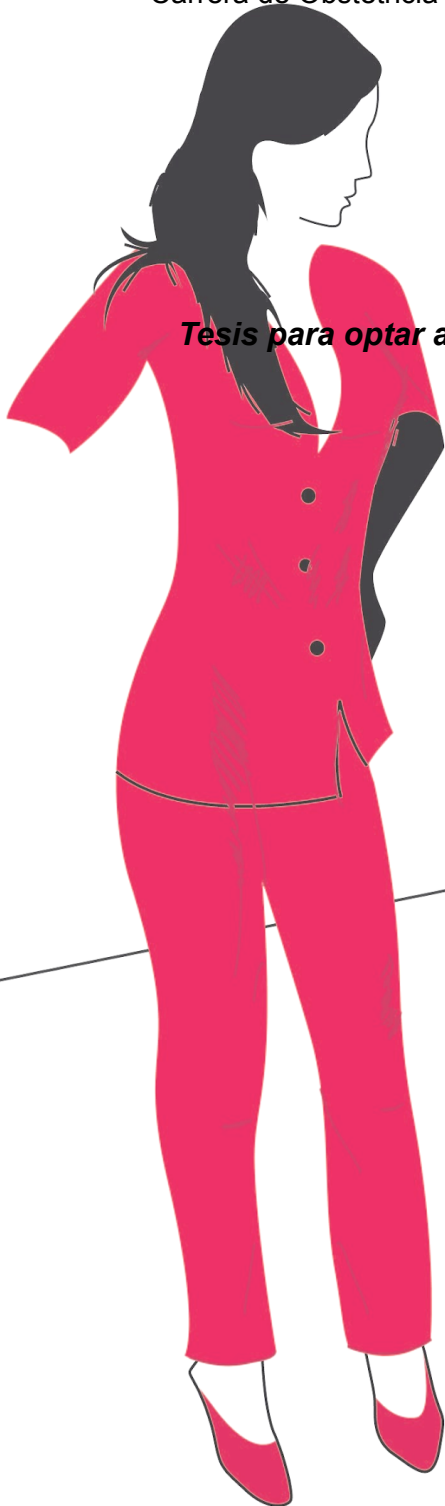


Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Carrera de Obstetricia y Puericultura



Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Tesistas:

María Cristina Bruna Gallardo
Rayen Sofía Campillay Alarcón.
Francisca Andrea Contreras Vargas.
Ingrid Sofía Ruiz Bilbao.
Daniela Alejandra Vásquez Parra.
Camila Fernanda Vicencio Veloso.

Profesor Guía:

Juan Bautista Baeza Correa

Profesora Informante:

Mariana Arancibia Heger.



i Agradecimientos

A nuestras familias y a todos nuestros seres queridos por su apoyo incondicional durante el transcurso de nuestra carrera.

A los profesionales Matronas y Matrones que colaboraron en nuestra tesis, participando con su opinión y disposición para esta investigación.

A nuestros docentes guías, Don Juan Baeza Correa y Mariana Arancibia Heger, por brindarnos su apoyo y conocimiento en la realización de esta tesis, para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura.

A los profesionales especialistas en el tema que compartieron sus opiniones con disposición y amabilidad para el desarrollo de este trabajo, la Dra. Ximena Luengo (ICMER) y el Dr. René Castro (Jefe Programa de Salud de la Mujer-MINSAL).

¡Muchas Gracias!

ii Índice General

Capítulo I: GENERALIDADES

- Introducción.....9

● Delimitación del problema.....	11
● Definición de términos.....	12
● Limitaciones del estudio.....	13
● Fundamentación del problema.....	14

Capítulo II: MARCO CONCEPTUAL

● Matronas y Matrones en el Sistema Público de salud.....	17
o A Nivel Ministerial	
o A Nivel Terciario	
o A Nivel Secundario	
o A Nivel Primario	
1. Juramento de la Matrona (ón).....	20
2. Normas que rigen la praxis.....	20
3. Código de ética del Colegio de Matronas (es) de Chile A.G.....	21
4. Rol de la matrona en anticoncepción.....	22
5. Rol de la matrona en la Anticoncepción de Emergencia.....	24
● Actitudes.....	29
1. Consideraciones generales.....	29
2. Concepto de actitud.....	30
3. Componentes de las actitudes.....	32

ii Índice General

4. Características de las actitudes.....	33
5. Clasificación de las actitudes.....	35
6. Formación de las actitudes.....	36
7. Actitudes y cambio de actitudes.....	38
● Valores y su relación con las actitudes.....	41
1. Concepto de valor.....	41
2. Características de los valores.....	42
3. Pre-requisitos y captación de valores.....	43
4. Cultura y valor.....	44
5. Actitudes y valor.....	45
● Anticoncepción de Emergencia y Políticas de Salud Públicas.....	46
1. Anticoncepción de Emergencia y Programa de Salud de la Mujer.....	46
2. Anticoncepción de Emergencia y Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad.....	47
● Objeción de Conciencia.....	50
1. Origen de la Objeción de Conciencia.....	50
2. Definición de la Objeción de Conciencia.....	52
3. Caracterización de la Objeción de Conciencia.....	54
4. Objeción de Conciencia y Fundamentos éticos.....	56
5. Objeción de Conciencia y Legalidad.....	58

