan herramientas en su práctica cotidiana, que denotan habilidades ganadas durante su formación
- Las relaciones sociales en que se desarrolla la atención materno infantil pueden facilitar o limitar la atención con enfoque de género.

## **1.8 APOORTE DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA COMPRENSIÓN DEL USO DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR PROFESIONALES DE SALUD MATERNO INFANTIL Y JUSTIFICACIÓN.**

Para la realización de esta investigación, se ha utilizado el enfoque de estudio denominado por Aldo Merlino "Investigación-acción", ya que, según este autor, dicho enfoque *"se vincula al neo marxismo y a la influencia de la teoría crítica de J. Habermans"*, es así como dicha teoría ve al ser humano como activo y determinante de su propio sentido (Merlino, 2009, pp. 62-63). Es decir, según lo sigue explicando Merlino: *"se trata de la acción práctica, planificada, sistemáticamente analizada en grupo y reflexionando sobre lo más conveniente, en cada caso lo que le permitirá mejorar su situación, salir de la alienación y emanciparse."*

En este sentido, es pertinente retomar lo que explica Merlino sobre la investigación-acción: *"es una forma de indagación introspectiva colectiva o individual emprendida por participantes en situaciones sociales con el objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas sociales, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en las que tienen lugar"* (Merlino, 2009, p. 61).

Esa indagación introspectiva al que se vieron sometidos y sometidas las informantes clave, permitió como aporte principal de esta investigación, el analizar si efectivamente estaban haciendo uso de sus herramientas de la atención con enfoque de género, pero también permitió, como segundo aporte comprender y llegar a la determinación sobre cuáles han sido las relaciones sociales que permiten o que limitan la atención materno infantil utilizando dicho enfoque.

Un tercer aporte ha sido el hecho que se pudo señalar algunas recomendaciones que permitan la acción del recurso, las que se espera puedan ser retomadas desde la innovación curricular que actualmente se lleva a cabo en la carrera Salud Materno Infantil, y es esto precisamente lo que se busca con el uso del enfoque de investigación-acción, para que el grupo de profesionales materno infantiles, al tener una visión externa de su trabajo, con un corte cualitativo, puedan retomar las



debilidades y convertirlas en fortalezas para contribuir al uso del enfoque de género, en la atención tan importante que brindan a la población de mujeres, niños, niñas y adolescentes salvadoreños, viéndolo desde un estrato biológico y fisiológico emergiendo a un estrato psicológico y social, permitido por la unidad esencial entre lo natural y lo social, es decir: la historia clínica, que retoma dichos datos de cada usuaria y el método cualitativo que permitió sumergirse a los tres niveles de la realidad del fenómeno.

Finalmente, un cuarto y significativo aporte será el que se espera hacer a las usuarias a través de cada atención por el recurso materno infantil con elementos que puedan favorecer a su empoderamiento del enfoque de género en sus vidas cotidianas mejorando de alguna manera su calidad de vida, gracias a que los mecanismos que se descubrieron, pueden tener la capacidad de generar ciertos resultados en cada usuaria y en las personas como un colectivo.

Es preciso decir que en El Salvador, como en otros países, existe la discriminación de la mujer a nivel social, cultural, económico, jurídico político, todo ello reflejo de las estructuras de dominación patriarcal que se mantiene donde se asigna a la mujer un papel de subordinación al hombre y se considera que debe desempeñarse como sumisa y obediente, mientras que el hombre debe proyectarse como dominante y agresivo. Siendo esto una construcción social, también pueden existir pautas informativas, espacios de consejería y educación, en donde los y las profesionales de la carrera salud materno infantil puedan aportar a través de su atención integral a las usuarias, y contribuir así a la prevención de las desigualdades de género.

Es por ello importante el análisis de género, como parte de la formación y el ejercicio de los y las profesionales materno infantil, que de manera crítica y reflexiva, desde su proceso de formación, especialmente desde el curso de su módulo "Género Mujer y Salud", les permita comprender los procesos de socialización entre mujeres y hombres así como definir posibilidades vitales relacionadas a ciertos conflictos institucionales y cotidianos, además de brindarles herramientas que les permita actuar desde sus campos laborales, y con ello

contribuir a disminuir que se perpetúen aquellas situaciones que ponen a las mujeres en desventaja ante los hombres.

Según las definiciones de prácticas cotidianas, esto especialmente resultaría en aquellas usuarias activas dentro de los programas a los cuales se les debe dar seguimiento y ellas deban acudir periódicamente, en donde la repetición de la información puede llevarlas a tomar acción ante situaciones de desigualdad que se les presente, como por ejemplo en servicios como la atención a la mujer que utiliza métodos de planificación familiar, las que acuden a sus consultas preconcepcionales, controles prenatales y posnatales, las de toma de citología cérvico-uterina y las que llevan a sus hijos e hijas a controles de crecimiento y desarrollo, agregando a aquellas que van acompañadas de sus parejas a los establecimientos de salud para estos tipos de consultas, a los cuales cada profesional materno infantil deba intervenir de acuerdo a la consulta sistemática y periódica requerida.

Por ello surgió la necesidad de visualizar cómo su formación (de las Profesionales Materno Infantil), en temas con enfoque de género, le da forma a la atención que brindan, cómo reflejan la aprehensión de sus conocimientos con enfoque de género en sus prácticas cotidianas, (lo que resulta equivalente al desarrollo habitual de su profesión, según la definición general de práctica profesional), pero principalmente, es pertinente notar que las relaciones sociales que se generen en la atención pueden limitar las acciones esperadas de acuerdo al perfil de las profesionales, lo que entorpecería el propósito con el que han sido formadas a través del programa de carrera.

## II. PERSPECTIVA TEÓRICA Y REALIDAD.

### 2. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL, CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

En el presente capítulo, se destacan las condiciones del objeto de estudio y las bases teóricas que lo fundamentan, queriendo mostrar cómo puede entenderse toda la dinámica que contempla la razón de la investigación a la luz de la Teoría de la Estructuración de Giddens y la evolucionada Teoría de Género desde el pensamiento contemporáneo feminista a la actualidad, citando el trabajo de Marta Lamas, y la postura filosófica del Realismo Crítico de acuerdo a los autores Danermark y Bashkar.

Los paradigmas positivista, interpretativo y hermenéutico han sido esenciales para las reflexiones de este estudio, ya que, el paradigma positivista aporta para que la realidad estudiada haya sido a través de la hipótesis planteada, algo empírico y observable, que se ha podido transformar en una pregunta guía; mientras que, gracias al paradigma interpretativo se ha tratado de descubrir el significado de las acciones y la vida social entrando en el mundo personal, motivaciones y creencias de las personas; en tanto el paradigma hermenéutico permitió constatar los significados que hacen posible que las profesionales utilicen o se limiten a utilizar el enfoque de género desde el aprendizaje mismo en su formación y de acuerdo al contexto de la realidad de cada atención en salud.

Para este proceso de investigación, se tomó en cuenta la postura filosófica constituida por el Realismo crítico, según Berth Danermark, en su libro "Explicando la sociedad", por que sostiene que, *"la realidad si bien existe y es independiente de nosotros, no puede ser conocida de manera absoluta, sino que nuestro conocimiento de ella es y solo puede ser aproximado"*; (Danermark, 2016, pp. 44-52) sostiene además que *"no es posible la certeza, que lo que conocemos de la realidad es una aproximación a ésta, es decir una interpretación del fenómeno en estudio y eso es lo que hace posible su conocimiento"*. La base de dicha meta

teoría son los mecanismos generativos, es decir: lo que hace que algo suceda en el mundo.

Además, el autor Bashkar, propone esta nueva postura filosófica del Realismo Crítico a través de la pregunta: "¿En qué medida puede la sociedad ser estudiada de la misma manera que la naturaleza?" (Parada, 2004, p. 413), sin olvidar que ser real significa objetividad, falibilidad y transfenomenalidad; moviéndose en la dimensión de lo real en tres niveles: empírico, acontecimientos y lo verdadero; buscando en cada uno de esos niveles estructuras y mecanismos causales que pueden generar conocimientos por investigaciones científicas o por experimentos cerrados, notando que es el ser humano y sus acciones los que hacen la dinámica de la realidad social.

De acuerdo a estos autores, para este estudio, el realismo crítico ha sido útil para analizar el objeto de estudio, porque se ha considerado que se debe partir desde el fenómeno manifiesto hasta el mecanismo generativo, es decir: desde la práctica cotidiana de la atención materno infantil, hasta las relaciones sociales que hacen posible o limitan el uso del enfoque de género por parte de las profesionales en la atención en salud.

Según Bashkar, es necesario en el realismo crítico, precisar los métodos específicos que se necesitan desarrollar al tratar con estudios de las ciencias sociales, debido a las características particulares de la materia sujeto. En este sentido para este estudio, es el método cualitativo el que permitió comprender el contexto y poder determinar las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias, ya que fue necesario identificar varios elementos que denotan el uso del enfoque de género profundizando en la observación del fenómeno y analizando (también) en profundidad las respuestas de la entrevista cualitativa, técnicas cualitativas que se detallan en el capítulo III.

Es pertinente señalar que, para comprender el contexto y poder determinar las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantil,

cuando atienden a sus usuarias, fue necesario identificar varios elementos que denotan el uso del enfoque de género, a través de prácticas cotidianas como: la organización de la atención en el servicio público verificando el tiempo de atención, el cuidado de elementos dentro del espacio de atención como la inclusión de la pareja, el discurso incluyente, la educación e información sobre temas de género promoviendo la toma de decisiones por parte de las mujeres especialmente la motivación a que las usuarias trabajen, estudien o se capaciten para que se inserten en el desarrollo del país, la oferta de métodos de anticoncepción para las usuarias y sus parejas, la verificación de la crítica profesional a las demandas ciudadanas, el diseño de programas no sexistas, el desarrollo de políticas de igualdad de trato, el aporte a la supresión de la discriminación que afecta a la población femenina, la eliminación de representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género y el uso de vocabulario no sexista e incluyente. Todo ello ha sido posible por el trabajo de Marta Lamas sobre la perspectiva de género con lo que ha funcionado como un conocimiento previo que conllevó hacia un marco interpretativo para esta investigación, volviéndose esencial para la explicación de los mecanismos causales, partiendo de esos sucesos concretos.

## **2.1 BASES TEÓRICAS QUE FUNDAMENTAN EL OBJETO DE ESTUDIO.**

Las bases teóricas que fundamentan el objeto de estudio, están constituidas principalmente por dos teorías antes explicadas: la Teoría de Género y la Teoría de la Estructuración. Haciendo uso además, del marco referencial del funcionamiento de la formación de profesionales de la Licenciatura en Salud Materno Infantil y términos importantes para la construcción del objeto de estudio como relaciones sociales, acción humana, relación social, práctica social, comunicación, estructura social, que aportan a la comprensión y reflexión de los hallazgos para poderlos interpretar.

En este sentido, con respecto al funcionamiento de la formación de profesionales, todas las profesionales formadas por la carrera Salud Materno Infantil, dentro de su preparación académica deben de cursar el módulo IX llamado "Género, mujer y

salud", en este módulo de manera específica, deberán aprender con énfasis, sobre las relaciones sociales entre hombres, mujeres y las desventajas que hay de algún género sobre otro, por el simple hecho de la desigualdad social en la que ambos están inmersos y sus funciones, las cuales son aprendidas y transmitidas de generación en generación; deberán aplicar este enfoque social a la atención que brindan en salud, quedando claro que a lo largo de la carrera han tenido ya experiencias con algunos contenidos que, de manera transversal incluyen el enfoque de género y derechos humanos en su formación, con la diferencia de que en el Módulo IX, aplican el enfoque de género a contenidos, combinándolo en las esferas de economía, trabajo, educación, lenguaje simbólico, derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos, entre otros que facilitan la comprensión de las necesidades de atención a la salud que se le debe brindar a las usuarias. (Mancía S. , 2016).

El contexto en que se debe de ejercer el rol del y la profesional materno infantil, puede verse influenciado precisamente por las relaciones de poder que la misma sociedad le impone al hombre por ser hombre y a la mujer por ser mujer. Es entonces un reto para cada profesional, el que pueda poner en práctica en su ejercicio profesional, lo que aprendió en su formación sobre género y sus teorías, una vez ejerciendo su quehacer cotidiano.

Y es que no es igual, estar dentro del salón de clases con la teoría, que estar ya frente a las usuarias que llegan a consultar con un estilo de vida propio. Si la profesional en ejercicio logró aprehender las formas de interacción con sus pacientes o usuarias, lo menos que podría esperarse en su quehacer profesional es precisamente, que ponga en práctica lo que aprendió dentro del salón de clases para brindar su atención desde las diferentes modalidades como son: proyección social, docencia, educación, administración e investigación, entendiendo que también cada profesional ha vivido en un contexto propio de adquisición de valores, creencias e información, según su contexto social, esto podría reforzar o limitar el hecho que apliquen acciones con enfoque de género en su atención.

De acuerdo a una entrevista realizada a la directora actual de la carrera, Maestra Mancía, *“cualquiera que sea su ocupación, (de las profesionales Materno Infantil), dentro de las áreas anteriores, existen procedimientos en los cuales debe de brindarse la atención con enfoque de género, ya sea con la población de mujeres y hombres adultos a quienes se les atiende o con los infantes que llegan junto a sus progenitores/as o cuidadores/as en el programa de control de crecimiento y desarrollo”*. Cada uno y cada una de las usuarias adultos, infantes, hombres y mujeres llegan con una historia que contar, de donde su historia clínica parte y de donde se debe realizar un diagnóstico tomando en cuenta el motivo de la consulta, los síntomas referidos por las usuarias, historial de automedicación, consultas previas y acusación de mejoría o no de sus condiciones, agregando a su historial médico su entorno social, tomando en cuenta además de sus pacientes su aspecto físico, y condiciones advertidas a simple vista.

Lo anterior, da indicativos para que las profesionales materno infantiles puedan establecer un diagnóstico clínico. *“Deben decidir la terapéutica a indicar y todas las recomendaciones que son necesarias para que de manera concomitante a los fármacos se logre un estado de bienestar por el cual se ha consultado”*, así lo explicó la actual directora de carrera (Mancía S. , 2016).

Entonces, es necesario retomar lo que señala Giddens, según él *“La frontera entre la consciencia discursiva y la práctica es variante y posible de ser penetrada, puede variar a partir de la socialización de los agentes o a partir de sucesos en el correr de sus vidas, sin embargo, entre las conciencias discursivas y los motivos inconscientes existe una barrera más impenetrable”*. (Danermark, 2016, p. 123).

Para este estudio, a esta barrera impenetrable se le puede atribuir como los valores propios de las profesionales, los valores de sus usuarias, las estructuras sociales en que cada sujeto o sujeta se ha desarrollado, lo que pueden obstaculizar o permitir el pleno ejercicio de su profesión poniendo en práctica o limitando la

práctica de acciones que aprendió durante su formación académica dentro de la carrera, tales como el ejercicio pleno de una consejería con enfoque de género, el brindar información con enfoque de género, la utilización de un lenguaje no sexista hasta la atención incluyente, lo cual puede verse limitado, como se dijo antes por la cultura de ambas partes, sus religiones y su misma educación, hasta el entorno familiar en que ambas partes (profesional y usuaria/o) han estado inmersas.

Según la teoría de la estructuración de Giddens, citada por Berth Danermark en su libro *Explicando la Sociedad*, la conciencia práctica tiene un significado central: *“Es la que los agentes utilizan a menudo en el influir diario de las acciones y en las interacciones con otros y estas se basan en que la vida social está fuertemente estructurada bajo la forma de rutinas, de tal manera que se vuelven hábitos que las personas dan por sentados. Empero, el monitoreo reflexivo continuo de las interacciones entre las personas, hace que la vida social, y el sistema social, permanezca”*, (Danermark, 2016, pág. 123). En las atenciones materno infantil, el trabajo rutinario de las personas profesionales, está plasmado en una agenda de trabajo, y allí se puede variar en la frontera entre la conciencia discursiva y la práctica cotidiana, cuando retoman los elementos que deben aplicar en su atención con enfoque de género guiada por los lineamientos de atención de la institución donde laboran, se puede además de esta manera variar a partir de los procesos de socialización que se generan con las relaciones sociales, que pueden establecerse con sus usuarias, las parejas y familiares.

Entonces, de acuerdo a esta teoría, es válido, pensar que la rutina que representa la formación académica de la práctica clínica para las materno infantiles, es lo que les ha dado la pauta para realizar las acciones con enfoque de género en la atención a sus usuarias. Estas acciones incluyen sus atenciones de forma grupal o individual dentro de los establecimientos de salud, en donde pueden brindar atención a la población materna, adolescentes, a través de la atención de programas estandarizados por el Ministerio de Salud de El Salvador, como la atención preconcepcional, controles de embarazo, toma de citología cérvico-vaginal



y la atención a la mujer puérpera y la de planificación familiar. Sin dejar de lado la atención a la población infantil con los controles de crecimiento y desarrollo de niño y niña sana, lo cual debe de haberse aprendido por la rutina a hacerse a través de la utilización de diferentes técnicas, para dirigirse a las usuarias en colectivo o individual, con los enfoques de género y derechos humanos, brindando como punto de partida una atención sobre salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, se considerado el enfoque de la investigación-acción como un enfoque que rige este estudio, porque será necesario orientar a la población observada para que el monitoreo reflexivo y continuo de las interacciones entre las profesionales sea reforzado, de tal manera que la rutina no entorpezca el uso del enfoque de género intencionado, esta pauta se ha retomado en el espacio de recomendaciones luego de la reflexión y análisis de los hallazgos, puesto que la generación de conocimiento de este fenómeno permitió una producción de la interpretación de la realidad de la atención materno infantil, vislumbrando procesos y contextos que están presentes de manera subjetiva, pero que es necesario acercarse a lo subjetivo para poder entender lo objetivo, finalmente e importante, permitirá que se tenga un producto que aporte a la Carrera Salud Materno Infantil en su proceso de innovación curricular develando la importancia de la búsqueda de estructuras y mecanismos causales dentro de la dimensión de lo real al brindar una atención materno infantil, utilizando un enfoque de género que aporte a mejorar las condiciones de las usuarias y que se incluya en sus programas.

En otro orden, de acuerdo a la definición más simple de relaciones sociales: "*son aquellas interacciones entre los individuos que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desempeñando en consecuencia un rol social*" (Diccionario, 2017). Utilizando una definición desde un punto de vista más trabajado en las ciencias sociales, dichas relaciones interpersonales, de alguna manera "*establecen pautas de la cultura y se transmiten a través del mismo proceso de socialización, fomentando motivación, percepción y aprendizaje*" (Sotolongo Pedro, 2006, pp.

143-146), lo que conllevó a tomar en cuenta las tres características de los patrones de interacción social de la indexicalidad, la reflectividad y la apertura. Es decir, las profesionales y las usuarias involucradas entre sí con relación a “algo” (su atención gineco-obstetra), las expectativas mutuas existentes donde se refuerzan o debilitan acciones con enfoque de género y la posibilidad de que haya otra plasmación adicional de la interacción social por las limitantes o apertura que surja de la comunicación entre las/los actores sociales. Gracias al realismo crítico, la interpretación del fenómeno fue posible al tomar en cuenta esta estructura social, y es que en las relaciones sociales, se encuentran varios tipos de relaciones: algunas son relaciones familiares, laborales, amistad y otras donde se encuentran hombres y mujeres concretos, identidad colectiva y prácticas locales, que han debido reflexionarse para el estudio del uso del enfoque de género por las profesionales.

Dichas relaciones sociales resultan ser un complemento en la vida del ser humano, como la relación que se tiene con nosotros mismos o mismas, de tal manera que el hecho de relacionarse con otros seres humanos es una actividad necesaria y primordial de la vida cotidiana, y que por su puesto es un rol recíproco que tiene que ver con los valores que surgen de dichas interacciones, la cultura de los grupos, la religión y la educación; los cuales fungieron como mecanismos a ser tomados en cuenta según el realismo crítico; la educación fue importante porque puede ser reforzada de manera intencional hasta alcanzar las acciones necesarias para cumplir con un rol establecido de acuerdo al desempeño que se asigne a cada individuo, tal es el caso de la educación o formación de las personas profesionales materno infantil, quienes ya en su rol de agente de la salud, hacen uso de herramientas y habilidades de trabajo que fueron ganadas a lo largo de toda su formación, constituyendo marcos de referencia para la realización de prácticas sociales al vincularse con sus usuarios y usuarias.

Se refuerza señalando que, las herramientas de trabajo no tienen vida propia, sino que toman el sentido que les den los y las profesionales en sus variados campos de la vida y del conocimiento donde se encuentren inmersos en su cotidianidad,

haciendo de esta manera una articulación con lo vivido en su formación académica, su cultura, prácticas, patrones de crianza, reglas de la institución y las vivencias de las usuarias, unido al contexto de cada una de ellas que solicitan una atención con calidad y calidez de parte de la persona profesional que brinda sus servicios, siendo imprescindible la co-presencia al formar un vínculo social, que emerge desde lo biológico hasta un estrato más superficial que es el social.

En cuanto a la acción humana, según Danermark, *“es necesaria para que pueda existir la sociedad; la sociedad depende de las acciones humanas, estas consisten en el ejercicio de las fuerzas que los agentes tienen, dependen y están determinadas por estructuras sociales, para explicarlas es necesario utilizar el lenguaje del agente es decir sus deseos, motivaciones, intenciones, representaciones, etc.”*, (Danermark B. , 2016, p. 118), entonces la acción no está determinada en sentido único, sino que tiene una determinación múltiple dentro del proceso o marco en el cual adquiera sentido, depende el contexto en que la o el profesional se encuentre puesto que así debe ser su reacción ante cualquier acontecimiento que se presente, teniendo que dar una solución acertada a la necesidad de abordaje al que se enfrente, teniendo discernimiento para identificar contextos de la cotidianidad de las usuarias que les limite o no a un discurso completamente abierto y consciente, con respecto a la información que debe brindar con perspectiva de género.

En el marco de la vida cotidiana, y de acuerdo a todo lo anteriormente establecido, cada individuo dentro de su grupo social, desempeña roles que actúen de acuerdo a normas, valores y fines que lleven a satisfacer el bien común del grupo donde se relaciona. De aquí pueden surgir posiciones, reglas y prácticas propias de las agrupaciones sociales, esto les hace parte de una estructura social. Para las profesionales materno infantil, dichas posiciones, reglas y prácticas pueden presentarse en su rutina de aprendizaje a lo largo del curso de su carrera, en donde las reglas para usar un lenguaje sexista-incluyente por ejemplo, han debido aprehenderlo en el módulo IX de su carrera llamado “Género Mujer y Salud”.

Quienes deben en el ejercicio profesional interactuar con sus usuarias sin olvidar sus mitos, creencias, su cultura, educación y patrones de crianza para poder romper con las barreras que les imposibilita el ejercicio del seguimiento de un tratamiento de acuerdo al diagnóstico brindado y a que siga las recomendaciones para optimizar dicho tratamiento para el cuidado de su salud, además de tratar de aliviar la carga por abusos a través de la educación e información que deban brindar con enfoque de género. Danermark señala que *“en las estructuras sociales existen reglas, prácticas y posiciones que generan aspectos de una relación social, una estructura social de este modo comprende un conjunto de objetos relacionados internamente”*, (Danermark B. , 2016, p. 115), para este estudio esa estructura está compuesta por dos agentes: la persona profesional materno infantil y la usuaria.

La relación social que se establezca entre profesional y usuaria, se vuelve importante constituyendo un mecanismo emergente, necesario del estrato social, sirve para el apego del tratamiento a seguir por parte de las usuarias y para el apego a sus controles de consulta rutinarios, incluyendo el hacer según las recomendaciones que se le brinden para mejorar su condición de salud. Algunos autores expresan que *“El ser humano es un ser eminentemente social y que necesita de dichas relaciones para vivir”*, (Polleit T. , 2014). De acuerdo a esto, una relación social en ese sentido ha sido para las/los profesionales de Salud Materno Infantil, un medio para poder satisfacer determinados objetivos en los lineamientos de atención con enfoque de género. Un elemento fundamental dentro de cualquier relación social lo constituye la comunicación, es una capacidad de las personas para obtener información de su entorno y luego poderla compartir con el resto de las personas con las cuales interactúa, algo sumamente básico para que se lleven a cabo interacciones complejas profesional-usuaria-pareja-familia, para que surja una práctica social que, profesionales materno infantil, intencionadamente traten con enfoque de género. Anthony Giddens con su teoría de la estructuración, justifica la comunicación *“como un elemento que hace posible la existencia de una sociedad estructurada”* (Danermark, 2016, p. 123).

Dicho acto de interacción puede ser potenciado por la estructura cultural, religiosa y educativa tanto del receptor y del emisor (profesional y usuaria, pareja o familiar), y pueden ser modificadas por los contextos sociales en que se lleven a cabo. Aquí juega un papel fundamental el lenguaje, ya que ambos actores sociales interaccionan a través de su proceso de socialización gracias a la información verbal, gestual o de otra índole que se utiliza para transmitir el mensaje sin dejar de lado las estructuras sociales internas y externas de cada actor involucrado.

De lo ya discutido, es necesario agregar que las prácticas sociales tienen un significado más amplio que el señalado en las interacciones; puesto que se involucran en las instituciones (los Hogares de Espera Materna, Universidad y Unidad de Salud San Marcos para este estudio). "*Las prácticas sociales son lo que son, en virtud de lo que significan para los miembros de la sociedad*" (Danermark, 2016, p. 62) y en los sistemas sociales, mediante el hecho que las acciones se ejecutan en un intervalo de tiempo, cuando las prácticas sociales se introducen como patrones de relaciones a través del tiempo, surgen los sistemas sociales, así la atención materno infantil, a través del tiempo ha logrado mejorar condiciones de salud para su población meta.

De acuerdo a Giddens, "*existen procesos de integración y reproducción de la totalidad social, mecanismos socioculturales que vinculan a los individuos con ella, reproduciéndolos en sus vidas cotidianas y como a su vez dicha totalidad social puede implicar ciertas regularidades en su flujo y desarrollo sin suprimir poderes y capacidad de elección entre las opciones de los individuos*" (Danermark B. , 2016, p. 123). Es en este sentido, para las profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil, que las reglas siempre van a estar dadas por la institución pero la acción humana que dicha población profesional realice va a depender del contexto en que se esté atendiendo a sus usuarias.

Finalmente, para la formación de las profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil, su marco de referencia lo constituye las necesidades de salud de la

población materno e infantil en El Salvador, "*dos poblaciones que ocupan el mayor porcentaje de la población y que son muy susceptibles a enfermarse, además de ser una población dependiente con características económicas, sociales y políticas que condicionan su nivel de salud*". (Mancía S. , 2016).

### **2.1.2 Condiciones generales de la práctica y la carrera Salud Materno Infantil.**

La carrera de Salud Materno Infantil es ofrecida por la Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. Estudia específicamente el área materna e infantil desde que la mujer está en la etapa reproductiva, durante el embarazo, el parto, el puerperio y al niño/a y adolescente, con énfasis en la medicina preventiva. Los conocimientos adquiridos le han permitido a las estudiantes en formación, y a sus profesionales graduadas y graduados: conocer y manejar las normalidades y detectar el riesgo para referirlo al especialista en el área tomando en cuenta un enfoque de género y derechos humanos.

De acuerdo a esto, la estructura social entre profesionales y sus usuarias han estado en una dinámica de relaciones sociales que han involucrado la práctica profesional ya aprendida para ser ejecutada desde áreas de la docencia, investigación y el qué hacer práctico comunitario, y dentro de los establecimientos de salud.

Con esto las prácticas profesionales se han podido llevar a cabo desde un contexto individual y/o colectivo con la utilización de diferentes técnicas en los programas de atención en salud de preconcepcional, planificación familiar, controles de embarazo, toma de citología, atención al puerperio y controles de crecimiento y desarrollo, en donde según Giddens y su teoría de la estructuración cada agente dentro de la atención deberá tener en su estructura social un rol que desempeñar, uno como profesional en acción y el otro como el o la usuaria recibiendo la atención.

## **2.2 PUNTOS ESENCIALES DE REFLEXIÓN.**

Las definiciones conceptuales que se encontrarán a continuación, han representado puntos esenciales para la reflexión de los hallazgos en este estudio, porque han podido guiar y mostrar la dinámica de los acontecimientos en la búsqueda de estructuras y mecanismos causales, además el realismo crítico asume la existencia de energías que aunque no están manifiestas en el nivel de los hechos empíricos o causales, existen y están allí, gobernando el resto de niveles, estas energías, una vez identificadas, a través de los mecanismos causales, pueden generar conocimiento al interpretar la realidad del fenómeno, por lo que esa identificación es fundamental para su comprensión.

La estructura social tiene implícito la vida social, en donde se encuentran aspectos como prácticas, reglas y posiciones; entonces, con relación al término prácticas profesionales, las personas deben realizar ciertos estudios para realizar una actividad laboral de tipo profesional. Durante un periodo de tiempo se aprende una teoría, una serie de conocimientos y procedimientos que, posteriormente servirán para aplicarlos en el ámbito profesional; tal ha sido la formación de profesionales graduadas/os de la carrera Salud Materno Infantil, quienes se prepararon por cinco años y el profesional aún en su cuarto año de formación pero que ya aplican teorías como las del enfoque de género en su atención. Ambos agentes forman parte de una estructura social: profesional de Salud Materno Infantil-usuaria de servicios de salud.

Y es que empezar un trabajo para cada una de las profesionales de este estudio ha implicado una etapa de adaptación, en donde si bien han sido acreditadas con ciertas habilidades y destrezas, han debido familiarizarse con los procesos propios de su profesión de acuerdo a las necesidades de sus empleadores, habiendo una persona responsable de la institución a quien deben presentar reportes y resultados de lo que ejercen y del estudiante en formación a su docente quien ejerce como guía o tutor en la labor clínica.

La práctica profesional ha significado el desarrollo habitual de la profesión de estos/as actores clave y su desempeño cotidiano. Todo profesional debe formarse permanentemente realizando cursos en los que se aprenden nuevas destrezas, nuevos procesos tecnológicos y en este sentido, deberían modificarse las actividades laborales en los sectores donde se desempeñan, ejerciendo de manera actualizada su práctica profesional, ello es parte de la vida social, según lo señala Danermark: "*al tener rutinas y reglas de comportamiento como parte de una estructura social*" (Danermark, 2016, p. 118).

Mientras, la práctica social representa un símbolo de la identidad de un grupo de personas, según Danermark: "*debe existir para que sean posibles las acciones de las personas*", (Danermark, 2016, p. 115) entonces, su verdadero significado solo lo entienden plenamente quienes forman parte de dicho grupo, así pues pueden haber prácticas sociales comunes a todas las culturas como el saludo, pero hay muchas maneras de realizarlo, como por ejemplo con un ligero levantamiento de cejas, una palabra, un gesto con la mano, entre otras. Estas prácticas sociales pueden ser aprendidas a lo largo del proceso de escolarización, por lo que algunas, además de llevarse a cabo por costumbre, pueden aprenderse por modelaje. Mientras más estemos expuestos a una práctica social de manera rutinaria, es más seguro que será parte del quehacer cotidiano, las profesionales materno infantiles han debido tomar en cuenta las prácticas sociales para poder informar y orientar a sus usuarias cuando las entrevistan.

En otro orden, la relación social se refiere a "*las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos, deportivos*" (Sotolongo, 2006, p. 130). Las relaciones interpersonales entre profesionales materno infantil y usuarias se enmarcan en la cultura social dentro del grupo al que pertenecen, reflejando un posicionamiento y un rol en la sociedad a través del proceso de socialización, es decir las/los profesionales como grupo que brinda la atención en salud, las usuarias como actores que buscan una atención para sus controles



parentales, de planificación familiar, toma de citología cérvico uterina, y sus parejas que las han acompañado a quienes las materno infantiles incluyeron dentro del proceso de atención para hacerlos partícipes de la responsabilidad reproductiva compartida con sus compañeras de vida a punto de dar a luz.

Es necesario apuntar que la sociedad es un mundo complejo de relaciones sociales cambiantes, dinámicas, conflictivas, inestables, tradicionales o en estado de transformación, en una interacción que modifica el mundo interior del ser humano. Y que puede referirse a una multitud de interacciones sociales reguladas por normas sociales entre dos o más personas, teniendo cada una su posición social y realizando un papel social, tal y como se vislumbró y que estamos conscientes que en otro momento podrían ser diferentes.

James Kennedy y Russell Eberhart (Duarte, 2014) sustentan que "*para modelar la interrelación humana es necesario modelar a los individuos en un contexto social, interrelacionando entre sí*", lo cual es precisamente lo que se ha observado que sucedió en este estudio, y se ha triangulado con los testimonios de las profesionales cuando comentaron las valoraciones de las usuarias que recibieron atención en un primer espacio y que volvieron a encontrarse notificando de sus nuevas actividades en la cotidianidad, impulsando a sus hijos e hijas a realizar actividades que vieron las profesionales tienen la capacidad de hacer.

Antonio Lucas Marín, en su manual de sociología (Marín, 2013, p. 269), señala que "*la sociabilidad entra en interacción con la ética en el momento en que empezamos a tener amistades*", esto quiere decir que la ética y la sociabilidad, tienen una relación muy estrecha, porque gracias a éstas, el ser humano tiene una gran relación consigo mismo y con los demás, asimismo las profesionales materno infantiles pueden socializar con las usuarias haciendo uso de la ética. Habiendo tomado nota de lo mostrado entre las relaciones de amistad, trabajo y respeto que se conjugaron entre los actores sociales de este estudio lo que consiguientemente permite escribir que las relaciones sociales han sido un complemento tan

importante como la relación que tenemos con nosotros mismos, para relacionarnos con otros seres, transformándose en un aspecto necesario y primordial de la vida cotidiana a través de la sociabilidad causando el menor daño posible.

Entonces, la sociabilidad se refleja como parte de la vida social, con reglas de comportamiento y rutinas que conforman una estructura social, advirtiéndose que el concepto de estructura social es un concepto subjetivo, es definido como equivalente a sistema social u organización social guiada por normas y valores. Esto se refiere a la forma que adopta el sistema de las relaciones entre individuos de una sociedad o grupo. Concepto introducido en la ciencia por George Simmel, (Blogspot, 2015) a finales del siglo XIX y por Ferdinand Tönnies para explicar las relaciones sistemáticas que vinculan a miembros de una determinada comunidad, aunque no se encuentren en ningún momento en contacto directo. En este informe queda registrado como cada una de las interacciones han debido hacerse con la presencia de ambos actores: usuaria y profesional, pero que durante su formación ha sido constituida por docente y estudiante.

De todo lo anteriormente expuesto, en una jerarquía sociológica, el comportamiento social es seguido por la acción social, generando la atención materno infantil en condiciones dignas, a través de un servicio de atención a las usuarias del sistema de salud con la intención de protegerlas, ayudarlas y cooperar en la realización de propósitos comunes, creando al mismo tiempo entes de desarrollo social con responsabilidad compartida para hombres y mujeres. De esta manera aportan las profesionales materno infantiles a que, la sociedad como el entorno propio de la persona pueda ser el espacio donde desarrollarse y vivir plenamente, gozando de sus ventajas, como la compañía, la educación, la diversión, la seguridad, el trabajo colectivo, la protección y la creación de instituciones con igualdad y equidad.

### **2.3 GÉNERO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO.**

De acuerdo a las teorías de las diferencias de género, las explicaciones de las diferencias psicológicas y relacionales entre hombres y mujeres son esencialmente

de tres tipos: biológicas, institucionales y construidas, esto es socio-psicológicas. Este planteamiento permite entender lo que han debido aprender en su proceso de formación las profesionales materno infantiles, con el fin de volverse entes en pro de las acciones justas y equilibradas para las mujeres que deban atender en sus ámbitos laborales, además de que las explicaciones institucionales de las diferencias de género, suelen acentuar también las funciones distintivas de la crianza y el cuidado de los hijos, consideran la responsabilidad de la maternidad como uno de los principales determinantes de la más amplia visión sexual del trabajo que vincula a las mujeres en general con las funciones de esposa, madre y ama de casa, con la esfera privada del hogar, contrario a los hombres quienes se desenvuelven en la esfera pública.

Algunas de las explicaciones socio psicológicas de las diferencias entre los géneros, se centran en la continua configuración de la cultura, lenguaje y realidad cotidiana mediante conceptos derivados de experiencias masculinas y mediante las categorías de las tipificaciones de la masculinidad y la feminidad, de las cuales se es parte en un ambiente de integración social, no importa si se proviene de la zona urbana o rural del país, si se estudia en instituciones privadas o públicas, lo cierto es que todas las materno infantiles y todas sus usuarias son parte de esa configuración a la cual se le debe poner atención para descubrir cuáles son sus necesidades de asistencia, desde el nivel de salud y por su puesto desde la esfera educativa que está presente como parte de la promoción de ambientes saludables.

En este sentido, al hacer un breve análisis sobre los roles y potencial del trabajo de las mujeres y hombres profesionales de la carrera Salud Materno Infantil, se tiene que su forma de pensar y actuar debería ser diferente, por sus contextos, por sus costumbres, por sus roles, de modo que se vuelve importante tomar en cuenta las teorías que explican la desigualdad entre los géneros, como la Teoría Freudiana, la Teoría de Chorodow, el Funcionalismo, la Teoría Analítica del Conflicto, la Teoría de los Sistemas Mundiales; entre otras, especialmente cuando se denota que entre hombres y mujeres existen diferencias que superponen a uno sobre otro, perpetuando las relaciones de poder que ponen en desventaja, casi por tradición a

las mujeres, pero que, como un compromiso de su formación, los materno infantiles deben aportar a abolir.

Actualmente, sobre la perspectiva de género, según Marta Lamas la categoría de género surge de la psicología, disciplina que primero utilizó la categoría de género para establecer una diferencia con el sexo, así lo cita de la obra "Robert Stoller Sex and Gender de 1968", y desde esta perspectiva psicológica explica Lamas, se articulan tres instancias básicas en dicha categoría: la asignación (rotulación o atribución) de género, la identidad de género y el papel de género. De acuerdo con ello, continua Lamas, *"la perspectiva de género implica el reconocimiento de que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual, además, todas las sociedades estructuran su vida y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual"*, (Lamas, 2007, p.25).

En tal sentido, es necesario agregar que en cuanto al aprendizaje y el género, según la misma autora, la educación es una pauta importante, y una perspectiva de género desde la educación, abarca varios ámbitos, desde el diseño de libros de texto y programas no sexistas, hasta el desarrollo de políticas de igualdad de trato y oportunidades entre maestros y maestras. Así como en el ámbito laboral es importante suprimir la discriminación que afecta a la población femenina, en el terreno educativo es crucial eliminar las representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género. Estos constituyeron puntos relevantes a investigar en este estudio sobre la atención que deben brindar las profesionales materno infantiles, puesto que el eje educativo forma una parte importante de su formación.

Lamas incluye en su documento, sobre Género democracia y ciudadanía, que *"el desarrollo de un estado implica como consecuencia inevitable de la modernización y pone en cuestión la división el trabajo en la familia y la sociedad, agudizando la contradicción entre el rol femenino tradicional y los nuevos roles de ciudadana y trabajadora"*, en consecuencia, la labor materno infantil con una atención utilizando una perspectiva de género moderno, ayudará a reconocer cómo las costumbres

culturales pueden limitar la participación femenina en la vida pública. Según la idea de Lamas, se crea entonces la necesidad de la reestructuración de la infraestructura de servicios sociales, en donde se requerirá de servicios que apoyen de manera colectiva a la mujer insertada en el ámbito laboral, con nuevas distribuciones de tareas y que se incluya la organización de los servicios públicos, incluyendo mejoras en el tiempo de atención, el espacio de atención entre otras necesidades que se deban cubrir tomando en cuenta el modernismo y el enfoque de género; aspectos que precisamente han sido cuestionados y observados en la atención dentro de los lugares de trabajo de los cinco profesionales.

Agrega Lamas, que *"un lugar privilegiado tanto para la modificación de pautas sexistas como para su reforzamiento es la educación"* (Lamas, 2007, p. 25), por lo que más que interés en el fenómeno en estudio, se tiene la certeza sobre la importancia que tiene la información y educación para modificar pautas sexistas o para evitar reforzarlas; y por lo tanto, la perspectiva de género ha venido a suponer el revisar el contexto donde se desarrolla la interacción de las profesionales materno infantil con las usuarias y usuarios que deban atender en su cotidianidad.

#### **2.4 LOS COMPORTAMIENTOS INTENCIONALES DAN VIDA A LAS ACCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN.**

De manera secundaria para este estudio, ha sido esencial tomar en cuenta dos paradigmas que han servido para la reflexión de los hallazgos: el paradigma de los hechos y el paradigma de la acción. En el paradigma de los hechos como su nombre lo indica, *"son los hechos sociales los que se estudian y tienen su existencia propia. A estos hechos pertenecen sobre todo instituciones u otros fenómenos a nivel macroeconómico, como normas, el estado, el mercado de trabajo, la familia, el mercado de materias primas y productos"* (Danermark, 2016, p. 119). En este objeto de estudio, la Universidad de El Salvador a través de la

Carrera Salud Materno Infantil como institución forma valores y formas de atención en profesionales hacia mujeres e infantes con enfoque de género y habilidades para brindar atención, de acuerdo a las necesidades fisiológicas, anatómicas y sociales que se descubren por la anamnesis, con base a ello son esas macro estructuras que determinan las áreas problemáticas de las ciencias sociales, las acciones de las profesionales que también pueden ser reducidas o llevadas a esas condiciones.

Para el paradigma de la acción "*son las personas como individuos, los agentes que actúan a partir de sus propias metas y propósitos, con base en antecedentes del sentido que otorgan a su ambiente social o la interpretación que hacen de los fenómenos de su entorno*" (Danermark, 2016, p. 119). En tal sentido, el punto de partida no son las instituciones y las estructuras sociales, sino las acciones; es decir, los comportamientos intencionales y llenos de sentido que cada individuo o que cada profesional de Salud Materno Infantil hace porque quiere alcanzar sus objetivos.

### **III. DISEÑO METODOLÓGICO.**

Este capítulo muestra de qué modo se produjeron los datos descriptivos desde un contexto natural, habiendo considerado los componentes filosóficos y teóricos descritos en el capítulo anterior, luego correspondió considerar los escenarios y las personas; de acuerdo a Taylor y Bogdan para "*encarar el mundo empírico*" (Bolseguí M., 2006 p. 209); por lo que se describe la fundamentación de la construcción del conocimiento, una reflexión metodológica para luego detallar en los instrumentos, técnicas de recolección de datos, la población, lugar y cómo se seleccionaron, cómo se procesó y analizó la información entre otros aspectos necesarios de acuerdo a la investigación cualitativa para responder al diseño del estudio.

#### **3.1 FUNDAMENTACIÓN DE LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO.**

Bashkar inicia su propuesta filosófica haciendo la pregunta "¿En qué medida puede la sociedad ser conocida de la misma manera que la naturaleza?" (Parada J. C., 2004, p. 413), ya que según él, en el estudio de la dimensión de lo real es necesario hacer una búsqueda de estructuras y mecanismos causales que conlleven a generar conocimientos en tres niveles: los hechos empíricos, los acontecimientos y lo verdadero; en donde una teoría realista crítica debe generar un proceso de comprensión de esa realidad que parta de un primer nivel, pueda pasar al siguiente nivel y profundice en el tercero.

Así el realismo crítico, como postura filosófica, fue útil para analizar el fenómeno de este estudio porque se ha considerado que se debe partir desde el fenómeno manifiesto hasta el mecanismo generativo, utilizando una metodología cualitativa que profundice en lo que se quiso conocer, con técnicas e instrumentos que respondieron a recopilar los sucesos desde la práctica cotidiana de la atención materno infantil, hasta las relaciones sociales que hacen posible o limitan el uso del enfoque de género. Ha sido pertinente por la justificación del estudio utilizar el enfoque de la investigación acción, porque se desarrolló el estudio sobre la propia

práctica de estas profesionales con sus usuarias aplicando el enfoque de género y se cree será necesario orientar a la población observada en base a los hallazgos lo que permitirá también que se tenga un producto que aporte a la Carrera Salud Materno Infantil en su proceso de innovación curricular.