Capítulo III: OBJETIVOS

● Objetivo General.....	65
-------------------------	----

ii Índice General

● Objetivos Específicos.....	65
------------------------------	----

Capítulo IV: VARIABLES.

- Variables.....68

Capítulo V: METODOLOGÍA

- Organización del trabajo.....73
- Tipo de Estudio.....73
- Definición de Universo y Muestra.....73
- Unidad de Análisis.....74
- Metodología de Recolección de Datos.....74
- Instrumento.....75
- Prueba del Instrumento.....75
- Aplicación del Instrumento.....76
- Metodología del análisis de datos.....76

Capítulo VI: RESULTADOS

- Presentación y Comentarios de datos.....78

ii Índice General

Capítulo VII: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- Conclusiones.....99
- Sugerencias.....103
- Resumen.....104

Capítulo VIII: BIBLIOGRAFÍA

- Páginas Web.....107
- Libros.....109
- Normas, reglamentos, programas nacionales.....109

Capítulo IX: ANEXOS

- I.- Escala Likert de actitudes112
- II.- Tablas.....116



Introducción

Los seres humanos han experimentado cambios dinámicos y constantes, que obligan a transformar el entendimiento e inclusive adaptar maneras de desarrollarse en diversos aspectos de sus vidas, así también en su vida laboral. Estos cambios afectan aspectos afectivos, valóricos, psicológicos y cognitivos en el actuar diario y en el ejercicio de su profesión.

Así los aspectos psicoafectivos y valórico-cognitivos del profesional matrona - matrón en lo que se refiere a la atención que otorga a usuarias en el ejercicio cotidiano de su quehacer como profesional de la salud, resulta relevante conocer como los aspectos que influyen en la vida de los profesionales afectan la forma y la oportunidad de la atención que otorga en salud a las usuarias del sistema público.

Las actitudes son una vitrina de la conducta en atención, es por eso, que se estudia en diversos ámbitos sobre el valor que el profesional le otorga a la religión, la relevancia de la normativa vigente y temas contingentes que afectan la atención de las usuarias en los centros asistenciales, a saber, sus valores, sus decisiones personales en temas difíciles, etc.

Actualmente los profesionales de la salud, no están informados sobre el concepto y el derecho a objetar en conciencia ante temas que afecten sus valores y principios y como esto afectaría en la atención, en ámbitos actuales y circunstanciales, a las usuarias, un ejemplo claro de esto es la distribución y la entrega de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia.

El profesional matrona-matrón ante situaciones conflictivas a nivel público o bien ante situaciones reñidas con sus principios y valores; ¿actúa otorgando atención a la usuaria, de acuerdo a órdenes?, ¿expresa su

Capítulo I: Generalidades.

desacuerdo y se abstiene de su ejercicio?, o ¿actúa, empero, no sea su decisión o su convicción personal?

Capítulo I: Generalidades.

Delimitación del problema

Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona – matrón y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.

Capítulo I: Generalidades.

Definición de términos

Atención en salud: Servicio otorgado a las usuarias/os del sistema de salud, por un profesional del área, puede ser matrona, enfermera, medico, etc.

Matronería: Entendemos por matronería la labor desempeñada por las matronas.

Matrona (ón): Profesional universitario del área de la salud, capacitado para entregar servicios a la mujer durante su ciclo vital, incluyendo también la atención del recién nacido, su pareja y familia.

Psicoafectivo: Aspectos diversos del desarrollo del autoconocimiento de la persona como base del crecimiento. Implica autoconocimiento que surge desde una experiencia organizativa del individuo consigo mismo y los demás. Este está muy relacionado con aspectos del desarrollo de la identidad y del proceso de socialización.¹

Usuaría: Persona beneficiaria que acude a un centro asistencial con el fin de recibir atención por parte de un profesional en lo que respecta a promoción, prevención y tratamientos en salud.

Valórico cognitivo: Es el logro de la identidad personal como un proceso de diferenciación e integración, a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y de interacción en el mundo. Se alcanza un sentido ético que define a sí mismo en términos de una jerarquización de valores y una

¹ <http://www.geocities.com/toma2000cl/sernino.htm> (Consulta 10/10/08 a las 14:00 hrs.)

integración social efectiva, lo cual se lograría plenamente en las etapas superiores de desarrollo moral con la autonomía.²

Capítulo I: Generalidades.

Limitaciones del estudio

Desconocimiento de las causas o razones por las que las profesionales matronas y matrones no participaron con su opinión en el estudio, debido a que la encuesta realizada no consideraba un ítem para ello.

La conectividad presenta algunos problemas, en ocasiones genera dificultad en la recepción del mensaje inicial como también en la recepción de su respuesta, por ello hubo probablemente un número importante de encuestas enviadas por correo electrónico que llegando a destino y respondidas no se recibieron, como también un número de encuestas virtuales que no llegaron a su destinatario/a.

Por otra parte, existe la posibilidad que las matronas que recibieron la encuesta electrónica no hayan revisado su correo electrónico en el período en que la página web estuvo activa.

El instrumento fue probado en forma presencial, pero en el estudio final se produce una diferencia al realizarlo a larga distancia (vía correo electrónico, lo que pudo haber generado dificultades no detectadas al momento de la prueba.

El grupo en estudio, a saber, las matronas, no están habituadas al sistema informático como una fuente de información., conectividad y comunicación, por lo que es probable que no supiesen como operaba el sistema o que lo hayan ejecutado incorrectamente, generando problemas en plasmar sus respuestas, como en enviarlas al grupo de investigación.

²http://www.plataforma.uchile.cl/fb/cursos_trans/etica/unidad1/tema%204/doc/Unidad%20Teorias%20de%20desarrollo%20cognitivo%20y%20moral.doc (Consulta 10/10/08 a las 14:15 hrs.)

Fundamentación del problema

La matrona (ón) es parte del equipo médico y ha sido tradicionalmente la compañera de la mujer a lo largo de su vida.

Cuenta con las habilidades para asistir partos normales, cuidar a la madre y al recién nacido después de dar a luz, y vigilar que todo se desarrolle con normalidad. Además presta servicios en ginecología, obstetricia y neonatología. Además, realiza atención a nivel primario, de la mujer y su pareja en las áreas de educación, promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, derivación y seguimiento. Atendiendo un promedio de 6.500 personas anuales (hombres y mujeres).

Por otro lado, las usuarias, punto clave ya que son las personas a las cuales se le prestan los servicios, se caracterizan por tener un rango de edad entre los 15 y 70 años, con una escolaridad básica o media, la mayoría de la veces incompleta, con una gran cantidad de dudas sobre su sexualidad, pero a su vez con miedo o vergüenza a expresarlas. Por otro lado, con incertidumbres y mitos en relación a sus procesos fisiológicos a lo largo de su vida.

Para esto, y con el fin de comprender las influencias que tiene una matrona (ón) al momento de prestar atención a una usuaria, nace la inquietud de estudiar los aspectos psicoafectivos y valórico - cognitivos que interfieren en dicha atención, y como estos afectan las actitudes de los profesionales. Los temas que se plantearan como base del estudio serán la religión, ejercicio profesional, la entrega de la PAE y la objeción de conciencia.

En relación a la atención usuaria, el modelo biomédico ha sido utilizado por extenso tiempo. Al estudiar las actitudes de los profesionales matronas y matrones podemos conocer el grado de satisfacción que experimenta el profesional al brindar una atención que involucre aspectos integrales y como

Capítulo I: Generalidades.

esta atención holística repercute en la aumento de la satisfacción de los usuarios en salud. El beneficio de estudiar las actitudes en la atención es que nos permitirá conocer si se tiene un profesional satisfecho y un usuario que recibirá atención de calidad que repercutirá en todos los aspectos de su vida.



Capítulo II: Marco Conceptual.

Matronas en el Sistema Público

La matronería en Chile tiene un papel destacado hace muchos años en la vida de las mujeres y su grupo familiar.

En periodos precolombinos el parto era cosa de mujeres y ocurría lejos de las moradas y en estrecho contacto con la tierra. La atención de los partos estaba a cargo de mujeres que básicamente acompañaban a la parturienta, teniendo sólo conocimientos que eran transmitidos verbalmente por sus antepasados.

La primera Matrona que llega a Chile fue doña Isabel Bravo, proveniente desde el Perú; y en el año 1568 se le autorizó a ejercer dicha profesión en este país.

En el año 1790 José Antonio Ríos, profesor de Medicina de la Universidad de San Felipe, impulsado por el aumento en los índices de Mortalidad Materno Infantil, propone la formación universitaria para Matronas. Pero recién el día 16 de julio de 1834, bajo el gobierno de José Joaquín Prieto, se crea la primera Escuela de Matronas, en donde se nombra como director al Dr. Lorenzo Sazié, proveniente de la escuela francesa, y es él quien inaugura la primera cátedra, quedando en la historia como el fundador del “Colegio de Obstetricia”.