Considerar la postura filosófica del realismo crítico, ha implicado para este estudio, puntualizar que existe una unidad esencial del método a utilizar entre las ciencias naturales y las ciencias sociales, esa unidad ha sido la historia clínica en la atención materno infantil con un apartado ecológico social, en donde se llega al cuestionamiento de los acontecimientos sociales de las usuarias partiendo de sus consultas de tipo anátomo-fisiológico que conllevaron finalmente a decidir la metodología de trabajo.

### **3.2 REFLEXIÓN METODOLÓGICA.**

Ha sido necesario en primer lugar, después de la reflexión epistemológica, elegir un método específico para responder a los objetivos tratando lo social que es dinámico como característica particular de los sujetos; siendo el método idóneo el llamado: método cualitativo, y con ello estudiar y profundizar en la dinámica de las prácticas cotidianas con enfoque de género, así como las relaciones sociales que facilitan y/o delimitan el uso de dicho enfoque en la atención materno infantil por profesionales que han debido en su formación, adquirir habilidades de comunicación que les genere tener una consciencia discursiva práctica, y que es posible penetrar de manera variada a partir de los procesos y sucesos de socialización con las usuarias, sus parejas y sus familias.

Así, con respecto al nivel metodológico, se ha podido conducir en relación con los hallazgos gracias a las fases del método cualitativo, ya que descubrir cuáles son las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales, ha requerido primero que se identifiquen las prácticas cotidianas con enfoque de género y también describir las relaciones sociales de la cotidianidad en el desarrollo de la atención materno infantil. Esto solo pudo ser posible gracias a dos técnicas



utilizadas en el diseño cualitativo: la observación no participante y entrevistas basadas en un guión, las que llevaron a la comprensión de esa realidad, en vez de orientarse a buscar causas, controlar y explicar, se han comprendido las interacciones complejas, lo que generó una comprensión experiencial dando importancia a la convivencia profesional materno infantil con las usuarias y sus parejas, habiendo realizado una lectura de la realidad desde lo complejo de la interacción humana entre estos cinco informantes clave, sin mantenerse ajenas a la historia que ha construido sus valores, su formación académica, religiosa y familiar que les ha permitido contextualizarse en la necesidad de promover y ejecutar una atención que incluya el enfoque de género y aportar a suprimir acciones que dejan en desventaja históricamente sobre todo a la mujer.

La construcción del diseño de esta investigación de tipo cualitativa se realizó en varias fases o momentos: la fase inicial llamada fase de diseño, a la cual le siguió la recolección, construcción y análisis de la información hasta llegar a la fase de construcción teórica.

Así en la primera fase, la naturaleza del objeto de estudio dió la pauta para las fases que componen el tipo de investigación y que, según Guba y Lincoln, el diseño de este tipo de investigación emerge a medida que la investigación se desarrolla, utilizando el método inductivo hipotético. Al utilizar el método inductivo hipotético se pudo explorar el fenómeno desde la cotidianidad en la que se relacionan las profesionales materno infantiles con las usuarias del sistema de salud pública, sus parejas y familiares que les acompañan, de las cuales las hipótesis anteriormente planteadas solamente constituyeron los primeros pasos de recogida de datos para poder iniciar con pistas o claves de interpretación.

La situación estudiada sobre las relaciones de las prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias, generó una *"estrategia de análisis de sabiduría vertical"*, como lo llama Olabuénaga (Olabuénaga, 2003, p. 77), habiendo seleccionado profesionales materno infantiles que se entrevistaron y observaron en su cotidianidad.

La recolección de la información, construcción y análisis constituyó el ejercicio de categorización, el análisis e interpretación de acciones que se vinculan estrechamente; la teorización y construcción en el proceso de investigación sobre el fenómeno de la atención con enfoque de género por las profesionales materno infantil cuando atienden a sus usuarias, se avanzó desde una conceptualización preliminar que adquirió cada vez mayor sentido y profundidad en fases posteriores hasta llegar a una conceptualización final, que se presenta en este documento (como modelo final); es decir, una reflexión rica constituida por un modelo conceptual construido en base al objeto de estudio. Se procedió a la codificación con categorías de dos clases: especiales (las jerga de las entrevistadas) y teóricas (las que brotaron del análisis sistemático de los datos y que respondieron a la elaboración del marco teórico).

Utilizando el proceso de inducción, con los datos obtenidos, se procedió a "codificar" a partir del texto narrativo obtenido en las transcripciones de entrevistas, identificando temas o dimensiones que parecieron relevantes, tratando a su vez de controlar aquellos elementos espurios para garantizar la fiabilidad de esta investigación.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.**

De acuerdo al objeto de estudio y lo que demanda el realismo crítico, para dar respuesta a los objetivos planteados de esta investigación, se utilizaron tres técnicas de recolección de datos, se diseñaron y aplicaron cuatro instrumentos de recolección de datos. Las técnicas fueron la entrevista basada en un guión, la observación no participante y el análisis de documentos. Los instrumentos utilizados fueron un guión de entrevista (Ver Anexo No. 12), una guía de observación (Ver Anexo No.13), anotaciones de campo y grabaciones en audio.

De manera específica la entrevista basada en un guión, consistió en *"la preparación de un guión de temas a tratar teniendo las investigadoras libertad de ordenar y formular preguntas a lo largo del encuentro de la entrevista"* (Valles,

2003, p. 180), necesarias para identificar por las respuestas de las informantes, cuáles eran aquellos elementos que cuidan de realizar las atenciones con enfoque de género en su espacio de atención. Se discutió sobre los temas en detalle con cinco profesionales de la carrera Salud Materno Infantil en sus áreas de trabajo, cuatro mujeres y un hombre de manera individual, se prosiguió de manera colectiva a hacer preguntas a las usuarias presentes para triangular la información.

El guión de entrevista consistió en la preparación de un listado de temas a tratar, ordenados de acuerdo a los objetivos específicos y a los niveles de realidad a los cuales se consideró encontrar mecanismos generativos para la atención con enfoque de género, tratando de describir cuales eran las relaciones sociales en desarrollo durante las mismas.

La observación no participante, fue otra técnica utilizada para observar la dinámica de la población al enfrentar el fenómeno en estudio desde la cotidianidad, tomando en cuenta sus expresiones verbales y no verbales para interpretarlas y explicar los significados, tal como el autor Olabuénaga sugiere hacerlo (Olabuénaga, 2003, pp. 125-153): *visualizando el contexto* de la atención prenatal y las relaciones sociales que surgieron mediante la atención en los controles prenatales de las usuarias presentes en el Hogar de Espera Materna, incluidos sus parejas tomando en cuenta la cotidianidad de las atenciones brindadas con enfoque de género por las profesionales Materno Infantiles, además de la atención en la UCSF San Marcos por parte de uno de los informantes clave en práctica clínica; dado a que la cotidianidad se constituye por aquellas prácticas, lógicas, espacios y temporalidades que garantizan la reproducción social por la vía de la interacción. Para ello se diseñó y aplicó una guía de observación.

Análisis de documentos fue una técnica que surgió en el momento de la observación no participante y durante la entrevista a las profesionales, porque cada profesional mostró parte de formularios, papelería de atención y los expedientes de las usuarias que atendieron para reforzar o comprobar lo que verbalmente respondían a las preguntas de la entrevista. Fue de mucha utilidad para poder contrastar, a través de la vía escrita, lo que se documenta de la atención,

plasmando el uso de herramientas que denotan las habilidades ganadas y el uso del enfoque de género en la práctica cotidiana de las profesionales. Se utilizó un cuaderno llamado "anotaciones de campo" para registrar y describir las características de los documentos mostrados.

Grabación en audios, son instrumentos de cada entrevista, las que fueron grabadas desde un teléfono de tipo Smartphone. Este insumo permitió captar el audio de las preguntas y respuestas verbalmente expresadas de las investigadoras y las informantes clave. Lo que aportó a vaciar la información de manera textual, transcribiendo lo que se dijo, para poder procesarlo, así los datos han sido ordenados en matrices según las preguntas realizadas, agrupadas y codificadas con un color rojo, subrayadas y resaltadas de amarillo de acuerdo al aspecto común que se responde por pregunta, agregando después en otra matriz los escritos hechos por las investigadoras del instrumento de observación no participante. Una ventaja es que la información escrita ha permitido regresar las veces necesarias para hacer las debidas interpretaciones, reflexiones y análisis.

Las anotaciones de campo se fueron construyendo a lo largo de las visitas a las informantes clave para tener un insumo grafo que permitió recordar sobre detalles como la hora de llegada a los establecimientos, rótulos de los lugares que se encontraron en la ruta para llegar a los establecimientos, o pensamientos analítico-critico que de momento fueron surgiendo por las investigadoras al estar inmersas en el fenómeno estudiado. Las expresiones visualizadas por las profesionales y sus usuarias también fueron registradas en estas anotaciones de campo.

### **3.4 POBLACIÓN Y LUGAR.**

La población en estudio estuvo constituida por cinco personas profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil. Cuatro de las profesionales son mujeres graduadas que laboran en los Hogares de Espera Materna de las localidades de Suchitoto en el departamento de Cuscatlán, Perquín en el departamento de Morazán, dos profesionales en Planes de Renderos en San Salvador y un profesional hombre, en

formación de pregrado durante su práctica clínica en la Unidad de Salud de San Marcos del municipio San Marcos en el departamento de San Salvador.

### **3.5 TIPO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

El tipo y selección de muestra para este estudio ha sido por conveniencia, ya que se consideró que la representatividad de ésta estuvo dado por las características que tienen en común: la atención según el perfil materno infantil a población de mujeres que consultan por controles prenatales, puerperales, toma de citologías, control y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, inicio y control de anticoncepción, entre otro tipo de atención primaria en salud del perfil. Además, son profesionales que laboran en áreas de administración, investigación, atención directa a mujeres, dentro de alguna comunidad, educación según el mismo perfil, no importando si su labor es remunerada o no, si estaban dentro del área metropolitana o no.

### **3.6 MÉTODOS, TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Sobre todo, se tomó en cuenta la forma de categorización de los datos obtenidos, según el autor Olabuénaga, ya que según él, *"este es el proceso por el que el investigador aplica unas reglas de sistematización para captar mejor el contenido de su texto de campo"* (Olabuénaga, 2003, p. 203).

Se crearon matrices donde se vaciaron los datos obtenidos según el guión de preguntas, dejando agrupados los datos que responden a la misma pregunta o tema indagado por las investigadoras. Una vez se tuvo a la vista la impresión de los datos en las matrices, se procedió a aplicar las reglas de sistematización que sugiere Olabuénaga.

Estas reglas de sistematización consisten en aplicar a una unidad de registro, un criterio de variabilidad, sistematizándolo o subdividiéndolo en una serie de categorías y clasificando cada unidad en una de esas categorías. Se consideró

que pueden convertirse en una unidad de registro: las palabras, temas, caracteres, párrafos, ítems, conceptos y/o símbolos semánticos captados en la recogida de los datos. Cada uno de estas unidades de registro también fueron codificadas por colores al reconocerlas como un dato común: rojo o resaltador amarillo.

Luego la interpretación se digitó en color azul y su análisis en verde, en una columna adicional a la transcripción de las respuestas y su codificación. Para realizar la construcción del texto de campo se usaron 3 clases de categorías: Comunes, Especiales y Teóricas, dado a que son las que emergieron en el curso del análisis de datos, provenientes de una conexión clave.

El plan de análisis fue ejecutado a través de los pasos anteriores en jornadas donde se tuvieron a la vista la impresión de los datos ya vaciados en las matrices, utilizando el programa computacional Word que permitió establecer un orden de las ideas digitadas alimentándolas de la reflexión guiada por las hipótesis, los libros de texto y otras fuentes consultadas para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio. Denotándose aquí la fortaleza de la metodología cualitativa que permitió ir una y otra vez a la información hasta saturar con lo que se necesitaba vislumbrar de las informantes clave, plasmado en los instrumentos de recolección de datos.

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Para dar respuesta a los aspectos éticos que conllevó la investigación, fue necesario el uso del anonimato y confidencialidad con el fin de resguardar la información obtenida y con ello utilizarla únicamente con fines de análisis en el alcance de los objetivos que guiaron el estudio, para hacer recomendaciones que aporten a mejorar los vacíos que se encontraron, esperando mejora en las acciones profesionales y que se pueda tomar en cuenta la reflexión en la innovación curricular actual de la carrera, tal y como se espera con el uso del enfoque de la investigación acción. Para el ejercicio de la ética, se utilizó la comunicación verbal y escrita presentando un documento impreso denominado "consentimiento informado" presentado a cada informante clave, con lo que se pudo obtener su participación de manera consciente, una vez advertidas sobre el

estudio y sus fines. Se procedió también a solicitar los permisos necesarios para estar presentes durante su labor cotidiana, a sus jefaturas y a las usuarias presentes en el momento de la recolección de datos.

### **3.8 DIFICULTADES DE ABORDAJE TEÓRICO Y METODOLÓGICO, Y LIMITACIONES EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

Dentro de las dificultades de abordaje teórico y metodológico se encuentra la poca participación de hombres como Profesionales Materno Infantiles, ya que un estudio que involucre un análisis de género se debe incluir a hombres y mujeres. Por otro lado, la poca apertura de profesionales para ser observadas y entrevistadas dificultó obtener datos de un grupo más grande de profesionales. La falta de apoyo por la asociación de profesionales al solicitarles un censo de sus personas afiliadas aportó a la tardanza para identificar recursos que cumplieran con los mismos criterios de inclusión establecidos para la representatividad de la muestra.

La falta de asistencia de usuarias en los Hogares de Espera Materna de ciudades como Izalco, en el departamento de Sonsonate y Sensuntepeque, en el departamento de Cabañas, hizo imposible incluir a las profesionales de esas zonas, y que habían aceptado participar en el estudio.

No se pudo encontrar la forma de cómo contactar más hombres que laboran como profesionales materno infantil en las islas de municipio de Jiquilisco, en el departamento de Usulután y algunos contactados que se encontraban laborando en zonas fronterizas entre El Salvador y Honduras, zonas de difícil acceso para las investigadoras.

## **IV. RESULTADOS, CAPTACIÓN DIRECTA DEL MUNDO SOCIAL**

**-"Digamos cuando el hombre está ahí y es machista o ella tiene pensamiento machista, trato de orientar esa idea a dar vuelta la tortilla no lo dejo pasar" Profesional Materno Infantil.**

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de la información obtenida de las personas informantes clave presentando la información tal cual lo han dicho. La información ha sido procesada considerando la vivencia de cada uno y cada una en sus lugares de trabajo, brindando atención a las usuarias. Se presentan entonces los argumentos más representativos por cada informante clave según las preguntas y temas del instrumento de recolección de información.

Es importante este capítulo puesto que desde las transcripciones se ha identificado y plasmado por escrito esa información verbal obtenida al igual que los hechos observados que dieron paso a identificar los procesos y mecanismos que se han querido descubrir guiadas por el realismo crítico. En este sentido, cada subtítulo es precisamente ese mecanismo que da vida a las prácticas sociales con la intención de utilizar el enfoque de género en la atención a las usuarias por las profesionales de Salud Materno Infantil y han sido ordenados de acuerdo a los niveles: de los hechos empíricos, nivel de acontecimientos y el nivel de lo verdadero; según lo nombra el autor Jaime Corrales Parada para evidenciar que una teoría realista crítica, genera un proceso de comprensión de la realidad partiendo de un primer nivel, que pueda pasar al siguiente y profundizar en el tercero identificando las estructuras y los mecanismos causales.

### **4.1 NIVEL DE LOS HECHOS EMPÍRICOS.**

Se refiere a lo que se observa, es decir la atención del perfil de la carrera Salud Materno Infantil.



#### **4.1.1 Atención brindada y casos observados.**

Los tipos de atención observados fueron atenciones prenatales subsecuentes en los Hogares de Espera Materna; controles de planificación familiar, abastecimiento del método anticonceptivo, toma de citología, evaluación de mamas en la UCSF San Marcos; en todos los establecimientos se observó la atención educativa y consejerías a nivel individual y consejerías brindadas durante las visitas.

Estos fueron los hechos empíricos, sin dejar de mencionar que cada profesional de manera sistemática: recibe dentro de su consultorio a las usuarias, preguntan el motivo de su visita, escriben en el expediente clínico, inician la fase de recolección de datos de la anamnesis en orden lógico, según los apartados de la historia clínica: "Consulta por", "Presente enfermedad" (aquí se escriben los signos y síntomas referidos por las usuarias en detalle, historial de automedicación y lectura de exámenes del perfil de bienestar fetal y ultrasonografía de las usuarias de los HEM), "Antecedentes ginecológicos", "Antecedentes obstétricos", "Antecedentes de enfermedades personales y familiares", "Antecedentes ecológico sociales". Luego de esta entrevista cada uno de los profesionales hizo pasar a las usuarias al espacio en donde les realizaron el examen físico correspondiente a la consulta, tomando la presión arterial y temperatura corporal; las usuarias que llegaron por primera vez, fueron examinadas de manera céfalo caudal completamente y las de consulta subsecuente, fueron examinadas como un seguimiento solo de su abdomen en el caso de las embarazadas en los HEM; en UCSF San Marcos el estudiante examinó, mamas y genitales a la usuaria de toma de pap, a las usuarias de abastecimiento de método anticonceptivo les examinó mamas solamente.

A cada usuaria se le brindó un gesto de bienvenida con amabilidad, se presentó cada profesional identificándose de la carrera Salud Materno Infantil. Mientras abordaron algunos apartados de la anamnesis y se examinan a las usuarias, cada profesional informó sobre aspectos de salud que debían conocer sobre sus dolencias o sobre cuidados preventivos.

Aquellas usuarias que llegaron acompañadas de sus parejas en los HEM o con sus familiares, se les hizo pasar a cada acompañante preguntándole primero a las usuarias si estaban de acuerdo con el involucramiento de dichas personas. Cada usuaria escogió que se involucraran a sus parejas o familiares. En el caso de UCSF San Marcos, las mujeres atendidas llegaron solas.

A todas las usuarias se les informó sobre su estado de salud, se les habló sobre contenidos que ya tienen las profesionales en sus listas como lineamiento del programa de atención: derechos humanos, enfoque de género, participación activa de sus parejas en el cuidado de sus hijos e hijas por nacer, se les informó sobre métodos anticonceptivos temporales y permanentes para hombres y mujeres, el uso correcto de los anticonceptivos, frecuencia de uso, efectos secundarios y signos de alarma. Todas las profesionales cuentan con material visual de métodos anticonceptivos, en el HEM de Perquín tienen colgada una manta de autoría del Ministerio de Salud con las impresiones de los métodos; en HEM Planes de Renderos tienen un muestrario de elaboración propia al cual dijeron es "viejito"; en HEM Suchitoto tienen solamente un dildo y preservativos masculinos, que acusaron es de propiedad de una de las profesionales laborando y lo presta a cada una de sus colegas; en la UCSF San Marcos están pegados en la pared carteles de pasos para la toma de citología, pasos para el autoexamen de mamas y uso de métodos anticonceptivos inyectables, estos carteles son propiedad del personal de enfermería que labora en la institución, no hay materiales elaborados por el estudiante observado y entrevistado.

Luego de la anamnesis de la fase de educación, cada profesional ha tomado las decisiones correspondientes de la atención de acuerdo a las necesidades del caso atendido. Las cinco personas profesionales utilizan un vocabulario incluyente de hombres y mujeres, explican sobre qué es género, sobre igualdad y equidad de oportunidades para cada uno de los que consultan y sus familias; notándose mucha fluidez y manejo de la información, pero mucho más naturalidad en la expresión con perspectiva de género, en el informante del sexo masculino. Todos

los informantes dejan por escrito lo que han hecho durante la atención, censan su trabajo, se dirigen a las usuarias con respeto y calidez.

#### **4.1.2 Definición de género según las profesionales materno infantil.**

*"Vaya género viene siendo la construcción social, es como uno se comporta dentro de una sociedad, comportándose como hombre o mujer".*

Cada una de las personas informantes respondió de manera certera a la pregunta de qué es género. Una vez teniendo claro que el grupo de profesionales conoce con certeza a qué se refiere el término, y considerando que, durante sus años de formación académica han debido formarse como parte de un proceso incluyente del uso de la perspectiva de género en su atención y promoción de cuestiones que tienen que ver con la salud preventiva, se vuelve significativo descubrir cómo lo definen, porque de ello depende en gran medida el uso del enfoque durante su labor profesional, valorando que para su atención, debe existir una acción que resulte de la relación social que requiere tratar con usuarias de los servicios de salud.

Dentro de dichos servicios, se exploró cómo se organizan para ejercer su labor cuidando del uso del enfoque de género, como administran su tiempo, ya que por la lectura hecha se ha aprendido que también el tiempo es significativo en una atención con enfoque de género, entre otras actividades de la cotidianidad que lo reflejen y que se detallan en este informe.

#### **4.2 NIVEL DE ACONTECIMIENTOS.**

Se refiere a la búsqueda profunda realizada dentro de lo real, lo que sucede, los eventos en la cotidianidad de la atención materno infantil utilizando el enfoque de género a través del uso de herramientas que denotan las habilidades ganadas de las profesionales en su formación, partiendo del nivel de lo empírico, anteriormente presentado, para poder pasar al nivel de acontecimientos como se muestra a continuación.

#### **4.2.1 Organización de la atención en el servicio de salud cuidando el enfoque de género.**

Los programas institucionales de servicios de salud que han sido actualizados, poseen lineamientos para brindar la atención utilizando un enfoque de género, especialmente el programa de planificación familiar, que requiere una labor educativa amplia y es aquí, donde se puede trabajar con las usuarias informándolas sobre definiciones de género, relaciones sociales justas para hombres y mujeres, usos de anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres, el beneficio de su uso cuando hombres y mujeres son parte del desarrollo de la sociedad entre otros muchos temas que se pueden abordar desde la labor educativa dentro del consultorio y como parte de las actividades del perfil profesional que demanda una atención organizada de profesionales materno infantiles.