La admisión de esta escuela era gratuita, lo único que se solicitaba era que fueran mujeres jóvenes, robustas y que supieran leer y escribir. Se daban cupos de 2 alumnas por provincia.

Del primer curso en donde las clases fueron inauguradas solemnemente el día 5 de mayo del año 1835, egresaron 16 alumnas, las cuales fueron

Capítulo II: Marco Conceptual.

decretadas por el gobierno como las únicas que podían atender partos en los pueblos en los cuales se encontraban.

Posteriormente el Dr. Alcibíades Vicencio en el año 1906, crea el Instituto de Puericultura, incorporando esta materia, relacionada con el cuidado del recién nacido, a los programas de estudio para las matronas. Haciendo de esta manera que la formación universitaria de las matronas les permitiera no sólo atender partos, sino que velar por el bienestar de la madre y del recién nacido.

Desde entonces la matrona ha ejercido su quehacer profesional tanto en el área pública como privada.

Como cualquier otro profesional del área de la salud, el ingreso de la matrona a un centro de salud público está sujeto al cumplimiento de estatutos específicos, en el caso de un cargo a nivel de servicio de salud por el estatuto administrativo Ley N° 18.834 y en el caso de los establecimientos municipales al estatuto de atención primaria de salud municipal Ley N° 19.378. En ambos queda establecido que la forma de ingreso es a través de concurso público.

Dentro de la práctica clínica la matrona debe cumplir con lo establecido, en la constitución política del país, en el código civil y el código penal que forman parte de sus responsabilidades civiles y penales además con sus responsabilidades administrativas que están contenidas dentro del Programa de Salud de la Mujer (vigente desde 1997), de las Normas de Regulación de la Fertilidad y otras inserciones como el Programa Chile Crece Contigo.

La matrona desempeña sus funciones en los tres niveles de atención de salud, tanto en cargos administrativos – directivos, como asistenciales.

Capítulo II: Marco Conceptual.

A nivel Ministerial

- Programa Salud de la Mujer.
- Salud Adolescentes y Jóvenes.
- Departamento Evaluación y Control.
- Unidad de Gestión en Salud.
- Departamento Epidemiología.
- Unidad de Salud Mental.
- Programa de Salud del Adulto.
- División de Atención Primaria.
- Secretaría Regional Ministerial.
- Control de Gestión, Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- CONASIDA.

A nivel Terciario

- Servicios de Ginecología y Obstetricia.
- Supervisión de Servicios de Neonatología.

A nivel Secundario

- Garantías Explícitas en Salud.
- Unidad de Patología Mamaria.
- Unidad de Patología Cervico Uterino.

A nivel Primario

- Dirección.
- Subdirección.
- Clínica.

Capítulo II: Marco Conceptual.

1.- Juramento de la matrona (ón).

Juráis por Dios y por vuestro honor, en este instante solemne, ejercer vuestra profesión inspirada en los más nobles ideales, protegiendo sin restricciones la vida de la madre y del hijo cumpliendo fielmente con los deberes que impone custodiar el sublime acto de dar a luz?

Juráis contribuir en la medida de vuestras fuerzas a mantener el prestigio y el rango de la profesión y de no olvidar su alto significado social y moral?.

Juráis, por último guardar inviolables los secretos que os fueran conferidos en el desempeño de vuestro cometido, así como todo lo que vieres y entendierais y que debéis callar?.

SÍ, JURO....

2.- Normas que rigen la praxis.

La praxis de la matronería, como otras profesiones del área de la Salud, debe respetar una serie de normativas que resguardan la integridad de los usuarios y del mismo profesional.

El resguardo al profesional del área de la Obstetricia, se expresa en que la gran mayoría de sus actividades están establecidas, lo que da un respaldo legal a su quehacer.

Dentro de la práctica clínica la matrona debe cumplir con lo establecido, en la constitución política del país, en el código civil y el código penal que forman parte de sus responsabilidades civiles y penales además con sus responsabilidades administrativas que están contenidas dentro del Programa

de Salud de la Mujer (vigente desde 1997), de las Normas de Regulación de la Fertilidad y del Programa Chile Crece Contigo.

Capítulo II: Marco Conceptual.

En la Carta Fundamental, se pueden encontrar los derechos que son para la protección de toda la ciudadanía; pero además dan la pauta de cómo debe ser el trato que se debe dar cuando se trabaja directamente en la atención de personas, como el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de estas. También es importante rescatar que es el único cuerpo legal que hace alusión a la libertad de conciencia, pero que no especifica la opción de la objeción de conciencia.

Dentro del Decreto N° 466 del Ministerio de Salud (31 de Diciembre de 1984), haciendo referencia a la prescripción de medicamentos, indica que *“Las Matronas sólo podrán prescribir los Medicamentos necesarios para Partos Normales, tales como Retractores de la Fibra Uterina, Preparados Hormonales Oxitócicos y Analgésicos no Narcóticos”*.³

3.- Código de ética del Colegio de Matronas de Chile A.G.

El actuar ético de los profesionales Matronas y Matrones se ve regido por el Código de Ética del Colegio de Matronas de Chile (entidad a la cual no es obligatoria la subscripción de los profesionales).

Dentro de dicho código están contenidas las disposiciones éticas que deben ser respetadas por los profesionales, lo que se ve velado por el Colegio de Matronas, tal como se cita en el Artículo 1º: “ Todas las matronas que ejercen su profesión dentro del territorio nacional tienen el deber de conocer y respetar las disposiciones éticas que se detallan en el presente código”; y en el Artículo 2º: “ El cumplimiento de los principios establecidos por este código será velado por el Colegio de Matronas de Chile”.

³ *Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados, Artículo 37.*

Este código también considera los deberes que deben ser cumplidos por las Matronas y Matrones, dentro de los cuales está el brindar atención a cada mujer que la solicite, considerando las normas legales; y sólo se debe rehusar

Capítulo II: Marco Conceptual.

a dar dicha atención cuando exista otro profesional que pueda brindarla, todo esto se desprende del Artículo 3º “Las Matronas deberán proporcionar atención profesional a toda mujer que lo solicite dentro de las normas indicadas y legales establecidas”; y del Artículo 5º: “ La Matrona no podrá rehusar la atención de una paciente cuando no exista otra colega que pueda hacerse cargo de ella”.

Cada vez que sea otorgada una atención es deber de cada profesional cuidar la privacidad de las usuarias, exceptuando aquellas situaciones que se vean en conflicto con las leyes, tal como se expresa en el Artículo 4º: “El secreto profesional es una obligación que la Matrona debe respetar en forma escrupulosa, con excepción de los casos estipulados por las leyes”

Por último se da importancia a la relación que debe tener la Matrona y el Matrón con la sociedad, destacándose el Artículo 15º del mismo código que establece: “La Matrona deberá cooperar en todo instante con las acciones destinadas a elevar el nivel de Salud del país”.

4.- Rol de la matrona en la anticoncepción.

Uno de los hitos que llevó a la matrona a la vida pública en Chile fue cuando el SNS en el año 1976 a través de una resolución aprobara la norma sobre Encargo de Acciones de Regulación de Fecundidad, que autorizaba a las profesionales Matronas, en aquellos años capacitadas por APROFA, para prescribir métodos anticonceptivos. Esto dada la escasez de médicos para

satisfacer la creciente demanda, y conociendo la excelente calidad de la formación profesional de las matronas.⁴

Desde ese momento la matrona comenzó a tener un rol activo en el campo de la consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Capítulo II: Marco Conceptual.

El término consejería se define como:

*“La atención individual proporcionada a la población general o grupos específicos con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos”.*⁵

Entre sus objetivos encontramos:

1. Identificación de necesidades.
2. Toma de decisiones en lo que respecta a anticoncepción.
3. La elección/indicación del método anticonceptivo adecuado teniendo en cuenta las características del fármaco (modo de uso, reversibilidad, costo, entre otros) y del usuario(edad, perfil de salud, otros)

Desde sus inicios, las actividades de regulación de la fertilidad han tenido cobertura nacional para toda la población beneficiaria, sin restricciones de acceso, y su suministro se ha realizado en los establecimientos dependientes del SNS.

En 1997, a través de la Ley N° 19.536 se modificó el Código Sanitario para que la planificación familiar dejase de ser una “función delegada”, pasando a ser una “función propia” de la matrona.⁶

⁴ Normas nacionales sobre la Regulación de la Fertilidad, Incorporación de la Planificación Familiar a las Políticas de Salud, página 15

⁵ Programa de Salud de la Mujer, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, página 38

⁶ Normas nacionales sobre la Regulación de la Fertilidad, Incorporación de la Planificación Familiar a las Políticas de Salud, página 15

En la actualidad, más del 90% de las actividades preventivas dirigidas a las mujeres en los establecimientos de atención primaria del sistema público, son realizadas por matronas.

Capítulo II: Marco Conceptual.

5.- Rol de la matrona en la Anticoncepción de Emergencia.

La Anticoncepción de Emergencia no es un tema nuevo en nuestro país, pues desde hace muchos años es usada, pero la forma de administración es la que ha ido variando a lo largo del tiempo.