Como actividad del área educativa, estos tópicos fueron abordados por las cuatro profesionales materno infantiles y el estudiante en práctica clínica, en la atención que brindaron a las embarazadas ingresadas en los Hogares de Espera Materna y en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Marcos. Para las usuarias que llevaron a sus parejas o familiares, las profesionales tuvieron la cortesía de incluir a las parejas en el abordaje de la educación y atención, utilizando el importante enfoque de género, lo declararon en la entrevista y se observó en las atenciones:

*“Los esposos vienen, se quedan afuera, pero cuando vamos a dar una charla los incluimos a ellos y a otros familiares que vengan”. “También los hacemos que entren para que se den cuenta de cómo está su pareja”.*

Al entrevistar a las profesionales materno infantiles y preguntarles si ellas permiten que entre la pareja, respondieron con mucha seguridad y con movimientos de la cabeza, afirmándolo con entusiasmo y mostrando foto galerías donde ellas dejan plasmados imágenes de su quehacer cotidiano.

Una acción con enfoque de género, es precisamente el involucrar a los hombres en el cuidado y atención de sus parejas embarazadas, lo cual ha requerido de la visión

de las profesionales, porque no está escrito como lineamiento de atención que así se haga, a pesar que se quiere involucrar a hombres y mujeres con responsabilidad por igual en su vida reproductiva y productiva. Los lineamientos de atención a la mujer en el período de preconcepción, embarazo, parto, puerperio y recién nacido, contempla una visión de atención con enfoque de género, siendo la aplicación más amplia del enfoque de género para este lineamiento, el abordaje educativo de la atención, comprendiendo que el examen físico y atención ginecológica y obstétrica de las mujeres usuarias de los programas es algo que tiene que ver más con el sexo que con el género. Las profesionales al incorporar a las parejas han contribuido más de lo que el lineamiento establece, en el involucramiento de hombres y mujeres en la esfera reproductiva.

Una de las técnicas más utilizadas en la formación materno infantil, es el abordaje de las problemáticas a través de consejerías, en donde al identificar la necesidad de una toma de decisión por parte de la mujer y su pareja con respecto a su salud sexual y reproductiva, requiere la toma de una decisión informada, entonces las profesionales, trabajan la atención educativa usando un enfoque de género, utilizando dicha técnica y ellas lo confirman respondiendo en la entrevista.

*-“Hacemos IEC es decir, información, educación y comunicación a través de consejerías, entregas educativas, dependiendo a qué horas viene la pareja o la familia y les involucramos para que ayuden a la mujeres cuando regresan a casa después de su parto”.*

La consejería se observó, es una de las principales técnicas educativas utilizadas en los HEM, puesto que cuentan con el tiempo suficiente para realizar el proceso de comunicación entre los agentes involucrados, mientras que en la UCSF San Marcos la consejería lleva un tiempo adicional de sensibilización de la usuaria para hacerla participe, porque asume que la consulta ambulatoria debe hacerse en poco tiempo. Desafiando la disponibilidad de tiempo, tanto en HEM como en UCSF San Marcos los cinco informantes han realizado labores de consejería individual y colectiva. Lo que se debe hacer notar es cómo las cuatro informantes que laboran en HEM utilizan la palabra "ayuda" como una acción que deben hacer las parejas de las usuarias, lo cual no rompe con los estereotipos de género, puesto que el rol

de padre y madre responsable corresponde a las actividades de la esfera reproductiva tanto de la mujer como del hombre, mientras que el término "ayuda" denota que la responsabilidad es solo de uno de los progenitores.

#### **4.2.2 Verificación del tiempo de atención.**

En la organización de la atención con enfoque de género, es importante tomar en cuenta el tiempo que requiere brindar una atención materno infantil contra los tiempos de las usuarias, los días y las horas a que se puede citar en sus próximas atenciones, ya que al valorar que tanto hombres como mujeres pueden ser parte del rol productivo de la sociedad, la atención dentro de los servicios de salud pública debe ser ágil, para no entorpecer las otras actividades que las usuarias tienen, como parte de sus actividades cotidianas y de su participación en la esfera productiva.

Empero, esta cuestión de organización del tiempo, no es vista por las profesionales materno infantiles como algo en pro de las usuarias como parte del desarrollo de la sociedad en su quehacer cotidiano, ya que las profesionales solamente toman en cuenta los tiempos que ellas como profesionales requieren para hacer sus actividades ya calendarizadas, como parte de su trabajo,

*"No pongo tiempo de cuanto me voy a tardar pero si tengo establecido mis horarios para examinar porque ya de ahí después las examino entre 7 y 9, de ahí las vuelvo a examinar de 12 a 1 después del almuerzo, a veces dependiendo como estén a las 11 y en la tarde la examino de 3 a 5 ya terminando mi turno".*

Es importante recalcar, que ninguna de las cinco personas profesionales observadas verifican el tiempo de atención, para el profesional masculino, es la docente quien verifica el tiempo para que pueda trabajar con la próxima usuaria, le apresura si es necesario o le limita que haga algunos procedimientos si le ha requerido más tiempo del que ella considera es prudente. Se vuelve importante verificar el tiempo para una atención con enfoque de género, porque significa tomar en cuenta a mujeres y hombres como parte del desarrollo de una sociedad cumpliendo roles reproductivos y productivos con igualdad y equidad de beneficios

y derechos; ahora bien, para las cuatro profesionales atendiendo los HEM no es relevante el tiempo de atención desde ningún punto de vista puesto que las usuarias se quedan alojadas dentro del hogar, como estar ingresadas en el hospital, hecho que las separa (a las usuarias) de cualquiera de sus actividades cotidianas y no están pendientes de volver a sus quehaceres, se incorporarán a esa rutina hasta después de su recuperación del parto intrahospitalario.

En cambio para el estudiante, el tiempo de la atención dentro de la unidad de salud, si es relevante porque las usuarias son atendidas de manera ambulatoria y han debido coordinar el tiempo de sus otras actividades para acudir al establecimiento y retornar a ellas ya sean como empleadas o como amas de casa, entendiendo que la unidad de salud no es un lugar donde deban quedar ingresadas, pero que ellas (las usuarias de unidad de salud), coordinan sus actividades para hacer una pausa y acudir al establecimiento donde hay otras usuarias de cualquier otro tipo de atención similar o no. Deben esperar su turno desde que llegan, les toman sus datos personales para extraer sus expedientes en el espacio de archivo, les toman signos vitales el mismo personal de salud que lo hace para cada uno de los usuarios y usuarias de todo el establecimiento, hasta que son acomodadas por orden de llegada en el área de selección, una vez han encontrado su expediente, para finalmente recibir la consulta materno infantil.

*"Aquí tenemos la ventaja que las señoras están como digamos ingresadas por varios días, entonces, tenemos una rutina pero cuando alguien recibe su turno, lo primero que se hace es examinarlas para ver como las deja la compañera que entrega su turno. Entonces, luego de evaluarlas, vamos a la cocina para que se preparen algo de comer y luego seguimos con la rutina establecida de educación individual o lo hacemos con todas si hay varias ingresadas."*

*"Aquí las señoras deben esperar su turno, a veces es tardado en archivo porque les busca el expediente, pero ya vienen preparados"*

#### **4.2.3 Elementos dentro del espacio de atención que requieren del cuidado del uso de enfoque de género.**

Dentro del espacio físico para brindar una atención materno infantil con enfoque de género, debe retomarse con importancia el aspecto visual, por ejemplo: los carteles

que aportan un apoyo didáctico dentro de la atención materno infantil, deben ser armónicos con dicho enfoque al mostrar elementos que sean incluyentes, tanto de hombres como de mujeres en roles que pueden desempeñar como parte del ejercicio de su sexualidad y responsabilidad productiva y reproductiva, sin que se cargue a ambos en roles que, históricamente se les han asignado, poniéndoles en desventaja. Así pues, todas las informantes poseen dentro de sus espacios de trabajo algunos carteles para armonizar su quehacer con imágenes, poseen rota folios para apoyarse en las actividades educativas, objetos reales y muestrarios; algunos de estos elementos son de autoría y diseño propio, otros no.

Una de las informantes que ha elaborado sus propios materiales no incluyó imágenes masculinas, expresando que no lo hizo porque no llegan a diario los hombres parejas de las usuarias, por lo que no creyó que fuera relevante usar imágenes involucrando hombres y mujeres.

Para otras profesionales, hay limitantes para ambientar los espacios colocando en las paredes carteles con imágenes que refuercen el enfoque de género o de otra índole, puesto que el local es alquilado y el dueño no les permite pegar objetos por temor que se deteriore la pintura de las paredes, lo poco que han logrado pegar, lo han colocado utilizando imágenes en quehaceres cotidianos o cuidados de la salud con imágenes de hombres y mujeres sin estar conscientes de hacerlo como tal, para usar un enfoque de género a través de las imágenes.

*-"Fíjese que no, no nos hemos percatado de pegar cosas involucrando hombres y mujeres pensando en un enfoque de género, no, porque si tenemos pegado cosas de lactancia. Por ahí había una cosita de sus derechos de usuario pero no del enfoque de género como tal."*

*-"Estas imágenes, ahí se puede ver en ese rótulo y eso principalmente tenemos, como el dueño no nos permite poner mayor cosa y ahorita hemos quitado los afiches".*

Pareciera que no se es del todo consciente en su labor profesional el uso del enfoque de género expresado en imágenes, como algo que deban tener el cuidado de hacer dentro del espacio físico con variedad de acciones, si quieren brindar su atención con dicho enfoque; en tanto particularmente, para el uso de métodos



anticonceptivos, sí son conscientes de enviar mensajes a través de imágenes con métodos que pueden usar tanto hombres y mujeres siendo co-responsables en la esfera reproductiva; retoman la perspectiva genérica en acciones muy particulares de la salud sexual y reproductiva de manera rutinaria, parece habiéndolo aprehendido como tal. Utilizando sus habilidades manuales para elaborar sus propios medios didácticos, dos informantes clave poseen materiales de su propia autoría, pero sin haberlos actualizado por algún tiempo.

*"-Si, este muestrario de métodos anticonceptivos ya está algo viejito, pero nos sirve para que vean los métodos cuando les damos consejería para que decidan qué van a usar después del parto".*

Una profesional expresó no utilizar sus propios medios didácticos pensando en utilizar el enfoque de género, sin embargo, se siente comprometida en brindar una atención que incluya una labor educativa con explicaciones sobre el estado de salud, incluyendo en el discurso un vocabulario incluyente de ambos géneros e información que rompe con los estereotipos de género; siendo esta profesional la única que ha continuado con su labor de autoformación en otros temas relacionados o no a la atención materno infantil, su respuesta y forma de brindar atención se deja ver con mucho empoderamiento y fluidez verbal tanto en el discurso, como en la forma de establecer una relación de atención con respeto y de servicio, explicó la importancia que le significa el brindar información sobre varios temas que no se les brinda en el hospital, porque las consultas según su parecer deben ser rápidas, por lo anterior se manifiesta con más facilidad de la visualización amplia del contexto, de la realidad expresada en la atención de las usuarias cuando se sigue la autoformación.

Mientras tanto, cuando se está aún en proceso de formación, no hay iniciativa mostrada para la elaboración de material didáctico a utilizar dentro del consultorio, se actúa más según lineamientos que refuerza la tutora clínica, con ello se denota que es la docente quién debe promover el diseño de material didáctico.

Otro elemento importante dentro del espacio de atención, trata de los contenidos teóricos que se deben abordar en el área educativa, éstos deben ser debidamente escogidos para promover actitudes y deconstruir los estereotipos de que sólo hombres o sólo mujeres pueden hacer ciertas actividades; por supuesto, adicional a la información que se les debe proporcionar en cuanto a lineamientos generales de la atención que recibirán o cuestiones sobre su salud, para ello es importante valorar elementos como los tipos de familias, religión, valores personales que pueden afectar o armonizar las relaciones sociales entre las profesionales materno infantiles, las usuarias y sus parejas. Al haber una relación social digamos "armónica" entre estos tres elementos se debe tomar en cuenta las tres características de la interacción social: la indexicalidad, la reflectividad y apertura.

Es decir, que "el aquí y el ahora", siempre involucra a algunos con relación a algo por algo: la necesidad de una atención prenatal, pos parto o prevención del embarazo es ese "algo" que trae a las usuarias con la profesional materno infantil. La reflectividad, tiene que ver con que "hay expectativas mutuas debilitadas o reforzadas": es lo esperado por las usuarias dentro de la atención y lo que las profesionales esperan de sus usuarias como receptoras de información, consejerías e indicaciones a seguir para el bienestar propio y al verlo con enfoque de género, con el bienestar de sus parejas y familias desde la responsabilidad compartida del ejercicio pleno de su salud sexual y reproductiva, lo cual puede ser aprendido por primera vez por las usuarias y sus parejas o familiares, o se puede reforzar con la información que reciban.

En cuanto a la apertura, es decir, "siempre existe la posibilidad de otra plasmación adicional": el estar en contacto continuo con las profesionales, para el caso de las mujeres ingresadas en los Hogares de Espera Materna, es una posibilidad de que durante varias sesiones, se vayan aclarando dudas sobre algunos tópicos que tengan que ver con el enfoque de género repitiéndolos una y otra vez, o modelándolos por las profesionales.

*"-Llevábamos un plan de IEC (Información, Educación y Comunicación) en esos tenemos una página para verificación de la información que les damos. Por ejemplo en las embarazadas les damos trabajo de parto, por la violencia intrafamiliar, la influencia materna y los hábitos*

*higiénicos. Y en las familias les damos el acompañamiento a la mujer, apoyo en las tareas del hogar, identificación en los síntomas de complicaciones, los cuidados del recién nacido, aporte psicológico, participación del hombre, afecto y cariño”.*

*“Si por ejemplo con la última, es el tiempo donde está el apoyo de su pareja porque es el tiempo de él para que cuide a sus hijos”.*

La historia clínica es de rigor hacerla en cada atención que se brinda, escribiéndola en el expediente de las usuarias. Cada una de esas historias clínicas, requiere de información que puede documentarse utilizando el enfoque de género en la atención materno infantil, como por ejemplo, en los antecedentes gineco-obstétricos, donde debe registrarse el uso de métodos anticonceptivos, y en el apartado de antecedentes ecológico sociales, campos que requieren de información propia de la mujer y aquella activa sexualmente, deberían de tomarse en cuenta aspectos de su pareja. Al igual que en los datos generales, al documentarlo con enfoque de género, no puede dejar de preguntarse a qué se dedica la usuaria para verificar si hay o no participación en el área productiva, elementos que pueden retomarse a lo largo de la atención para brindar una consejería que motive a las mujeres a ser parte del desarrollo social tanto como lo ha sido históricamente el hombre.

Las informantes mostraron alguna documentación que utilizan en sus espacios de trabajo. De los documentos que mostraron, los que han sido estandarizados para recopilar la historia clínica, con el fin de facilitar la recolección de los datos personales de cada usuaria, lamentablemente se han omitido algunos aspectos dentro del espacio de "datos generales", que al utilizar el enfoque de género podrían develar la educación o la contextualización de la cotidianidad de las usuarias, esto evidenciado por los relatos siguientes:

*“Como ya es un formato dado, y no está porque fíjese que fue dado por el grupo de materno, las pioneras ellas lo quitaron para optimizar la recogida de datos”*

*"Pero hubieron varios datos que los quitaron de acá por eso que no se pregunta generalmente siempre preguntamos por la religión, el estado familiar y la escolaridad".*

Mientras tanto, para el informante del sexo masculino que aún está en formación, él sabe cuáles son los componentes de una historia clínica completa, pero no tiene la

oportunidad de poner en práctica la compilación de todos los datos, sobre todo lo ecológico social, por la orientación que recibe de su tutora clínica, puesto que explicó que la docente les limita a que recolecten dicha información por el tiempo que requiere escribir rápido, contra el volumen de usuarias que deben atender durante su práctica clínica:

*"-Si lo que pasa, ese componente es bien grueso", (refiriéndose al apartado de antecedentes ecológico sociales), "porque quierase o no hay que preguntarle sobre el estilo de vida, lo económico, lo socio-cultural. O sea, es bien amplio, pero la docente nos dice que no lo indagemos.*

*"-Fijese que en Ciudad Delgado y aquí, no lo he hecho. Siempre nos han dicho vaya ahora no".*

Es importante por lo anterior, el haber descubierto que la formación con elementos donde pueden incluirse el enfoque de género, puede verse afectada por el comportamiento y guía docente en la práctica clínica, probablemente los valores, la religión y tipo de crianza de la docente, o simplemente su valoración sobre el tiempo que requiere indagar en la entrevista cuando se hace por el grupo estudiantil, hace que rompa la regla de la enseñanza utilizando el enfoque de género requerido por el perfil de formación, siendo este descubrimiento algo delicado puesto que se ha apreciado que se interrumpiría el proceso de la interacción social que debe habilitarse en el proceso de formación profesional con enfoque de género al no hacerse de manera rutinaria interrumpiendo la ganancia de habilidades y experiencia incluida la habilidad de la comunicación efectiva.

#### **4.2.4 Esfuerzo por corregir las creencias y las etnoprácticas con estereotipo de género.**

El fenómeno de las etnoprácticas es vinculante con la percepción mágica, las creencias, las prácticas, costumbres y la forma cómo referirse a estar bien o estar mal, es decir forma parte de la complejidad cultural, simbólica y lingüística de nuestra sociedad y en el sentido de la civilización constituyen un conjunto de formas de vida aprendidos, creados y transmitidos de una generación a otra sin dejar atrás los estereotipos de género que ponen en desventaja sobre todo históricamente a las mujeres.

Pero al preguntar por el término etnoprácticas, rápidamente algunas de las profesionales materno infantil buscan en su labor sobre todo prácticas que afectan en el cuidado a los recién nacidos solamente, no así con miras a erradicar aquellas etnoprácticas estereotipadas sobre el género:

*“Si más que todo en el cuidado del recién nacido nosotros le decimos como lo puede bañar, como él quiera pero no tomado, que no chupe la moyera (fontanela anterior) o que no lo ponga de cabeza y decimos por qué no debe de hacerlo.”*

Es necesario que las profesionales tengan conocimiento más amplio sobre las creencias y etnoprácticas, pero focalizándolo con estereotipos de género para que enriquezcan su labor educativa en todas las edades de atención que deben brindar, no sólo en el grupo de recién nacidos. Otras profesionales sí se ubican en el sentido de evitar los estereotipos de género, cuando ya han podido interactuar con sus usuarias y al comunicarse han logrado obtener más que sólo datos de anamnesis, datos relevantes de la vida propia de las usuarias que les guía a que impulsen las ideas de la equidad entre hombres y mujeres:

*“-A sus 39 años ella no sabía más que sumar, restar y dividir. Entonces comenzó a llegar a esos encuentros y yo le pregunte que me regalara su nombre y su firma. Se le llenaron los ojos de lágrimas y me dijo que no podía escribir y le dije que me diera su nombre y la huella. Después le pregunte hasta qué grado había estudiado ella y me dijo -<<mi papá me dijo siempre que yo era una mujer que yo no valía nada y que yo venía a este mundo, a cocinar, a lavar y a tener hijos, pero nunca me dijo que yo tenía que trabajar porque eso lo hacía el hombre>>.”*

*“Digamos cuando el hombre está ahí y es machista o ella tiene pensamiento machista, trato de orientar esa idea a dar vuelta la tortilla no lo dejo pasar?”*

Las últimas líneas de la narrativa presentada fue una forma de decir por la profesional que trata de hacer cambios en las actitudes aprendidas por generaciones en sus usuarias. Es gratificante observar una atención que muestra que se ha podido entablar cierto nivel de confianza, en el cual las usuarias pueden expresar muchas cosas importantes de su vida cotidiana, pero que son elementales para descubrir cuáles son sus verdaderas necesidades educativas con perspectiva de género para poderlas orientar a que mejoren muchas de las condiciones a las que son sometidas por el contexto de su realidad, dentro de ello la labor sumada a la erradicación de estereotipos de género. Esto se logra por que

la persona materno infantil tiene la sensibilidad de contar con una perspectiva genérica en su cotidianidad y la pone en práctica.

*“Entonces lo que uno trata es de hablarles con respecto a la teoría que nosotros ya conocemos.”*

*“Si claro verdad, incluso están en su derecho de tener el verdadero conocimiento científico porque o sea quiérase o no, ellas vienen con el conocimiento del qué dirán en la calle o sea ellas vienen mas que todo con conocimientos que les han dicho las mamás de antes o los papás o las abuelitas.”*

Otras profesionales logran distinguir que también ellas pueden ser modelos de roles para las usuarias, y se advierte por las historias o testimonios que cuentan al entrevistarles:

*“Entonces se acompañó muy pequeña y su esposo la violentó de una manera psicológica increíble, entonces comenzamos a hablar y ella me dijo que quería aprender, pero hasta pasado casi un año y medio que se había dado cuenta y ella iba a las reuniones y todavía pensaba que era mentira. Al sol de hoy eso fue en el 2010, ahora ella es consejera de productos de belleza cuando hacen los cursos del día de la madre ella se los explica a los niños entonces ella es un elemento de superación increíble, es una mujer muy digna.”*

*“A una usuaria yo le dije, vaya Yanci que bueno que hallas seguido estudiando y ella me dijo que si es que si se puede, yo las veo a ustedes que trabajan y en ese momento solo la licenciada Bernal tenía hijo, y la licenciada sigue trabajando y no deja a sus hijos entonces ella aprendió por modelaje o sea que si se hace algo, con solo que a una la vean.”*

*“En nuestro equipo de trabajo, solo somos mujeres y ven (las usuarias) que de repente Ana María, es nuestra conductora de la ambulancia, y las mujeres la ven manejando y entonces se sorprenden, se admiran y ella que sólo es bachiller y sabe conducir, la observan.”*

Esta lucha por dar a conocer conceptos, realidades y teorías, debe ser aprendida y aprehendida por las profesionales materno infantiles para vislumbrar en sus usuarias, la importancia de cambiar estos patrones de abusos transmitidos generacionalmente. Se demuestra, por las transcripciones anteriormente expuestas, que en el ejercicio profesional de la mayoría de las profesionales entrevistadas, el compromiso que adquieren hacia la población que atienden, para poder ser entes de cambio de creencias, de etnoprácticas y estereotipos de género, y hasta deben trabajar con la detección de violencia, que en este estudio no se va a profundizar. La mayoría, pero no todas, puesto que también se obtuvo respuestas conservadoras de una profesional:

*“Mire eso es bien difícil, porque ellas ya están acostumbradas a la forma que viven, hay un machismo severo, algo se les habla pero no creo que cambien su forma de pensar o de vivir”*

*“Si, pues sí, uno trata, pero allá ellas si retoman, por ejemplo nosotras les hablamos de la esterilización pero algunas de ellas no quieren porque dicen que los niños que tengan les ayudan a hacer el oficio de la casa, no tienen quien más. Por ejemplo con el uso del condón también se les habla, aunque se sabe que no les gusta usarlo porque los hombres se quejan”*

*que son muy calientes, entonces se les dice que deben usar algo más seguro como el DIU o las inyecciones trimestrales"*

Expectativas mutuas (usuaria-profesional-pareja), reproducen o refuerzan las creencias y etnoprácticas de estereotipos de género o por otra parte, modifican o debilitan dichas creencias y etnoprácticas, esto último es lo más comúnmente observado a pesar de lo pesimista que se mostró una de las profesionales.

#### **4.2.5 Profesionales materno infantiles como ente crítico o crítica de las demandas ciudadanas de su localidad.**

Fue difícil, con algunas profesionales el obtener una respuesta relacionada sobre si son críticas o crítico a las demandas ciudadanas, esto denota que en su trabajo hay cierta aceptación de la cotidianidad y la naturalización de los contextos y sucesos sociales de su entorno, pudiendo limitarse a continuar con su atención sin abrirse más ideológicamente, para descubrir las necesidades ciudadanas, es decir su participación para trabajar desde su localidad para brindar aportes que favorezcan a grupos poblacionales, valorando especialmente una perspectiva de género. Esto se comprendió por algunas respuestas que incluso fueron casi descontextualizadas de lo que realmente se les estaba preguntando:

*"-Yo no", (refiriéndose a que no es crítica), "este porque no critico las demandas, porque a veces hay cosas que se dejan pasar por ejemplo, viene una embarazada y viene la familia y dice yo quiero que se quede, y viene la suegra y pregunta que por qué se va a quedar es que ahí está su casa etc. Y entonces hay una controversia, si ella quiere quedarse yo no puedo darle el alta, pero podemos ir al hospital y hablar con el ginecólogo."*

Se debió explicar a través de ejemplos de casos, al profesional en formación, el significado de ser crítico ante las demandas ciudadanas, hasta entonces, él parecía mejor contextualizado con su respuesta que las otras informantes clave, aunque no fueron profundas sus valoraciones para lo que debería tener, de connotación o importancia el ser un profesional crítico de las demandas de usuarias del sistema de salud pública.

Se notó debilidad, en cuanto al ejercicio de impulsar ese pensamiento que conlleve a acciones más de tipo de participación ciudadana con las usuarias, esto puede deberse al contexto limitado con el que cuentan el grupo de profesionales en el

estudio, al no autoformarse continuamente (con excepción de una de las informantes clave), provocándoles que se enmarquen en situaciones que no les permita visualizar la realidad más allá de lo que aportan en sus labores con respecto al ejercicio de responder a las demandas ciudadanas con un enfoque de género.

#### **4.2.6 Diseño de programas no sexistas por Materno Infantiles.**

Dentro del nivel de trabajo remunerado, algunas materno infantiles no diseñan programas, sino que ejecutan sus actividades en base a programas y actividades que ya están diseñadas, a excepción de quien está laborando en el primer Hogar de Espera Materna que se estableció en el país. Ella describe con propiedad y muy segura, sobre las acciones de diseño, propuesta de diseño y actualización que se han realizado, por ejemplo de elementos en la papelería de recolección de información sobre la historia clínica, entre otros documentos que incluso han servido para uso y trabajo de otros hogares.

El profesional en formación, diseña programas utilizando el enfoque de género porque es un requisito dentro de su formación, no por iniciativa y es un trabajo que queda a nivel de la academia, no trasciende al uso público porque debe poner en práctica ejercicios de diseño requeridos por el perfil profesional. Dependerá entonces de las oportunidades de trabajo, de su iniciativa y continuidad de formación, que las profesionales logren involucrarse y diseñar programas con miras a utilizar en estos, el enfoque de género, dentro de sus áreas de trabajo a nivel local o que trascienda su uso a la esfera pública; para ello se vuelve pertinente, como ya se dijo su autoformación, la que además debería ser continua, favoreciendo a que estén contextualizadas en un marco más amplio de la realidad social donde se encuentran inmersas, y descubran la necesidad e importancia de diseñar, mejorar o actualizar programas erradicando el sexismo, utilizando un enfoque de género.



*"Si, nosotras estamos trabajando en la innovación de la papelería para incluirle cosas que no se nos deban quedar atrás, pero esto hemos debido decírselo a la doctora encargada de FOSALUD, porque ella es nuestra jefa y así es como logramos mejorar cada vez más".*

*"Mirá yo me he metido a continuar estudiando, si cuesta porque nuestros horarios no nos permiten muchas veces, pero lo he logrado, también saqué algunos diplomados en línea sobre infecciones de transmisión sexual y otros temas que están relacionados a nuestra profesión".*

*"Bueno, yo estoy trabajando en el diseño del proyecto que vamos a desarrollar en el área de trabajo comunitario del módulo, porque así nos lo piden, es nota para nosotros".*

La profesional materno infantil que explica haber trabajado en un nivel donde ha podido ser parte del diseño de programas o su innovación con enfoque de género, es la única profesional que expresó haber continuado su formación con diplomados o capacitaciones "en línea", esto le ha dado la oportunidad de empoderarse de aspectos que puede y que ha trabajado con el nivel de jefatura superior a ella, permitiéndole ejercitar su profesión desde un contexto de aporte social más amplio que las demás, mencionando una variedad de herramientas educativas para llevar los mensajes a las usuarias; mientras que, para las otras tres profesionales según expresaron les es difícil continuar su autoformación por sus horarios de trabajo. La forma como estas últimas continúan su autoformación, es nombrando a una profesional del grupo que trabaja en el mismo HEM y por efecto de cascada, es quien deberá replicar lo nuevo a quienes no asistieron, usualmente para no dejar descubierta su área de trabajo, deben acudir a las capacitaciones las profesionales que no estén de turno (durante su día libre). De acuerdo a esta modalidad requiere un esfuerzo por cada profesional, tanto para quien replique la información como para quienes la reciban, de poner su máximo interés en la recepción y transmisión del nuevo conocimiento, que por su puesto les pueda aportar al diseño de programas no sexistas.

#### **4.2.7 Aporte para suprimir la discriminación que afecta a la población femenina, desde el desarrollo de políticas de igualdad de trato y organización interna para tratar de mejorar aspectos relacionados con enfoque de género.**

Dentro del nivel de experiencia que han logrado obtener las profesionales materno infantil, ninguna ha tenido la oportunidad de trabajar directamente en el desarrollo

de políticas de igualdad de trato, pero sí todas han participado en la organización local e interna de aspectos que estén relacionados con enfoque de género.

*"Desde un nivel de desarrollo de políticas, yo nunca he participado, pero si nosotras tratamos de incluir nuestro trabajo aquí mismo, cuando a veces vienen los señores les decimos que colaboren con ellas, y si nosotros hablamos de tratar de abarcar esa población cuando viene. Igual cuando nosotros vamos porque por lo general se va una vez al mes a la unidad de salud a hacer promoción se hace con toda la gente que está ahí y cuando vienen los señores también se les hace como pasantía para que ellos también conozcan".*

Esta organización local e interna, de la cual hablan la mayoría de informantes clave, son parte de sus actividades cotidianas y se ha triangulado con informantes de la localidad; se ha observado el dominio que poseen en cuanto al uso de herramientas y habilidades para la comunicación, organización comunitaria, local o institucional en donde, por supuesto, abordan temáticas con enfoque de género mostrando actitudes y mensajes que favorecen el mejoramiento del estado de bienestar de sus usuarias, la familia de estas, incluidos sus parejas, vislumbrando que toman en cuenta el enfoque de género en sus acciones, que si bien no es la formalidad del desarrollo de políticas como tal, pero que trabajando junto a los gobiernos locales aportan a la supresión de discriminación a hombres y mujeres desde la divulgación de la información en la atención que brindan en salud.

De esta manera, las herramientas y habilidades observadas, también expresadas por las mismas informantes, incluyen acciones como el contacto de autoridades u otro personal para coordinación y gestión de material informativo impreso, alimentación, actividades colectivas de tipo educativas dirigidas a las usuarias, pero que también incluyen la presencia de las parejas o familiares. De las instituciones mencionadas que se contactan fueron la Alcaldía local, la Policía Nacional Civil e ISDEMU, de acuerdo a lo que expresaron las entrevistadas, son instituciones comprometidas con la divulgación de temas que incluyen el enfoque de género.

*"Aquí en Suchitoto el hogar, la alcaldía trabaja mucho con el enfoque de género y todo, y si usted se fija ellos nos han dado lo de la no violencia vienen a darnos charlas al grupo de señoras y a nosotras, y todo incluyendo papelería incluidos temas sobre la protección sexual infantil entonces y ellos pues nos dan a veces panfletos, nosotros coordinamos las visitas".*

*"No es que vengan ellos a dar entregas educativas por sí solos, pero si nosotros le solicitamos si, igual es bien variado por ejemplo ahorita nosotros ya nos vamos a ir y regresamos hasta el mediodía y ellos han puesto a disposición cuando queramos y dan material educativo".*

*"Fíjese que hay un mes que la policía nacional civil nos da, nos invita, pero invita al director, y el director no pasa aquí con nosotras, sino que hay una reunión mensual con él y con el comité, así es como se replica lo que alguna persona ha recibido como capacitación y es cuando aprovecha la que se reúne de nosotras con él para que haga algunas sugerencias".*

Para algunas informantes, su respuesta relacionada a su aporte para suprimir la discriminación que afecta a la población femenina ha sido importante, puesto que denotan la importancia que tiene la participación en el desarrollo de políticas, pero reconocen que no son parte de ese esfuerzo sino a nivel local, ya que se refirieron a que si bien, no han participado en el desarrollo de políticas, pero sí trabajan el área educativa donde tratan aspectos o definiciones sobre género.

Es relevante que en sus explicaciones se denotan uso de palabras como "apoyo", "colaboración" y "solidaridad", (hacia las mujeres); acciones que las informantes describen como cuidados que divulgan o solicitan a las familias y parejas de las usuarias como parte de sus roles en la esfera reproductiva y que según las informantes, les facilitaría tomar parte en la esfera productiva. Las informantes clave, con este uso de términos demuestran que siempre ven a la mujer como un ente con la responsabilidad principal de su rol reproductivo, no ven las acciones y roles como algo que se deba hacer por hombres y mujeres con el mismo compromiso de una responsabilidad compartida.

#### **4.2.8 Uso de vocabulario no sexista e incluyente.**

De acuerdo a la teoría de la estructuración de Giddens: "la conciencia práctica tiene un significado central", esto da un significado en el influir diario de las acciones y en las interacciones con otras personas en la cotidianidad. Es precisamente lo que se estructura bajo la forma de rutinas, volviéndose hábitos. Para algunas materno infantiles, el uso del vocabulario no sexista e incluyente lo hacen de manera consciente, para otras, se puede interpretar que carece de

importancia puesto que ni siquiera se dan cuenta si hacen uso o no del vocabulario sexista, lo más probable para estas últimas es que no lo utilicen. Observándose por las respuestas obtenidas durante la entrevista en la que algunas expresaron que quizá no se dan cuenta del uso del vocabulario no sexista e incluyente:

*"Quizás no me he dado cuenta". "No le he puesto cuidado".*

Mientras que algunas de las informantes, reconocen en primer lugar que ha sido dentro de la formación recibida por la carrera Salud Materno Infantil que han aprendido el uso del enfoque de género en sus conversaciones, ya de forma cotidiana se ha vuelto una rutina el uso del lenguaje incluyente no sexista, sin que se den cuenta o de manera consciente, que lo usan con el propósito de aportar a las usuarias un modelo de expresión verbal incluyente. El uso cotidiano de este vocabulario, representa para las usuarias un aspecto a modelar en tanto más tiempo compartan con las profesionales. También se observaron acciones de significado consciente por las profesionales en cuanto a la inclusión de hombres y mujeres en la atención.

*"Uno aprende en la carrera a hablar utilizando el enfoque de género, y lo hacemos casi sin pensar en ello para poder incluir a los hombres también".*

*"Ah, no si aquí nosotras tratamos de una vez de ir involucrando a los hombres y a las mujeres desde que las atendemos".*

Mientras que, según la respuesta del profesional masculino en formación, se denota que ya está concientizado en la relevancia del uso del enfoque de género. Desde su vocabulario queda evidenciada la forma y propiedad con que expresa su idea al respecto, demuestra una fluidez tan natural de comunicación utilizando un vocabulario incluyente, además reconoce que la carrera que estudia ha sido erróneamente estigmatizada como un área de estudio para mujeres más que para hombres.

*"Bueno es algo en que hay que tener cuidado yo siento que he roto ese esquema en que se cree que solo mujeres pueden estudiar esta carrera y yo si incluyo en mi vocabulario para dirigirme a hombres y mujeres el enfoque de género para que tengamos un trato igualitario".*

Parece que le es más fácil al hombre, que a las mujeres profesionales el tener un lenguaje no sexista e incluyente, inclusive parece que es consciente en todo momento del vocabulario que utiliza en su atención, por la forma en que gesticula su expresión facial y corporal en la atención, armonizando su discurso cuando atiende a las usuarias de planificación familiar y toma de citología cérvico uterina.

#### **4.2.9 Eliminación de representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género.**

El proceso de socialización modifica, adapta o retroalimenta la conducta de cada individuo, en el intercambio de creencias, reglas, aprendizajes, motivaciones y percepciones. Para las profesionales que ya han sido instruidas sobre la importancia de eliminar las representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género, es imperativo que pongan en práctica con sus usuarias a través de la labor educativa, el modelaje de sus acciones y hasta de su lenguaje verbal y simbólico, el poder eliminar estos estereotipos para abonar al aprendizaje de sus usuarias. Esto se hace como parte de su cotidianidad, de acuerdo a lo que responden, a pesar de algunas limitantes.

Estas informantes clave, buscan la forma de presentar imágenes incluyendo a hombres y mujeres en actividades propias de los programas que atienden, por la limitante de no poder pegarlas, las enmarcan y ponen sobre repisas y expresaron que siempre hablan con las usuarias sobre derechos humanos, los derechos que ellas tienen sobre su salud sexual y reproductiva y sobre lo que ellas llaman "lo correcto".

Se pudo notar que una de las profesionales es pesimista en cuanto a sus valoraciones, ya que limita su discurso al abordaje de aspectos esenciales del cuidado de la salud pero no extendiéndose para cada situación con temas o definiciones de género y derechos. Las imágenes que tenía en su lugar de trabajo no incluyen actividades realizadas por hombres y mujeres, y es que al entrevistarla respondió que no se extiende en las explicaciones dentro de su discurso con

respecto al tema de género, porque según ella, es imposible cambiar la situación de vida de las mujeres con respecto a la igualdad o equidad con relación a los hombres, explicó; esta es una de las razones por la cual no incluye en todas sus imágenes de ambientación la figura masculina. A pesar de esto, tiene una actitud de respeto y sabe escuchar a sus usuarias, en ese proceso de comunicación logra establecer un vínculo de confianza y brinda un discurso con miras a eliminación de abusos de poder o eliminación de los estereotipos de género cuando cree conveniente hacerlo.

En cuanto al profesional en formación, incluye en su discurso un enfoque de género y derechos, toma en cuenta en su atención aspectos explicativos relacionados con los estereotipos de género y lo hace tanto como lo mencionan las profesionales con más experiencia, denotando así, el valor en la formación que ha tenido como recurso materno infantil respetuoso de los derechos humanos y del enfoque de género en sus atenciones, con el compromiso de eliminación de representaciones y discursos que reafirman los estereotipos de género.

*"Pues mira nosotros en el día a día, las atendemos, tomamos en cuenta lo que tenemos ya establecido de IEC (información, educación y comunicación) y se les va orientando para que el esposo les ayude y la familia, ya que ellos necesitarán ayuda con el nuevo bebe."*

Una vez más, se muestra en las respuestas obtenidas por algunas profesionales, la creencia de que el hombre y la familia de la usuaria deben "ayudar" a la usuaria, concepto que se vuelve importante cambiar desde la perspectiva de las profesionales, para no seguir perpetuando la carga de la obligación reproductiva sólo para la mujer, porque según lo expuesto, trabajan con miras a aportar la eliminación de representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género.

#### **4.3 NIVEL DE LO VERDADERO.**

Habiendo partido desde el nivel empírico, pasando por el nivel de acontecimientos; se profundiza en las restricciones, los poderes y limitaciones buscando estructuras y mecanismos causales en la estratificación de la dimensión de lo real.

### **4.3.1 Modelado del perfil materno infantil en la profesional que atiende a su usuaria.**

Todo un proceso de formación con duración de cinco años debe de alguna manera ser parte del accionar de las profesionales en su cotidianidad, eso precisamente es lo que les acredita al egresar de su carrera además del cumplimiento de otros requisitos académicos. Durante la observación no participante se constató que todas las personas profesionales de la carrera Salud Materno Infantil, como informantes clave para este estudio, ejercen según el perfil materno infantil en la atención a las usuarias, las profesionales debieron aprenderlo del modelaje de sus docentes, ahora cada uno y cada una, modela con su accionar ante las usuarias. Esto es notorio en la sistematización de las atenciones, cuando se les observó en su cotidianidad por separado, si bien cada agente lo hace con su propio estilo, fluidez verbal, profundidad, entrega, creencias y valores, se refleja en cada uno y en cada una lo que el perfil pretende en adquieran dentro de la formación, incluida una perspectiva genérica.

La realización directa de una pregunta en la entrevista, funcionó como autoevaluación. Cada profesional con mucha seguridad respondió que sí modelan el perfil materno infantil, es decir, para cada profesional significa hacer lo que debe hacer como profesional de Salud Materno Infantil, reconocen la existencia de algunas debilidades que han debido fortalecer ya en la práctica, estas son habilidades de aspectos de manejo técnico específicamente en habilidades obstétricas, no han sido habilidades relacionadas a aspectos sobre la atención con enfoque de género. Es importante reconocer las debilidades porque es un punto de partida para buscar acciones que las transformen en fortalezas.

*"Si, definitivamente, nosotras tuvimos un día de pasantía en el hospital para aprender a hacer el tacto vaginal, luego nos tiraron a trabajar (después de un día de capacitación iniciaron sus labores). Esa parte usted sabe es muy deficiente en nuestra enseñanza".*

*"Yo pienso que si, porque nosotras tenemos nuestra formación."*

Es trascendental para cada profesional el aprendizaje directo por modelaje, la instrucción y refuerzo docente que le prepare para hacer su labor de manera

integral; se observó en este espacio de aprendizaje en la UCSF San Marcos, que se omitieron aspectos de la atención que tuvieron que ver con la recogida de datos de la entrevista y anamnesis en el apartado de historia clínica sobre "Antecedentes ecológico sociales", espacio mismo que constituye recogida de datos donde se puede aplicar el enfoque de género. Al entrevistar al estudiante, señaló que por el tiempo que requiere dicha acción, la docente ha girado instrucciones de omitir la recogida de datos ecológicos sociales. Entonces, dependerá de la docente que el perfil de la atención con enfoque de género por parte de sus estudiantes sea practicado completamente, gracias a su modelaje como uno de los agentes que forman parte de la estructura: docente-estudiante del proceso enseñanza-aprendizaje.

#### **4.3.2 Establecimiento de un vínculo de confianza.**

Adicional a la observación, se preguntó al grupo de profesionales si consideran que se establece un vínculo de confianza entre ellas y las usuarias. Esto es importante, pues da la pauta para que surja una relación social, que permita confianza entre agentes de la consulta, para que, siendo una parte emisor y otra parte receptor en el proceso de comunicación, se genere un espacio de conversación que permita las condiciones donde las profesionales comprendan el contexto de sus usuarias, determinen las debilidades y refuercen dónde es necesario la parte educativa con enfoque de género como prestadoras de un servicio de salud. Según las respuestas obtenidas, sí se lleva a cabo y sí es posible que se establezcan vínculos de confianza y las profesionales mismas explican las razones, siendo para ellas la principal el alojamiento y estancia por varios días, lo que permite generar ese vínculo con las usuarias que lejos de limitar el accionar con enfoque de género, les facilita llevar la información de manera verbal y por modelaje.

*"Sí, es que ellas se quedan con nosotras varios días, mientras tienen su parto, las llevamos a consultas y chequeos en el hospital, según las citas que les dejan entre ente de salud y usuaria".*

*"Ay si ellas son bien lindas, nos permiten conocer un poco de sus vidas, vienen sus esposos o su familia a verlas y entonces nosotras aprovechamos también para darles charlas e involucrar a sus parejas o familia para que les ayuden cuando ellas estén en el puerperio."*



*"Si, ellas se quedan varios días, cocinan, hacen sus propios actividades de limpieza y con ellas vamos y venimos al hospital para las evaluaciones y chequeos adicionales a los que se hacen aquí. Le toman confianza a uno"*

*"Si, sobre todo con respeto, somos amables con las usuarias que consultan, hasta nos dicen que las enfermeras no las tratan así, ni las examinan como nosotros."*

Impresionante la generación de vínculos de confianza, en la labor que un agente de salud realiza con sus usuarias, lo que se debe trabajar en las profesionales es esa idea de que las usuarias deben recibir "ayuda", cuando es obligación de sus familias y en especial de su pareja el retomar sus roles dentro de su ámbito reproductivo, al verlo como una "ayuda", siempre estamos cargando a la mujer con la responsabilidad de manera desequilibrada, lo cual aún se debe trabajar en las profesionales para que ellas logren replicarlo aprovechando las ventajas que les confiere el establecimiento de los vínculos de confianza por su carisma al brindar una atención con enfoque de género.

Algo que se debe tomar en cuenta, por la situación actual del país, es la situación de seguridad o inseguridad en la que socialmente se está actuando. La violencia ha venido a entorpecer algunas acciones que podrían llevarse a cabo en pro de la educación y atención usando el enfoque de género, debido a que cuando las profesionales materno infantiles comprenden, que pueden estar en peligro ante la atención que deben brindar a alguna usuaria que detectan pertenece a grupos ilícitos, se limitan entonces a abordar algunos temas, hasta posiblemente que se logren ganar la confianza de sus usuarias.