En sus inicios fue utilizado el método yuzpe, que consistía en la toma de varias píldoras combinadas (progesterona y estrógenos). Desde el año 2001, en Chile, ingreso un fármaco que sólo contiene Levonorgestrel 750mcg.

Las primeras PAE que llegaron al país comenzaron a comercializarse en diversas farmacias privadas con receta médica.

Las matronas(es) también están facultadas para prescribir este fármaco, así como hacen años prescriben métodos anticonceptivos de uso regular, lo cual es producto de su competencia técnica en el área, adicionalmente esta facultad fue respaldada por el Ministerio de Salud a través del Ordinario n° 15 AE/2866 del 2 de junio del 2004, que dispone que los profesionales de la Salud – Médicos o Matronas(es) – pueden prescribir la PAE.

Uno de los roles más importantes de la matrona, dentro del tema de la Anticoncepción de Emergencia, es sin duda, la consejería, en ella la usuaria debe comprender que es sólo un método que se usa en casos de emergencia, que en ningún momento debe ser usado en forma regular, y que es fundamental si ella ha decidido iniciar su vida sexual y no desea un embarazo,

plantearse la posibilidad de comenzar a utilizar un método anticonceptivo de uso regular.

Desde abril del año 2004 la PAE comenzó a formar parte de la Norma y Guía Clínica para la atención de urgencia de víctimas de violencia sexual.

La Norma define violencia sexual como: “toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión

Capítulo II: Marco Conceptual.

o abuso. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido la capacidad de consentirlo, esto último especialmente en el caso de niños pequeños. En el caso de los niños, es toda aproximación sexual, porque éste no se encuentra en condiciones de comprender y son inapropiadas para su desarrollo psicosexual”.

La atención de víctimas de abuso sexual, implica diversos procedimientos clínicos y legales. En cuanto a los procedimientos clínicos, el tratamiento incluye una serie de intervenciones destinadas a prevenir o minimizar las consecuencias patológicas o no deseadas de la violencia o abuso. Entre ellas encontramos la prevención de un embarazo no deseado, para lo cual se realiza una consejería y se ofrece un método de emergencia, esté o no utilizando un método de uso regular en ese momento.

En relación a este punto, especifica que si es sabido, que un profesional no está de acuerdo con su uso, debe evitarse que atienda víctimas de violación. El/la profesional debe delegar la atención a otro profesional ya que, incluso la entrega de información y la consejería podrían inducir una determinada decisión en la víctima.

El año 2006 el Ministerio de Salud a través de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad amplió la entrega de la AE a todas las beneficiarias del sistema público de salud, que la necesitarán y ya no sólo a las víctimas de violación. La entrega se planificó a través los consultorios de atención primaria,

SAPUS dependientes de estos y servicios de urgencia a lo largo del país. Los requisitos para acceder a ella eran: ser mayor de 14 años, haber tenido relaciones sexuales en las últimas 72 horas y no haber usado un método anticonceptivo o falla de este.

A la vez se seguiría comercializando en las farmacias privadas, para las usuarias del sector privado.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Esta resolución del MINSAL, tuvo detractores desde su promulgación, desde las bancadas opositoras al gobierno hasta gestores en salud, lo que impidió lograr la cobertura esperada.

En marzo del 2007 las NNRF fueron impugnadas por un grupo de diputados aludiendo a que estas eran inconstitucionales, lo que posteriormente se redujo solo al capítulo de anticoncepción de emergencia.

Posteriormente a la baja cobertura en la entrega lograda por el sector público se le añadiría en octubre, la negativa de algunas de las principales cadenas de farmacias del país a vender el producto, apuntando a razones éticas y objeción de conciencia.

En noviembre el Gobierno comenzó a fiscalizar a las farmacias, ya que el Levonorgestrel 750mg forma parte del formulario nacional de fármacos lo que las obliga a tener dicho fármaco en stock, y permite que sean multados los establecimientos que no cuenten con él.

Bajo este escenario y para cuantificar el nivel del problema y la opinión del MINSAL al respecto, se cita a continuación parte de una entrevista realizada al Dr. René Castro director nacional del Programa de Salud de la Mujer.

Entrevistadoras: *Se ha dado toda una discusión pública al respecto del tema de la píldora, queríamos saber ¿Cuál es su apreciación en cuanto a la discusión pública que se generó sobre la entrega de la píldora?*

Dr. Castro: *..., “hay una cuestión muy curiosa acá porque cuando se registra la PAE... no pudimos ponerla de inmediato en la oferta pública por lo tanto el primer punto disponible eran las farmacias privadas y nosotros logramos colocarla en la oferta pública recién el 2004 cuando sacamos las normas para*

Capítulo II: Marco Conceptual.

víctimas de abuso sexual... y cuando llega el actual gobierno de la Presidenta Bachellet, ahora con la cual la ministra llegando dice la píldora debe ser puesta al alcance de la gente y ahí tenemos un hecho bien interesante por un lado, a los quince días desaparece el único laboratorio nacional que la produce, la retira del mercado... La historia que uno sospecha es que hubo una presión muy fuerte por un ente externo...