Así los testimonios que brindan en sus respuestas cuando han logrado identificar usuarias vinculadas a grupos ilícitos, incluyen que aguardan hasta que se genera un contexto de confianza con la usuaria y esto les genera la apertura para hablar sobre temas que tienen que ver con la definición de género, violencia de género u otros tipos de violencia y sobre sus derechos, si no se realiza en las primeras visitas o los primeros días de su estancia en los HEM, se ha logrado hacerlo con el correr de los días y la repetición de la interacción, como estructura profesional-usuaria a través de los exámenes físicos subsecuentes.

*“-Llegamos a un momento que ya mejor no decimos nada, para evitar.”*

*“Si ya nos han venido y a veces como esposos no mareros pero que sus esposos están en la cárcel y les preguntábamos porque está su esposo en la cárcel y entonces ahí identificamos que era y tuvimos más cuidado de lo que les íbamos a hablar”.*

En este sentido, se ha identificado que sí se logran establecer vínculos de confianza entre usuaria-profesional materno infantil en los HEM, aunque se tenga la precaución con el abordaje de las temáticas de género, violencia y derechos al inicio de su relación social.

En la UCSF San Marcos se observó que se genera un vínculo de confianza entre el profesional masculino y sus usuarias, dado la naturaleza del tipo de atención, en donde deben desnudarse las usuarias mujeres frente al hombre profesional para ser examinadas. Se nota al principio cierta expresión de pudor por parte de ellas, pero también se notó que mientras más natural sea la actitud del profesional y ya que él muestra respeto, explica lo que va a hacer en la consulta, va encaminando a las usuarias a acceder en brindar la información que requiere la anamnesis y van cediendo a un examen físico sin dificultades. Este vínculo de respeto entre ambos agentes finaliza con una vía de comunicación sin dificultades para orientar e informar a las usuarias sobre aspectos de salud con un enfoque de género.

#### **4.3.3 Cómo el vínculo de confianza establecido ha logrado adaptar, retroalimentar o modificar la conducta hacia una conducta enfocada a las diferencias de género.**

Para las profesionales que trabajan en los HEM, es fácil reconocer que el vínculo afectivo entre ellas y las usuarias existe, y se dan cuenta si se modifican las conductas ya sea por modelaje o por la educación e información que ellas brindan en la atención, porque las usuarias retornan y comentan los cambios que han hecho en sus acciones en sus hogares. Es importante hacer notar, el tiempo que demanda a las usuarias estar en contacto con la profesional materno infantil en los HEM, que puede ser más que horas, días o semanas, por la naturaleza de la atención que requieren, mientras llega la hora de llevarlas a que verifiquen parto hospitalario; a diferencia de la consulta ambulatoria dentro de la USCF San

Marcos, en donde, si bien se tienen contactos periódicamente y de alguna manera se logra hacer incidencia a través de la parte educativa, pero no es más difícil poderlo reconocer por el profesional en formación puesto que no retornan todas las usuarias, ni se cuenta con el tiempo suficiente en la atención para que se confiera un tiempo extenso de conversación que permita explorar si hay uso de enfoque de género en su cotidianidad:

*"Siii, definitivamente, algunas regresan y nos cuenta lo que han hecho, tomando el ejemplo de lo que ven que hacemos nosotras aquí como mujeres trabajando."*

*"Ellas cuentan que sí, lo sabemos porque algunas regresan aunque sea solo para saludarnos y darnos las gracias por que las atendimos."*

*"Si, fijate que hay personas que nos cuentan, por ejemplo, había una señora que de aquí se fue con la idea de impulsar a sus hijas a que estudiaran, decía que quería una ser chef y ella le ayudó porque aquí hay una escuela como una ONG, y entonces ella la empujó para que siguiera estudiando, porque dijo que se admiraba de vernos a nosotras trabajando y considero que quería ver a su hija también trabajando bonito".*

*"No sabemos porque no tenemos contacto con ellas otra vez porque rotamos de unidad de salud."*

Ahora bien, el comportamiento de cada profesional también es importante y relevante para impulsar una actitud y conocimientos con enfoque de género en su cotidianidad, así pues, una de las profesionales entrevistadas no parece estar convencida que pueda hacer esa labor de comunicación o modelaje, que haga trascender a sus usuarias hacia una deconstrucción sobre los estereotipos de género, denotándose en sus respuestas pesimistas, aunque ella sea amable, escuche a las usuarias y casi porque ha aprehendido una forma de trabajo con enfoque de género:

*"Pues, quien sabe, ellas muy difícilmente cambiarán su estilo de vida al que ya están acostumbrados".*

Haber pasado por un proceso de formación con perspectiva de género, le ha permitido a esta profesional tener elementos, con los que pueda generar cambios hacia una equidad e igualdad para hombres y mujeres; pero cuando ella ve el contexto de la realidad en que viven las usuarias que atiende, su creencia de que no pueden cambiar las situaciones de desigualdad, la limitan a profundizar con cada una de las usuarias, en su atención con acciones genéricas.

#### 4.3.4 Las intervenciones periódicas logran la percepción, motivación o aprendizaje del enfoque de género en la vida de la usuaria.

Además de examinar sobre el vínculo de confianza y los beneficios que genera para un aprendizaje sobre teorías de género, es pertinente descubrir, desde la perspectiva de las materno infantiles, si la periodicidad de sus intervenciones, logran la percepción, motivación o aprendizaje del enfoque de género en la vida de sus usuarias del servicio de salud donde laboran. Sus opiniones han sido de mucho valor, puesto que logran distinguir dentro de la subjetividad, esos procesos de integración y reproducción de la totalidad social en la que se encuentran:

*"Creo que sí porque fíjese que por ejemplo nuestra conductora de la ambulancia es una mujer y ellas (se refiere a las usuarias ingresadas en la casa de espera materna), cuando la ven se sorprenden, luego cuando hablamos ya ellas se van con otro pensamiento, dicen ellas."*

*"Sii, son muy lindas, algunas regresan para regalarnos cositas y entonces nos cuentan lo que han hecho de su vida. Así podemos reconocer si logramos hacer algo por mejorar su calidad de vida."*

*"Si, fijate que creo que sí porque por ejemplo tuvimos unas señoras que las volvemos a ver en su próximo embarazo y dependen de lo que ven aquí, como trabajamos y lo que hacemos, más lo que se les dice, luego cuando regresan hablan de que a sus hijos o hijas las animan a que estudien."*

Para una profesional, es más rígido el querer cambiar esa opinión negativa sobre el logro de su labor para abolir las cuestiones sexistas y disparidades de género, en la realidad en que se inmersa la estructura profesional-usuaria-pareja-familiares, donde se desempeña, ya que siempre brindó opiniones pesimistas, no niega que en su discurso incluye vocabulario no sexista, no niega que utiliza herramientas educativas de contenido sobre la importancia de perspectiva de género, no niega que trata de abolir las etnoprácticas y creencias de desigualdades genéricas, y aunque si utilice la perspectiva de género en su trabajo, no está convencida de poder generar cambios en las usuarias que atiende. Expresó que por la dificultad de acceso del local del Hogar de Espera Materna llegan muy poco los hombres a visitar a sus mujeres embarazadas por lo que no se involucran los hombres mucho tiempo en la parte educativa que permita generarles un conocimiento al respecto:

*"Es bien difícil, quien sabe, aquí se les habla y ellas ven pero no creo que cambien su estilos de vida."*

*"Fijese que la ventaja que tenemos que como son señoras que se van a estar varios días les decimos y les hablamos un poco de los proyectos de vida, que van hacer cuando nazca el bebe, a que se van a dedicar, si van a trabajar, los hombres casi no vienen por que trabajan lejos en la zafra".*

Y para el profesional en formación, es un contexto más dinámico donde labora, pues en un ciclo deberá rotar por lo menos en tres establecimientos diferentes, es decir, por lo menos brinda atención por tres semanas en un establecimiento para luego cambiar por otras semanas en otro. De acuerdo a su respuesta, este dinamismo no les ha permitido conocer o percatarse de los cambios que puedan generar en sus usuarias luego de atenderlas:

*"Pues no lo hemos investigado, lo que pasa es que nosotros venimos y las atendemos por ciertas semanas, luego no las vemos otra vez porque nos vamos para otras unidades de salud."*

Este profesional masculino, posee mucha apertura en cuanto al uso del enfoque de género, su contexto social y de aprendizaje en un ambiente donde la mayoría de sus colegas son mujeres, no es interferencia para que ponga en práctica sus valores y educación tomando en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres y que alguno pueda tener desventaja sobre otro. Aquí radica la importancia de realizar los estudios de género incluyendo a hombres y mujeres como sujetos de estudio, puesto que se puede valorar desde la perspectiva de cada uno y de cada una sus apreciaciones al respecto.

## **V. REFLEXIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN BASE AL ESTUDIO.**

### **5.1 REFLEXIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES.**

La población observada y entrevistada es parte de una estructura social, según George Simmel y Ferdinand Tonnies la definición de una estructura social constituye *la explicación de las relaciones sistemáticas que vinculan a miembros de una determinada comunidad, aunque no se encuentren en ningún momento en contacto directo*. Para este estudio, la población analizada estuvo constituida por cinco profesionales de la Carrera Salud Materno Infantil (cuatro mujeres laborando de manera remunerada en Hogares de Espera Materna con programas de atención directa en salud preventiva a embarazadas y puérperas, y un hombre estudiante en formación de pregrado que cursa práctica clínica y es la forma como atiende a usuarias de los programas de salud preventiva en la UCSF San Marcos), quienes están en contacto directo con las usuarias que demandan atención primaria en salud.

Además, según los mecanismos emergentes que describe el realismo crítico, para este estudio, desde un mecanismo de tipo biológico y fisiológico, se observó que el objeto de estudio emerge hacia un mecanismo psicológico y social donde la visita asistencial en la salud de la mujer, gracias al recurso profesional materno infantil, trasciende al uso de enfoque de género en el contexto que necesita la mujer, su pareja y su familia a ser informada y educada para aportar a eliminar las desventajas que socialmente se le atribuyen por sus roles genéricos.

Así, desde la atención en salud que tiene que ver con un enfoque biológico y fisiológico, también es importante recordar que el ser humano al vivir en conjunto, forma una sociedad y cada tipo de sociedad tiene sus propias características como un conjunto de rasgos, costumbres y tradiciones, lo que complementa un enfoque social. Estos son elementos que en su pluralidad van formando pautas de comportamientos singulares, es decir una práctica social.

De acuerdo a Danemark "*un objeto tiene fuerzas emergentes*", igualmente desde el estrato social, la práctica social es positiva si es una acción de nuestra cultura y negativa si no lo es; razón por la cual, algunos antropólogos defienden un relativismo, dependiendo de los valores de cada sociedad. Entre tanto, el comportamiento social es seguido por una acción social, lo cual ha sido de mucho significado en las movilizaciones sociales que han permitido concebir las luchas por la visualización de las diferencias de género.

Muchas instituciones luchan por ser una pauta importante en cuanto al aprendizaje con acciones que reflejen el uso del enfoque de género, tal es el caso de la carrera Salud Materno Infantil con su formación, utilizando dicho enfoque en su programa de Módulo IX "Género Mujer y Salud". Tanto es así, que las personas profesionales de dicha carrera que han participado en este estudio, dentro de su interacción social, es decir, su atención con las usuarias del sistema de salud donde se desempeñan, dan lugar a que los espacios y temporalidades de la cotidianidad constituyan el ejercicio de prácticas cotidianas con enfoque de género, al atender a sus usuarias demandantes de los servicios de atención primaria en salud y sus parejas, quienes son incluidos dentro de la atención clínica y de refuerzo educativo, cuando han consultado por sus controles prenatales y controles de pos parto.

Para mayor claridad, de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se identificaron las prácticas sociales con enfoque de género de las informantes clave, considerando que este es un mecanismo de tipo social, que emergió desde un mecanismo de atención biológico y fisiológico como sigue:

Los cinco informantes, tienen de algún modo organizada su atención al servicio público, guiados por un programa de atención instituido por el Ministerio de Salud de El Salvador, incluido el informante del género masculino, que aún está regido por la academia, con la particularidad (para éste último), que tiene una docente a

su lado quien hace sugerencias de la realización u omisión de algunos procedimientos durante la atención a las usuarias.

De acuerdo a lo anterior, los programas institucionales de atención en salud del Ministerio de Salud de El Salvador que han sido actualizados, poseen lineamientos para brindar la atención utilizando el enfoque de género, incluido el programa de planificación familiar que requiere una labor educativa amplia. También, los lineamientos de atención a la mujer en el período de preconcepción, embarazo, parto, puerperio y recién nacido contemplan el enfoque de atención de género, la aplicación más amplia de dicho enfoque para este último lineamiento, lo constituye el abordaje educativo de la atención, distinguiendo que el examen físico de las mujeres usuarias de los programas, es algo que tiene que ver más con el sexo que con el género.

Ahora bien, es imprescindible hacer notar que ningún lineamiento establece como regla, hacer partícipe al hombre acompañante de la mujer que consulta por su control prenatal, planificación familiar, toma de citología cérvico uterina entre otro tipo de consulta relacionada a la atención que brindan las personas profesionales de Salud Materno Infantil; sin embargo, las cinco personas profesionales observadas y entrevistadas involucran a los hombres acompañantes de las mujeres (sus parejas) en la atención que brindan, lo cual permite que conozcan sobre el procedimiento que se hace desde la fase de anamnesis, examen físico, recomendaciones y educación. Además de impulsar de esta manera la co-responsabilidad en el ámbito reproductivo, lo cual es una práctica positiva desde una perspectiva genérica.

Ninguna de las cinco personas observadas verifican el tiempo de atención, siendo importante para una atención con enfoque de género al tomar en cuenta a mujeres y hombres como parte del desarrollo de una sociedad, cumpliendo roles reproductivos y productivos con igualdad y equidad de beneficios y derechos, tal y como lo plantea Marta Lamas. Ahora bien, para las cuatro profesionales laborando



en los HEM no es relevante el tiempo de atención con las usuarias, porque se quedan alojadas varios días, hecho que las separa de cualquiera de sus actividades cotidianas. En cambio para el estudiante, el tiempo de la atención dentro de la unidad de salud, es de mayor relevancia, porque las usuarias son atendidas de manera ambulatoria y han debido coordinar el tiempo de sus otras actividades para acudir al establecimiento.

Con respecto al cuidado de elementos dentro del espacio de atención, para ninguna de las cinco personas observadas es prioridad elaborar material educativo con imágenes que denoten actividades y roles que pueden hacer hombres y mujeres relacionadas con la atención que se brinda. Sí les interesa incluir a las parejas de las mujeres y lo hacen, sí dirigen su mirada y la conversación a la usuaria y su pareja en el discurso, sí motivan a las usuarias a que trabajen, estudien o se capaciten ellas o sus hijos e hijas, sí ofertan métodos de planificación familiar para ambos, sí utilizan un vocabulario incluyente, sí promueven la toma de decisiones especialmente a las usuarias. Muchos de estos elementos, se observó que lo realizan como algo de lo que se han apropiado, por que se les facilita brindar la atención cuidando del uso de dichos elementos, en especial a la persona del género masculino, quien denotó un actuar más relajado y empoderado. Por lo que denotan cierto grado de habilidades ganadas en su formación y que las ponen en práctica en la atención. Como escribe Giddens en su teoría de la estructuración: *"la conciencia práctica tiene un significado central, en la que los agentes utilizan a menudo en el influir diario de las acciones e interacciones con otros, basadas en la vida social bajo formas de rutinas volviéndose hábitos"*.

Las cinco personas observadas y entrevistadas tratan de corregir las creencias y etnoprácticas con estereotipos de género, según el caso de las usuarias que atienden, a través de la individualización de la atención; denotando los rasgos, costumbres y tradiciones de cada profesional, a través de pautas de comportamiento que incluyen las tres características de la interacción social: la indexicalidad, la reflectividad y apertura; sobre todo en la reflectividad

característica en la cual las expectativas mutuas (usuaria-profesional-pareja) reproducen o refuerzan las creencias y etnoprácticas de estereotipos de género o por otra parte, modifican o debilitan dichas creencias y etnoprácticas, esto último, es lo más comúnmente observado a pesar de lo pesimista que se mostró una de las profesionales.

Se observó y al entrevistar se encontró que las cinco personas profesionales NO son lo suficientemente críticas a las demandas ciudadanas. Tal como lo planteó Giddens en la teoría de la estructuración, "*la rutina se vuelve hábito*". Según lo anterior, las cinco personas profesionales atienden a sus usuarias con acciones que denotan habilidades ganadas para utilizar el enfoque de género en su atención, sin embargo, esto no trasciende más allá de su consultorio, ni en opinión hacia sus usuarias, ni en sugerencias o participación con sus jefaturas, por lo tanto, se mecaniza la parte técnica, aunque se individualice en el discurso incluyente sin demostrar que están alertas de su contemporaneidad para cuestionar la realidad de las usuarias en el contexto que viven.

Durante los años de formación en pregrado, cada profesional en formación, ha tenido la oportunidad de diseñar programas no sexistas para ejecutar un plan de intervención educativo utilizando el enfoque de género, como un requisito académico y según se plantea en el programa de formación; sin embargo, una vez ejerciendo en el plano laboral, depende de la iniciativa de cada profesional o de la oportunidad de tiempo para trascender a una formación de posgrado que le brinde elementos, y que además posea el ánimo para participar en el diseño y/o propuestas de mejoras en el diseño de programas que dentro de su quehacer, pueda aplicarse con un enfoque no sexista. De las entrevistadas, solamente una persona denotó estar empoderada de dicha habilidad y es quien ha seguido estudios de diplomados.

Ninguna de las cinco personas profesionales observadas y entrevistadas, desarrolla políticas de igualdad de trato en su cotidianidad. Por otro lado, al ser

entrevistadas y observadas las cinco personas profesionales materno infantiles, se infiere que desde la atención individualizada en las consultas de sus usuarias, involucrando a los hombres parejas de dichas usuarias, aportan en cierto grado a suprimir la discriminación que afecta a la población femenina, esto por la indexicalidad que representa la interacción social con dichas personas, puesto que "el aquí" y "el ahora" siempre les va a involucrar usuaria-profesional-pareja con relación a "algo por algo"; esto es: la atención primaria en salud reflejada en sus controles prenatales, la toma de citología, la planificación familiar, son ese "algo" que les hará reunirse para poder tener un momento de reflexión con enfoque de género durante la fase educativa o de información que requiere la atención que se les brinda. Pero también, existen situaciones como la violencia social, que les limita a expresar de manera abierta contenidos con enfoque de género y derechos hasta que interpretan (las profesionales) haber ganado suficiente confianza con las usuarias si en su relación de pareja o de familia existen acciones como agrupaciones ilícitas u otras formas de violencias que las involucra.

De manera mecanizada, las cinco personas observadas y entrevistadas eliminan en cierto grado las representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género, ya que no dan prioridad a la elaboración propia de material educativo, no tienen tampoco un monitoreo reflexivo continuo de sus interacciones que las involucre a todas tal como lo plantea la teoría de la estructuración; a excepción del profesional estudiante, que tiene la oportunidad, dependiendo de la formación de la docente que le acompaña, de que le sugiera o corrija en la práctica clínica sobre el uso del discurso con enfoque de género, que proyecte imágenes que represente el rol de hombres y mujeres de manera equitativa.

En el mecanismo del estrato más superficial, el mecanismo social, las cinco personas del estudio utilizan vocabulario no sexista e incluyente, demuestran cierto empoderamiento del enfoque de género en su discurso, asimismo, las relaciones sociales son referidas a las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales,

familiares, profesionales, amistosos o deportivos. De acuerdo a este estudio, las relaciones sociales, después de las entrevistas y observación a cinco profesionales han sido las siguientes:

Con respecto a la búsqueda de las relaciones sociales que facilitan la atención con enfoque de género a sus usuarias, se obtuvo como resultado que el cumplimiento del rol del profesional materno infantil, poniendo en práctica su perfil profesional facilita el acercamiento de hombres y mujeres, porque la indexicalidad les permite relacionarse, es decir la necesidad de un control prenatal, de una toma de citología, de hacer uso de la anticoncepción, entre otros servicios, permiten la relación estableciendo un vínculo profesional, donde se genera un espacio de comunicación con una atención amistosa que genera confianza y además, se enlaza un vínculo laboral en donde el recurso formado con enfoque de género pone en práctica su aprendizaje, considerando hombres y mujeres en sus derechos de igualdad y equidad al brindar los servicios de atención primaria en salud.

En cuanto a las relaciones sociales que limitan la atención con enfoque de género a sus usuarias, no se percibió ninguna relación social de violencia en la observación durante la recolección de información, aunque dos profesionales entrevistadas mencionaron que la violencia generada por las agrupaciones delincuenciales, podrían limitarles a mencionar algunos derechos a sus usuarias al utilizar el enfoque de género, dado a la naturaleza de cómo son tratadas las mujeres en dichas agrupaciones; ellas (las dos profesionales) mencionaron evadir profundizar en discursos que ahonden en lo agudo de la violencia social, pero si retoman, mencionaron, algunos elementos donde pueden aplicar el enfoque de género, como la motivación a las mujeres a que se capaciten para que trabajen y logren cierta independencia económica, que decidan sobre su salud reproductiva como por ejemplo el decidir de manera informada sobre el uso del anticonceptivo que a ella más le favorece, y que así tomen sus propias decisiones en cuestiones que serán de relevancia para su desarrollo.

## 5.2 CONCLUSIONES FINALES

Puntualmente después de la reflexión anterior y considerando los objetivos planteados para este estudio, se concluye lo siguiente:

- Relaciones sociales que facilitan la atención con enfoque de género a sus usuarias:

Que el cumplimiento del rol del profesional materno infantil poniendo en práctica su perfil profesional facilita el acercamiento de hombres y mujeres por que la indexicalidad les permite relacionarse, es decir la necesidad de un control prenatal, de una toma de citología, de hacer uso de la anticoncepción, entre otros servicios, permiten la relación estableciendo primordialmente un vínculo profesional, donde luego se genera una atención amistosa que conlleva a un contexto de confianza; además, se enlaza ese vínculo laboral en donde el recurso formado con enfoque de género pone en práctica su aprendizaje tomando en cuenta hombres y mujeres en sus derechos de igualdad y equidad al brindar los servicios de atención primaria en salud, siendo incluyentes en sus acciones y vocabulario, trabajando la parte informativa y educativa con dicho enfoque. La periodicidad de las atenciones facilita la construcción de relaciones de confianza que apertura los espacios y modelan acciones con enfoque de género aun cuando en un primer acercamiento se limita por las condiciones de violencia social u otro tipo de violencia del que son víctimas las usuarias.

- Con respecto a las relaciones sociales que limitan la atención con enfoque de género a sus usuarias:

No se percibió ninguna relación social de violencia en la observación, aunque dos profesionales entrevistadas mencionaron que la violencia generada por las agrupaciones delincuenciales (maras) podrían limitarles a utilizar el enfoque de género evitando mencionar algunos derechos a sus usuarias dada a la naturaleza de cómo son tratadas las mujeres por personas de dichas agrupaciones o si sus parejas pertenecen a esos grupos; ellas (las dos profesionales), mencionaron

evadir profundizar en discursos sobre lo agudo de la violencia social, pero sí retoman algunos elementos donde pueden aplicar el enfoque de género, como la motivación a las mujeres a que se capaciten para que trabajen y logren cierta independencia económica; las impulsan a que tomen sus propias decisiones sobre aspectos de mejoría de sus condiciones de vida, como por ejemplo la toma de decisión libre e informada sobre el anticonceptivo que más les favorece, entre otros aspectos sociales que pueden abordarse utilizando un enfoque de género.

Haciendo una reflexión más profunda, de acuerdo a los hallazgos en este estudio, todo patrón de interacción social se plasmó y se concretizó en "encuentros físicos" con continuidad espacio-temporal entre los hombres y las mujeres concretos y reales (las profesionales, las usuarias, las parejas de las usuarias y otros miembros de sus familias acompañantes), es decir, los individuos involucrados en un patrón de interacción social dado. Por lo anterior, la reflexión nos lleva a entender que para los vínculos sociales es imprescindible la co-presencia, esto fue fundamental en la atención de las profesionales materno infantil con sus usuarias, para poder realizar una comprensión de sus prácticas sociales con enfoque de género en la atención primaria en salud.

De las fortalezas que se encontraron en las relaciones sociales, son precisamente la labor de información y consejería que se puede brindar a las usuarias según sus necesidades, incluyendo a sus acompañantes, sean hombres o mujeres de sus familias, quienes también aprenden por modelaje o por los discursos, la importancia de los roles que pueden desempeñar hombres y mujeres dentro de la sociedad. Pero la debilidad en el discurso de las profesionales, la encontramos cuando escuchamos que utilizan vocabulario que refuerza la connotación de que la mujer es quien lleva la carga mayor en su rol reproductivo, cuando expresan que se les pide a su pareja que "ayuden", debiendo trabajar esto en las materno infantiles, ya que la carga productiva y reproductiva, es obligación de hombres y mujeres por igual en su seno familiar, se trata de ser co-responsables.

Otra debilidad en las profesionales que puede perjudicar su labor con enfoque de género, o la promoción y utilización de éste, lo constituye la falta de capacitación

continúa para fortalecer sus conocimientos y poner en práctica lo que les puede volver críticas de sus entornos para trabajar desde espacios de mayor jerarquía y contribuir, a partir de dichos lugares a la deconstrucción de aspectos que ponen en desventaja por historia a las mujeres, tales como la falta de oportunidades en las decisiones relacionadas a su salud, la falta de participación en la organización de los servicios públicos donde se tomen en cuenta el tiempo de atención, el espacio de atención, las creencias y las críticas a las demandas ciudadanas, la modificación de pautas sexistas reforzando la educación en mujeres, por mencionar algunas.

Trascendental se vuelve, el haber descubierto que también desde la docencia, se puede seguir perpetuando la falta de atención con enfoque de género, cuando se limita al profesional en formación a que haga uso de todos los componentes de la información que se debe recopilar en la historia clínica de las usuarias, no habiendo sido este uno de los objetivos de la investigación, se comprendió y se decidió considerarlo, puesto que abrirá las puertas para futuras investigaciones que comprometan la innovación y fortalecimiento también, de las personas que ejercen la docencia de tan importante perfil profesional.

Finalmente, la atención brindada por profesionales de Salud Materno Infantil, ha podido ser estudiada por el movimiento filosófico del realismo crítico, porque se ha podido interpretar de la realidad de los contextos visitados, que hay una atención de condiciones o afecciones biológico-fisiológicas donde se incluye el aspecto social y sus determinantes para cada usuaria, a través de la anamnesis e historia clínica. Esta historia clínica, ha sido el punto de partida en la atención a necesidades biológicas-anatómicas y fisiológicas. La atención incluyente de aspectos sociales como el enfoque de género, toma en cuenta la definición de salud que no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el completo bienestar físico, social y mental; habiendo interpretado de esta realidad, que la unidad esencial del estudio de este fenómeno socio-natural es la construcción de una historia clínica que incluye apartados de aspectos biológicos, fisiológicos, anatómicos y ecológicos sociales, que deben ser siempre parte del aprendizaje y

manejo de cada profesional materno infantil, por lo que es de importancia que en sus innovaciones curriculares se considere el valor de su inclusión.

### **5.3 RECOMENDACIONES.**

Las estructuras sociales no pueden verse a simple vista, a pesar de ello, una representación gráfica de la dinámica que gira alrededor de la atención en salud a las mujeres, infantes y adolescentes, hombres y mujeres por las profesionales en Salud Materno Infantil, ha permitido a través del desarrollo de este estudio, determinar cuáles son esas prácticas sociales con enfoque de género de las profesionales materno infantiles cuando atienden a sus usuarias. La metodología cualitativa ha sido importante por que permitió dar respuesta a ello, se pudo identificar las prácticas cotidianas con enfoque de género de las Profesionales Materno Infantil, a través del uso de herramientas que denotaron las habilidades ganadas en su formación, al igual que se ha podido escribir las relaciones sociales en que se desarrollan cada una de las atenciones desde el perfil de la carrera Salud Materno Infantil, que facilitaron o limitaron la atención con enfoque de género a sus usuarias.

En base a los hallazgos que responden a los objetivos, se generan las siguientes recomendaciones para que aporten al mecanismo de investigación-acción declarado en la finalidad de la metodología cualitativa utilizada:

#### **5.3.1 Durante la formación de cada profesional en la práctica clínica.**

En la enseñanza diaria que deben recibir los y las profesionales en formación, es indispensable que el grupo de docentes se apeguen a los objetivos de aprendizaje que tienen que ver con la entrevista y los apartados de la historia clínica (sin perder de vista la exigencia que requiere la enseñanza), de tal manera que se permita al estudiante recoger los datos que van en todos los apartados en cada una de las rotaciones por los diferentes establecimientos, señalando y reforzando al final de cada atención, las deficiencias observadas; ya que la ganancia de la habilidad de



obtener la información de las usuarias según cada apartado, incluyendo el apartado de "Antecedentes Ecológicos Sociales", permiten en un primer momento tanto al profesional en formación, como al ya graduado, visualizar desde un estrato anátomo fisiológico las necesidades de un ambiente psicosocial que articulan la vida y la salud de las usuarias, llegando a ese estrato que tiene mucho que ver con la definición de la salud de OPS que dice que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el completo bienestar físico y mental, aportando desde la atención con un enfoque de género, a la disminución de situaciones en que las usuarias pueden verse en desventaja por el simple hecho de ser mujeres y que precisamente pueden ser detectadas en el apartado anteriormente mencionado.

Así mismo, es pertinente que durante la formación las profesionales comprendan y definan dentro de los contenidos de aprendizaje, qué son las prácticas sociales, con el fin de que, al abordar las teorías o enfoque de género, puedan también hacer una conexión con lo subjetivo de las relaciones que se generan en el marco de la atención con sus usuarias, las familias y en fin, en su cotidianidad para que tengan un contexto amplio de la atención desde un estrato social, no solamente desde lo fisiológico.

### **5.3.2 La atención profesional demanda la autoformación continua de las profesionales de Salud Materno Infantil.**

El estudio ha permitido vislumbrar la importancia de la autoformación por las profesionales en Salud Materno Infantil ya graduadas, ya que la preparación de posgrados, diplomados y/o cursos, les permitirá laborar y participar en otros espacios como, la construcción de políticas que refuercen el uso del enfoque de género, entre otros temas de relevancia para la atención de la población materno e infantil, porque seguramente les dará un contexto más amplio y actualizado de la realidad que pueden poner en práctica en la interpretación de las situaciones cuando atienden a sus usuarias, reforzando la utilización de teorías, como la teoría de género que es dinámica según los autores consultados para este estudio. Por supuesto, que esto requiere de un esfuerzo personal dada la modalidad y la lejanía

de sus espacios de trabajo con relación a sus hogares y las instituciones educativas, pero que si una de los actores clave ha podido superar dicha barrera, será posible que otras profesionales también puedan hacerlo.

### **5.3.3 La importancia de supervisión y monitoreo en la cotidianidad.**

De acuerdo a la teoría de la estructuración de Giddens con respecto a que *“el monitoreo reflexivo y continuo hará que la vida social y los sistemas sociales permanezcan”*, más lo observado durante el estudio, es recomendable que las personas profesionales de la carrera Salud Materno Infantil, cuenten con un ente que brinde supervisión y monitoreo en sus labores cotidianas. Es necesario que este recurso cuente con bases y herramientas sobre el abordaje de género, concientizado-a y empoderado-a de la importancia que representa, tanto para mujeres y hombres en su hábitat cotidiano; con elementos que construyan una sociedad consciente de la importancia que se genera, el analizar las situaciones de salud de las usuarias utilizando la perspectiva de género, para romper precisamente, con acciones que se vuelvan monótonas y que no aporten a la innovación de la atención. Ello garantizará, el ejercicio cotidiano y consciente del uso de elementos con enfoque de género como: materiales didácticos, el uso de un lenguaje incluyente, la ambientación del lugar por iniciativa y con creatividad propia, etc. Poniendo en práctica las habilidades y destrezas que se generan desde sus años de formación y que pueden mejorarse con la experiencia del trabajo cotidiano, y como resultado de las observaciones constructivas que surjan de las supervisiones.

### **5.3.4 El enfoque de género como un eje transversal en la formación profesional.**

Si bien es cierto, que la mayoría de los actores clave que han hecho posible este estudio han demostrado utilizar algunas herramientas con enfoque de género en la atención a sus usuarias, a pesar que dicho enfoque se ve con mucho más énfasis en uno de sus módulos, las autoridades y docentes de la carrera Salud Materno

Infantil, deben trabajar en la innovación curricular de la carrera, para que el uso y la formación de las teorías de género y la atención a la población materno infantil, se lleve a cabo con perspectiva de género como un eje transversal, visualizado en sus competencias y/o programas para aportar al proceso enseñanza - aprendizaje a lo largo de todo el desarrollo de los módulos de la carrera. Se deben generar las condiciones en el proceso docente - educativo enfatizando en la importancia de diseño y uso de material didáctico que incluya transmisión de mensajes con enfoque de género. Por lo que también la capacitación constante del grupo docente es relevante y necesario para que en los cambios curriculares puedan ofertarse mejoras en el proceso docente educativo a los futuros graduandos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Blogspot Informe. (2015). *George Simmel, Interaccion social, moda, formas y contenido*. Blogspot.

Bolsegui, M. (2006). *Construccion de un modelo conceptual a traves de la investigacion cualitativa*. Venezuela.

Carrera, P. (2016). *Sin numero de patente. Programa de Módulo Género Mujer y Salud*. El Salvador

Danermark. (2016). *Explicando la Sociedad: El realismo crítico en las ciencias sociales*. San Salvador: UCA Editores.

Deras, D. E. (2017). *Viceministerio de Servicios de Salud*. Consultado julio 30, 2017, desde Ministerio de Salud de El Salvador: [www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download...](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download...) · archivo PDF

*Diccionario Real Lengua Española*. (2016, mayo 27). Consultado agosto 12, 2017, desde Diccionario Real Lengua Española: [www.raes.es](http://www.raes.es)

Duarte, A. D. (2014). *Relaciones Sociales. Prezi Presentaciones Sociales Revista Electronica*.

FOSALUD. (2016, abril 5). *Fosalud Hogar de Espera Materna*. Consultado agosto 2017, 9, desde Fosalud Hogar de Espera Materna: <http://www.fosalud.gob.sv/casa-de-espera-materna>.

FOSALUD, F. S. (2016, abril 5). *Casa de espera materna*. Consultado marzo 21, 2017, desde Casa de espera materna :



Polleit, T. (2014, Enero 20). *Economía Austriaca y Etica Libertaria* . Consultado Mayo 29, 2016, desde Economía Austriaca y Etica Libertaria : [www.accionhumanaesunaaccionconunproposito](http://www.accionhumanaesunaaccionconunproposito)

Ritzer, G. (1993). *Sociologia Contemporanea* . Mexico DF: Mc Graw Hill.

Salvador, U. d. (2016, sin dato de mes sin dato de dia). *Facultad de Medicina UES*. Consultado mazo 22, 2017, from Facultad de Medicina UES: [www.medicina.ues.edu.sv](http://www.medicina.ues.edu.sv)

Salvador, U. d. (2017, agosto 9). [www.ues.edu.sv](http://www.ues.edu.sv). Consultado agosto 9, 2017, desde [www.ues.edu.sv](http://www.ues.edu.sv): <http://www.ues.edu.sv>

Sotolongo Codina Pedro Luis, D. D. (2006). *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social*. Buenos Aires: Clacso

UNICEF. (2015, marzo 20). [www.unicef.org](http://www.unicef.org). Consultado julio 30, 2017, desde [www.unicef.org](http://www.unicef.org): [www.unicef.org/lac/media\\_29188.htm](http://www.unicef.org/lac/media_29188.htm)

Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Sintesis S.A.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1 GLOSARIO**

Materno infantiles	Profesionales Licenciadas y Licenciados graduados de la carrera Salud Materno Infantil.
Usuarías	Es el término que se utiliza en vez de pacientes. Son las mujeres, hombres, niños y niñas que demandan los servicios de las personas profesionales, para este estudio, de la carrera salud materno infantil.
Consejería	Técnica educativa que emplea elementos didácticos, información y orientación verbal de un profesional a una usuaria, tomando en cuenta las necesidades de los cuidados o dudas que tenga relacionados a la atención materno infantil. Se espera que como resultado, las usuarias y los usuarios tomen una decisión informada.
Hogar de Espera Materna	Es un lugar de atención a las mujeres embarazadas con pocas semanas previo al final de su embarazo que son captadas en los servicios de salud pública y que el acceso a un parto hospitalario les es difícil. En este lugar son monitoreadas hasta que se presenta el trabajo de parto y entonces se prestan los servicios de transporte para asegurar un parto en mejores condiciones que el parto domiciliar, tratando de prevenir los efectos de morbi-mortalidad materna e infantil. Los sitios son atendidos por profesionales de la carrera salud materno infantil.
Demostración devolución	Nombre de la técnica educativa que permite que las profesionales hagan los pasos de procedimientos al mismo



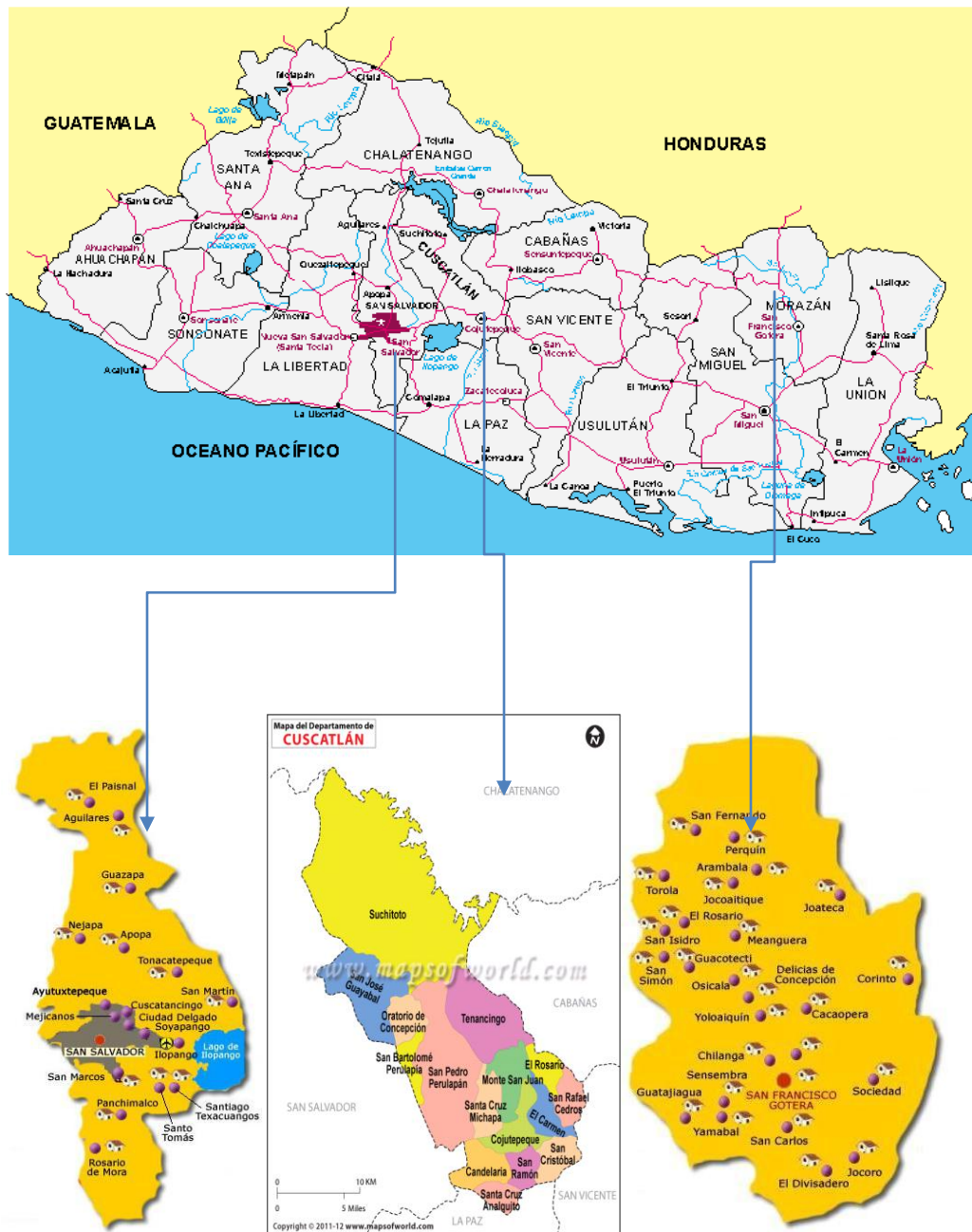
tiempo que explican a sus usuarias la forma de hacer actividades de cuidados de su salud o la de sus hijos e hijas, utilizando objetos reales y que al finalizar con dichos pasos, son las usuarias las que deben tomar los objetos repitiendo los pasos explicados, de tal manera que se pueda observar que aprendieron tal y como se los explicaron.

Tutoría de  
práctica clínica

Espacio de aprendizaje práctico de las personas que estudian la carrera salud materno infantil, bajo la conducción o tutoría de una docente de la misma carrera.

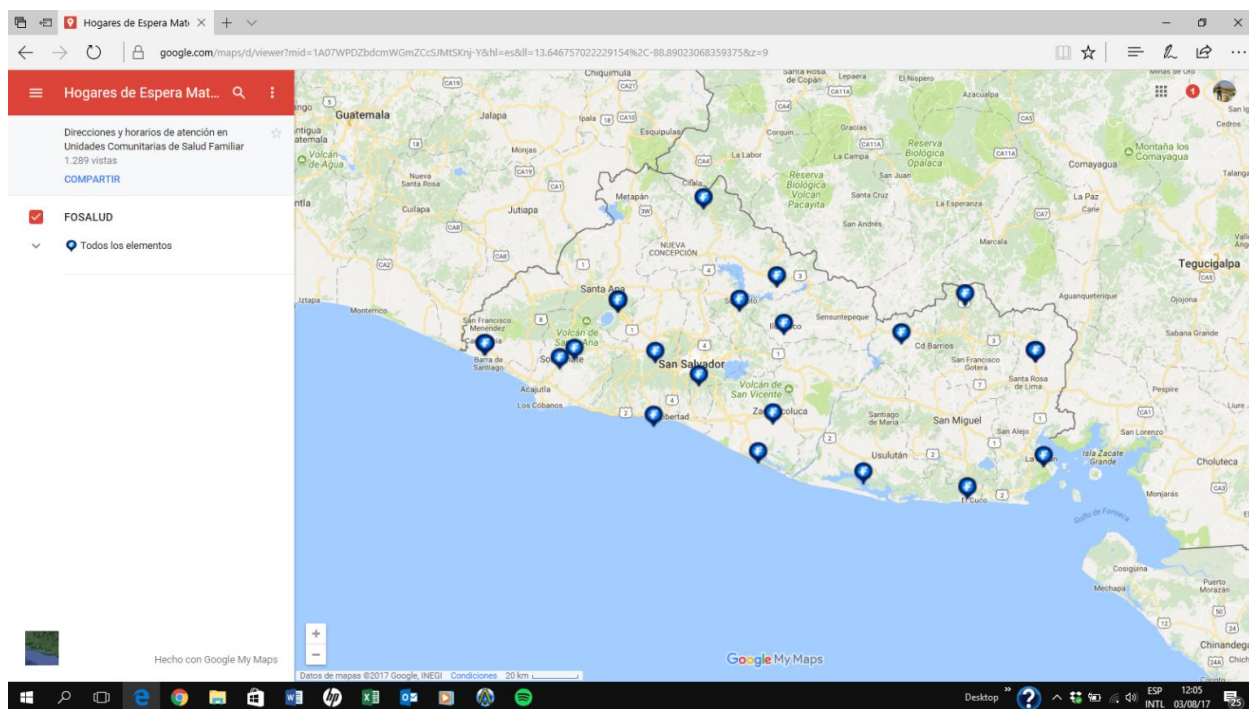
## ANEXO N° 2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA VISITADOS PARA EL ESTUDIO Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN MARCOS.