Desde aquí yo quiero apuntar un poco al tema ético, a mí en lo personal me incomoda todo este doble discurso. ¿Ustedes recuerdan que haya habido mucho debate o mucha objeción de conciencia por parte de los dueños de farmacia entre el 2001 y el 2006? ¿Ustedes recuerdan que las farmacias se hayan negado a vender la píldora? ¿Qué pasó? O sea, la píldora es la misma que entramos el 2001. ¿Por qué les molesta venderla ahora? Y ahí, la triste explicación que uno tendría, es que aquí lo que cambió es que cuando nosotros colocamos la píldora en la oferta pública gratuita a nuestra población usuaria, se acabó el mercado para los empresarios privados, ahora con la agravante, eso sí, que les creamos problemas a la población que no tiene acceso al servicio público...

....la obligación del Estado es proteger el concepto de la igualdad, o sea si el 2001 era disponible la píldora a la persona que podía pagar los 5 mil - 6mil pesos en la farmacia, lo que hemos hecho, para colocarla en la usuaria pública, es que aquellas personas que por razones económicas no puedan comprarla, sí tengan acceso a través de nosotros y eso es igualdad, pero no me vengan

con argumentos de objeción de conciencia, los dueños de las cadenas de farmacia, porque primero que nada la objeción de conciencia es... un tema del individuo... a mí me preocupa la Iglesia que en el fondo tuvo la misma actitud... nunca opinó de la venta de la píldora en las farmacias privadas, sino objetó la entrega gratuita del Servicio Público o sea lo que pareciera molestar es que nosotros la hayamos puesto al alcance de la población del Sistema Público y eso es desigualdad pura.

Capítulo II: Marco Conceptual.

El tema de conciencia que es bastante curioso, porque en el fondo una vez más dejamos que se repita, que la gente que tiene plata, que tiene recursos se va a conseguir la receta igual...Y si nosotros como ministerio estamos convencidos, como estamos convencidos, de que el producto no es abortivo..., la obligación nuestra por supuesto es permitir que todas las personas que puedan estar en la misma situación puedan tener acceso”.⁷

Pese a la clara determinación del Gobierno por continuar con esta iniciativa cuyo fin último es contribuir a la disminución de la desigualdad en Salud en nuestro país, en abril de este año el Tribunal Constitucional falló a favor del requerimiento de inconstitucionalidad del capítulo de anticoncepción de emergencia. En un principio la decisión de continuar con la entrega a nivel de la APS, pasó a estar en manos de los alcaldes, pero finalmente se resolvió discontinuar la entrega; y solo quedo a disposición de las víctimas de abuso sexual.

Este año por resolución del Tribunal Constitucional, la sección que comprendía la anticoncepción de emergencia fue sancionada, dejándose este recurso sólo para las víctimas de violación.

⁷ Entrevista a Dr. René Castro anexo 2008.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Actitudes

La conformación y desarrollo de actitudes en la persona es un proceso permanente, continuo, dinámico que se inicia desde la vida intrauterina.

Es fundamental en las actitudes de las personas la percepción, siendo esta un proceso cognoscitivo, una forma de conocer el mundo, para lo que es necesario introducir, en nuestra mente, información.

Es un proceso complejo que depende tanto del mundo que nos rodea como de quien lo percibe.

1.- Consideraciones generales.

La palabra actitud procede del vocablo *acto* que a su vez deriva de *hacer*, y el afijo *itud* designa al *hacer-hacer*, que propio de la actitud, es decir, *lo que hace hacer*.

Las actitudes son propias de las personas, éstas se van forjando con el pasar del tiempo, teniendo su inicio en la infancia. Son aprendidas de los padres, profesores, grupos de amigos, o sea, del mundo que nos rodea.

Muchas de las actitudes son obtenidas mediante un aprendizaje inconsciente, a través de principios conductuales.

Son estas actitudes las que permiten simplificar y generalizar, la realidad, pero no se debe confundir esta generalización con la realidad misma,

ya que se produciría una solidificación de las actitudes evitando así el desarrollo de la persona, la cual, se cerraría a la existencia de distintas posibilidades frente a una situación particular. Es así como las actitudes deben ser utilizadas para evaluar un objeto, persona o situación, calificándolos en buenos, malos, positivos o negativos, lo que posteriormente, determinará su conducta frente a estos mismos.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Por esto las actitudes se relacionan con la personalidad e influyen en el comportamiento de las personas. Entender el carácter e impacto de las actitudes permitirá entender ciertas situaciones, contribuyendo a su mejoramiento.