Ubicación geográfica de la recolección de datos, departamentos de San Salvador (Hogar de Espera Materna Planes de Renderos y Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Marcos), Cuscatlán (Hogar de Espera Materna Suchitoto), Morazán (Hogar de Espera Materna Perquin).



Fuente: Sitio web [www. registrnacional.com//mapas](http://www.registrnacional.com//mapas) actualizados de El Salvador.

## ANEXO N° 3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE TODOS LOS HOGARES DE ESPERA MATERNA EN EL SALVADOR, PARTE DE LA REFORMA DE SALUD SUSCITADA EL AÑO 2009.



Fuente: Pagina Web del Ministerio de Salud de El Salvador .

## ANEXO No. 4 CAPTURA DIGITAL DEL PLAN DE ESTUDIO DE MÓDULOS DE LA LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL.

Administración Académica

### CONSULTA DE PLAN DE ESTUDIO

Multidisciplinaria Paracentral

(L10102 - Plan:1997) Licenciatura en Laboratorio Clínico

Mostrar como Listado

#	Código	Nombre de la materia	Ciclo	UVs	Tipo
1	SYN1101	Módulo I Sociedad y Naturaleza	1	16	Obligatoria
2	SYC1101	Módulo II Salud y Comunidad	2	18	Obligatoria
3	ETC1101	Módulo III Enfermedades Transmisibles y su Contexto Social en El Salvador	3	17	Obligatoria
4	SMI4101	Módulo IV Embarazo	4	20	Obligatoria
5	SMI5101	Módulo V Parto, Puerperio y Recién Nacido	5	20	Obligatoria
6	SMI6101	Módulo VI Primera Infancia	6	20	Obligatoria
7	SMI7101	Módulo VII Segunda Infancia	7	17	Obligatoria
8	SMI8101	Módulo VIII Adolescencia	8	16	Obligatoria
9	SMI9101	Módulo IX Género, Mujer y Salud	9	18	Obligatoria
10	SMI0101	Módulo X Práctica Integrada Materno Infantil	10	16	Obligatoria
11	PDG1101	Proceso de Graduación	11	0	Proceso Gradua.
12	PER1101	Programa Especial de Refuerzo Académico	16	0	Refuerzo
13	PER2101	Programa Especial de Refuerzo Académico	17	0	Refuerzo
14	PER3101	Programa Especial de Refuerzo Académico	18	0	Refuerzo

TOTAL UV	Obligatorias	Electivas	Optativas	Humanísticas	Complementarias
178	10				

Ciudad Universitaria, Universidad de El Salvador  
Final Av. "Mártires Estudiantes del 30 de julio".

## **ANEXO NO. 5 DESCRIPCIÓN, OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS DENTRO DEL ÁREA DE TRABAJO COMUNITARIO DEL MÓDULO "GÉNERO, MUJER Y SALUD" DE LA CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL QUE DENOTAN PARTE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO (SE RESALTAN DATOS CLAVE).**

### **I. DESCRIPCION:**

El trabajo comunitario como componente del área de Proyección Social de Módulo X “Género, Mujer y Salud” se desarrollará en el ámbito institucional habiéndose establecido que el lugar de implementación y evaluación de dicho proceso será la Universidad de El Salvador, sede central. El presente plan determina los lineamientos de construcción de un proyecto de intervenciones educativas encaminadas a abordar la esencialidad del conocimiento del módulo académico en formación.

Este Plan de Trabajo Comunitario, está orientado al desarrollo del mismo en diversos escenarios de la Universidad de El Salvador, para realizar acciones educativas en la **población estudiantil y trabajadora**, en edad **joven y adulta**, con lo cual se pretende que las y los estudiantes **fortalezcan habilidades y destrezas en educación y promoción de la salud** con potenciación máxima del abordaje de los **enfoques de género y derechos humanos**, **perfilándose a contribuir en el proceso de construcción y deconstrucción de las inequidades socio-culturales resultantes de las relaciones desiguales e inequitativas entre mujeres y hombres del grupo meta a intervenir.**

### **II. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL DEL ÁREA DE PROYECCIÓN SOCIAL**

Al finalizar el modulo, la estudiante será capaz de:

Realizar intervenciones de gestión, promoción y educación con enfoque de género y derechos humanos a nivel del campus Universitario sede central, a través del diseño, ejecución y evaluación de proyectos dirigidos a la población universitaria que busquen la sensibilización en temas donde las desigualdades de género se hacen evidentes como una forma de violación de los Derechos Humanos

#### **OBJETIVOS PARTICULARES:**

- Desarrollar intervenciones caracterizadas por **metodologías reflexivas y críticas** que conlleven a la sensibilización de procesos deconstructivos de relaciones basadas en desigualdades y discriminación fundamentadas en el sexo.
- Medir los resultados generados **en el equipo ejecutor y grupo meta** como consecuencia de las intervenciones de gestión, promoción y educación mediante el diseño y aplicación de indicadores traducidos a instrumentos de evaluación del proyecto de promoción y educación.
- Realimentar la organización del proceso y los efectos de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones a través de acciones de diversas modalidades y

escenarios para socialización de las actividades desarrolladas por estudiantes y docentes del Módulo IX de la Carrera de Licenciatura en Salud Materno Infantil.

### III. METODOLOGIA.

Para el abordaje del trabajo comunitario, el grupo de estudiantes, será organizado en subgrupos, quienes tendrán la responsabilidad de **diseñar, ejecutar y evaluar un proyecto** que incluye acciones de **gestión, promoción, educación y evaluación**; dirigido a la comunidad universitaria el campus central de la Universidad de El Salvador.

- El día asignado para el diseño, ejecución, evaluación, socialización y gestión de las actividades será: los días viernes de 8 a.m. a 5 pm.
- Cada subgrupo estudiantil diseñará un proyecto que describirá **6 acciones** a desarrollar.
- Cada subgrupo contará con **asesorías** de la docente responsable, durante las fases de diseño, ejecución y evaluación del proyecto de intervención educativa, también ofrecerá asesoría a la o el estudiante responsable de participar en las exposiciones de los diferentes temas que se estarán desarrollando.
- La socialización de las actividades de planificación, gestión, ejecución y evaluación, serán efectuadas en **dos momentos**, primero en reuniones de estudiantes y con la docente responsable de cada subgrupo **al finalizar cada jornada** y en un segundo momento en socialización grupales de las docentes y las estudiantes en cada reunión se valorará el desarrollo de cada actividad y retomar las observaciones efectuadas para efectuar ajustes en las próximas actividades. **(en una jornada de socialización general según calendario).**
- El cierre del proyecto se realizará en una de las plazas de la UES, en la cual se exhibirán los materiales educativos y brindarán información a participantes sobre las diferentes temáticas ejecutadas.



## ANEXO N° 6 SITIO GEOGRÁFICO ESPECÍFICO DEL HOGAR DE ESPERA MATERNA EN LOS PLANES DE RENDEROS DONDE SE RECOLECTARON DATOS PARA ESTE INFORME.

### Nombre

Casa de Espera Materna Los Planes de Renderos

### Descripción

Dirección:

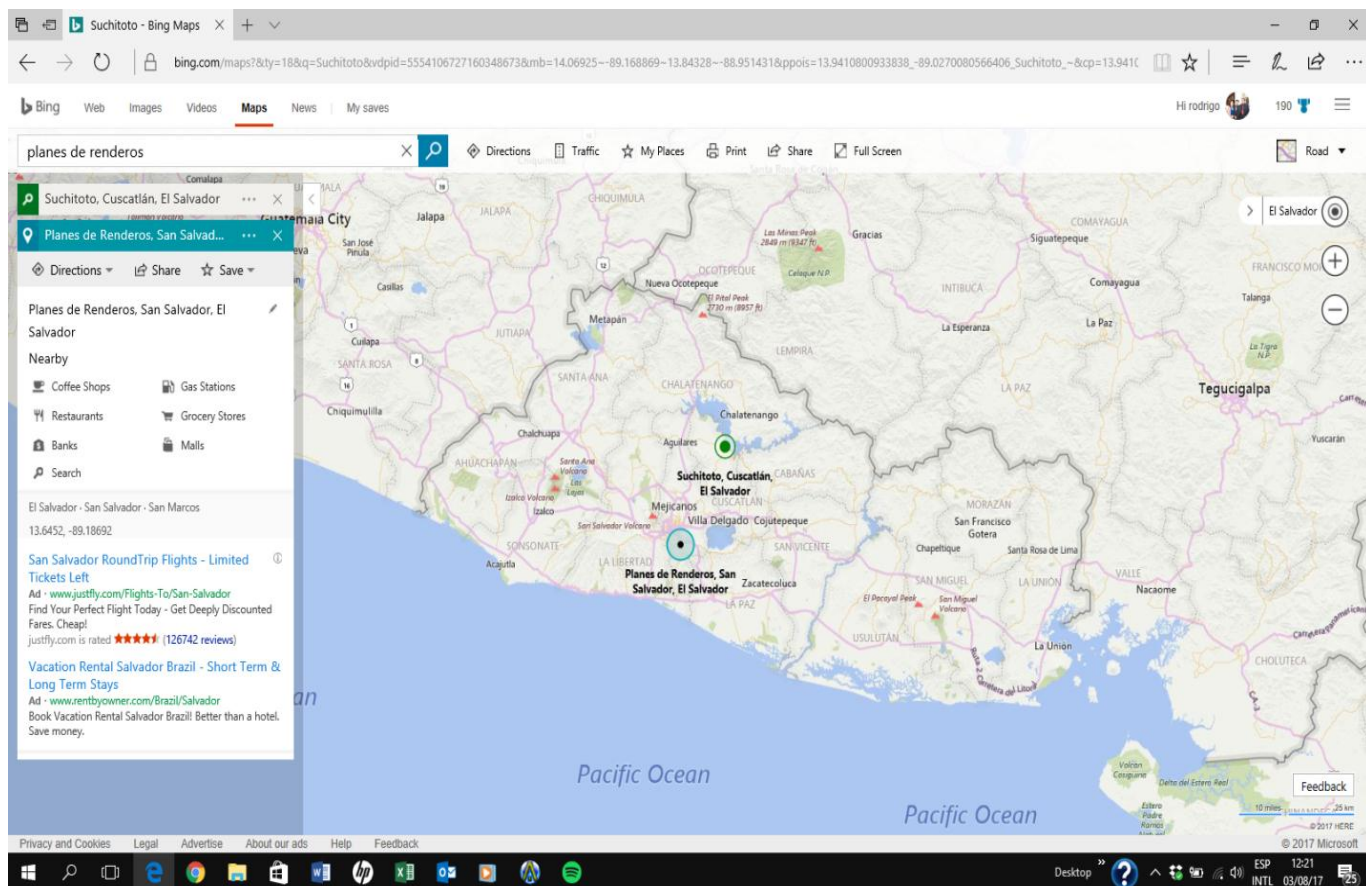
Km 9 ½ carretera a Los Planes de Renderos

### Teléfono:

2280-5081

### Horario de atención:

24 horas, 365 días al año.

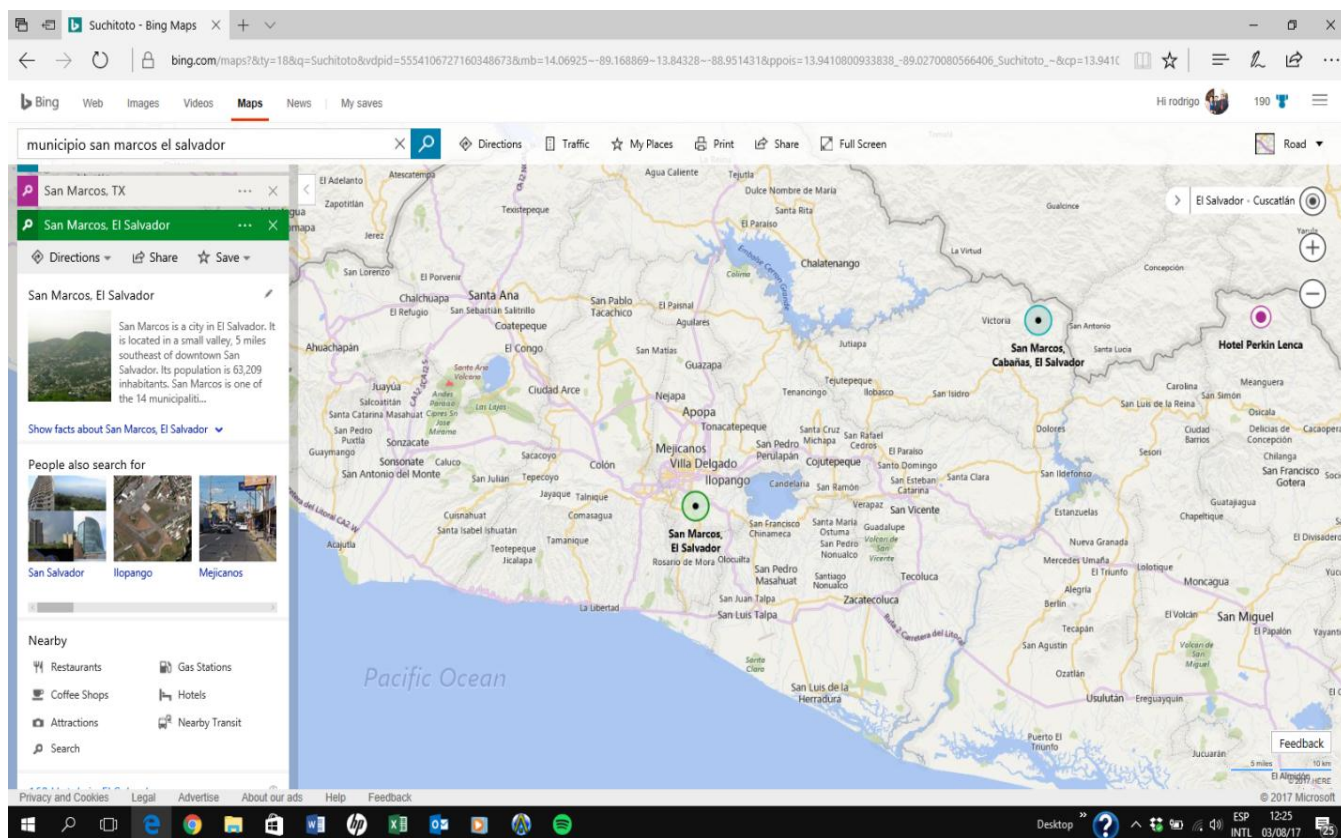


Fuente: [www.Fosalud.gov.sv/casadeesperamaternalosplanesderenderos.googlemaps](http://www.Fosalud.gov.sv/casadeesperamaternalosplanesderenderos.googlemaps)





## ANEXO N° 8 SITIO GEOGRÁFICO ESPECÍFICO UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SAN MARCOS DONDE SE RECOLECTARON DATOS PARA ESTE INFORME.



Fuente: [www.minsal.gov.sv/ucsfsanmarcos.googlemaps](http://www.minsal.gov.sv/ucsfsanmarcos.googlemaps)



## ANEXO N° 10 MATRIZ QUE REFLEJA LA RELACIÓN ENTRE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, LOS OBJETIVOS Y LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO.

<p><b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:</b>          ¿Cuáles son las prácticas sociales con enfoque de género desarrolladas por las profesionales materno infantil con sus usuarias en su cotidianidad?</p>		
<p><b>PREGUNTAS ESPECÍFICAS:</b></p>		
<b>Preguntas específicas</b>	<b>Objetivo que corresponde a pregunta específica 1</b>	<b>Hipótesis específica de esta pregunta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace uso de la técnica ACCEDA</li> <li>• Hace uso de la técnica ACCEDA</li> <li>• ¿Permite la institución aplicar el enfoque de género?</li> </ul>	<p>Identificar las prácticas cotidianas a través del uso de herramientas que denoten las habilidades ganadas de las profesionales materno infantil en su formación.</p>	<p>Las profesionales materno infantil usan herramientas en su práctica cotidiana, que denotan habilidades ganadas durante su formación</p>
<b>Preguntas específicas</b>	<b>Objetivo que corresponde a pregunta específica 2</b>	<b>Hipótesis específica de esta pregunta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabaja en grupo o en forma individual.</li> <li>• Utiliza vocabulario no sexista en la anamnesis.</li> <li>• Explora los antecedentes ecológicos sociales.</li> <li>• Brinda recomendaciones con enfoque de género.</li> <li>• Espacio de trabajo.</li> <li>• Tipo de atención que brinda.</li> </ul>	<p>Describir las destrezas de las profesionales en sus prácticas que facilitan la atención con enfoque de género a sus usuarias.</p>	<p>Las destrezas de las profesionales en sus prácticas facilitan la atención con enfoque de género a sus usuarias.</p>

## ANEXO N° 11 MATRIZ PARA FACILITAR EL PROCESO REFLEXIVO A PARTIR DE LAS HIPÓTESIS.

### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES CON ENFOQUE DE GÉNERO QUE REALIZA EL RECURSO MATERNO INFANTIL PARA PREVENIR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO CUANDO ATIENDEN A SUS USUARIAS?

DIMENSIONES	INFORMACION/INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION	METODO	INSTRUMENTO	PREGUNTAS
Prácticas cotidianas con enfoque de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería con enfoque de género.</li> <li>• Información con enfoque de género.</li> <li>• Lenguaje no sexista.</li> <li>• Atención incluyente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil de formación materno infantil</li> <li>• Programa de módulo IX Género, Mujer y Salud</li> <li>• Lineamientos de atención</li> <li>• Profesionales materno infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Cuestionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de observación</li> <li>• Cuestionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace uso de la técnica ACCEDA.</li> <li>• Trabaja en grupo o en forma individual.</li> <li>• Utiliza vocabulario no sexista en la anamnesis.</li> <li>• Explora los antecedentes ecológicos sociales.</li> <li>• Brinda recomendaciones con enfoque de género.</li> <li>• Hace uso de la técnica ACCEDA Tipo de atención que brinda.</li> <li>• Espacio de trabajo.</li> </ul>

Significado de ACCEDA: Atender, Conversar, Comunicar, Educar, Demostrar, Acordar.

## ANEXO No. 12 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA ENTREVISTA.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL



### GUION DE ENTREVISTA

#### PRÁCTICAS SOCIALES CON ENFOQUE DE GÉNERO DE LAS PROFESIONALES MATERNO INFANTIL CUANDO ATIENDEN A SUS USUARIAS

Objetivo: Recopilar información que permita la identificación de prácticas cotidianas con enfoque de género por parte de las profesionales materno infantil y describir las relaciones sociales en que se desarrolle la atención.

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo organiza su atención de servicio público cuidando el uso del enfoque de género?</li> <li>• ¿Aplica al menos lo siguiente?:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Verifica el tiempo de atención?</li> <li>• ¿Cuida de elementos dentro del espacio de atención?</li> <li>• ¿Trata de corregir las creencias y etnoprácticas con estereotipos de género?</li> </ul> </li> <li>• ¿Es crítica a las demandas ciudadanas?</li> <li>• ¿Diseña programas no sexistas?</li> <li>• ¿Desarrolla políticas de igualdad de trato?</li> <li>• ¿Aporta a suprimir la discriminación que afecta a la población femenina? ¿Cómo lo hace?</li> <li>• ¿Elimina representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género?</li> <li>• ¿Utiliza vocabulario no sexista e incluyente?</li> </ul>	<p>Identificar las prácticas cotidianas con enfoque de género a través del uso de herramientas que denotan las habilidades ganadas de las profesionales materno infantil en su formación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se establece un vínculo de confianza entre ente de salud y usuaria es de tipo profesional, amistoso, laboral?</li> <li>• ¿Ese vínculo ha logrado adaptar, retroalimentar o modificar la conducta hacia una conducta enfocada a las diferencias de género?</li> <li>• ¿Las intervenciones periódicas han logrado la percepción, motivación o aprendizaje del enfoque de género en la vida de la usuaria?</li> <li>• ¿Cómo es modelado el perfil materno infantil en la profesional que atiende a su usuaria?</li> </ul>	<p>Describir las relaciones sociales en que se desarrolla la atención materno infantil que facilitan o limitan la atención con enfoque de género a sus usuarias.</p>

## ANEXO N° 13 GUÍA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE UTILIZADA EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRIA EN METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL



### GUÍA DE OBSERVACION NO PARTICIPANTE SOBRE EL ESTUDIO:

#### PRÁCTICAS SOCIALES CON ENFOQUE DE GÉNERO DE LAS PROFESIONALES MATERNO INFANTIL CUANDO ATIENDEN A SUS USUARIAS

OBJETIVOS: Descubrir a través de la observación no participante, las características, rasgos, costumbres, tradiciones, entre otros elementos de comportamientos singulares de las profesionales materno infantil en la atención a las usuarias u usuarios

Con la información que se recabe se pretende: conocer si otras carreras afines dentro del área de la salud aplican el enfoque de género y como lo hacen para poder analizar la manera en que se aplica y se hace dentro de la carrera Salud Materno Infantil a través del plan curricular en el módulo IX Género, Mujer y Salud.

SEÑALE EL ÁREA DE TRABAJO DONDE SE LLEVA A CABO LA OBSERVACIÓN			
PROYECCIÓN SOCIAL		EDUCACIÓN	INVESTIGACIÓN
ÁREA CLÍNICA		INDIVIDUAL	ADMINISTRATIVA
ÁREA COMUNITARIA		GRUPOS	
		CONSEJERÍA	

Fecha:	Hora:	Lugar:	Nombre de la persona observada:
--------	-------	--------	---------------------------------

**Prácticas sociales que representan la aplicación del enfoque de género** las que son aprendidas a lo largo de la escolarización a través de la carrera salud materno infantil

El saludo en el primer contacto con la usuaria Diseño de programas no sexistas Desarrollo de políticas de igualdad de trato Actividades para suprimir la discriminación que afecta a la población femenina Eliminación de representaciones, imágenes y discursos que reafirman los estereotipos de género Vocabulario no sexista e incluyente Organización del servicio público	Tiempo de atención Espacio de atención Creencias propias abolidas o expresadas Crítica a las demandas ciudadanas Reconoce que los géneros tienen diferencias Considera la variedad de posibilidades al reconocer la existencia de características diferentes de los seres humanos al combinar por lo menos el sexo, el género y la orientación sexual.
---	---