Con el fin de facilitar su comprensión, actitud se puede definir como: hábitos de pensamiento que condicionan nuestras reacciones y nuestras conductas con respecto a un objeto, persona, hecho o situación del mundo que nos rodea; o en los cuales se haya pensado en algún momento, expresando opiniones de ellos, es decir, actitudes expresadas en palabras.

No siempre es fácil diferenciar las actitudes de otros componentes afectivos como los valores, creencias, intereses, opiniones, la preferencia, el autocuidado y la autoestima. Por consiguiente, es importante tener una clara definición de lo que significa actitud y así evitar las confusiones con los conceptos ya mencionados.

2.- Concepto de actitud.

Las actitudes son modos profundos de enfrentarse a sí mismos y a la realidad. Son líneas radicales, formadoras, impulsoras y motivadoras de nuestra personalidad. Es el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y

determina su relación y conducta con su medio ambiente. La actitud no es susceptible de observación directa, tiene que inferirse a partir de creencias, sentimientos, intenciones o conductas; verbalización o expresión de sentimientos acerca de un objeto, situación o persona, por afinidad o evitación, tendencia o preferencia manifiesta, etc.

Las actitudes son las disposiciones del hombre hacia sí mismos o hacia otro ser.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Existe un gran número de definiciones de actitud, por parte de diferentes autores: citándose a continuación las más importantes:

- “Los procesos mentales que determinan las respuestas de los individuos, actuales o potenciales, hacia su medio social” THOMAS, W.I & ZNANIECKI, F. (1918).
- “La actitud es un grado a favor o en contra de un objeto o un valor”. ALLPORT, G.W. (1935).
- “Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas activas como las potenciales de cada persona en un mundo social. Como la actitud se dirige siempre hacia un objeto se puede definir como un estado de la mente de un individuo respecto a un valor”. ALLPORT, G.W.(1935).
- “Actitud es un estado mental y nervioso de disposición adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos o situaciones con los que se relaciona”. ALLPORT, G.W. (1935).

- “Una respuesta afectiva relativamente estable en relación a un objeto”. MURPHY, G. MURPHY, L.B. & NEWCOMB, T.M. (1937).
- “Un efecto o disponibilidad para responder de cierta manera, frente a un objeto o fenómeno social que está relacionado con un componente valorativo. Con el objeto se está en pro o en contra de algo y con disponibilidad se acepta o se rechaza”. DAWES, R.M. (1972).

Capítulo II: Marco Conceptual.

3.- Componentes de las actitudes.

Las actitudes son factores que intervienen en una acción, una predisposición, comportamiento adquirido hacia alguna persona, objeto o situación.

Las actitudes implican lo que se piensa, se siente y como gustaría comportarse respecto de un objeto de actitud. Pero el comportamiento no es siempre lo que gustaría, sino también, lo que creemos que debemos hacer, es decir, por las normas sociales, costumbres o consecuencias que se esperan del comportamiento, pese a que los *tonos* afectivos reactivos sean agradables o desagradables. Así nacen, las actitudes sociales.

Las actitudes tienen tres componentes principales:

I.- Componente afectivo: este componente se refiere a la valoración emocional, positiva o negativa, que impregnan los juicios, es decir, lo que se siente, determinando así que es agradable y desagradable.

Es el componente más característico de las actitudes, puesto que ellas, nacen de los juicios que forman las personas hacia los objetos, situaciones e individuos; influenciando entonces, tanto el componente cognitivo como conductual.

Según las actitudes sociales, el elemento afectivo implica la proyección de un sentimiento en pro o en contra de un objeto determinado.

II.- Componente cognitivo o preceptivo: las actitudes son conjuntos organizados de creencias, valores, conocimientos o expectativas, relativamente estables, que predisponen a actuar de un modo preferencial ante una persona, objeto o situación. Este componente se refiere a la idea, y a él pertenecen primordialmente, los conjuntos de opiniones (juicio o parecer que se forma de una cosa cuestionable), las categorías (uno de los diferentes elementos de

Capítulo II: Marco Conceptual.

clasificación que suelen emplearse en las ciencias), los atributos (cada una de las cualidades de un ser), los conceptos (idea que concibe o forma el entendimiento), lo que se piensa o se cree y que se basa en las experiencias.

III.- Componente conductual, conativo o de acción: el componente conativo o de acción es aquel en el que, cuando el individuo cree o piensa una determinada cosa, siente una vivencia positiva/negativa hacia la misma, actúa de una manera determinada ante ese objetivo.

Según las actitudes sociales, el elemento relativo a la conducta es la combinación de la cognición y el afecto, como instigadora de conductas en una determinada situación.

Las actitudes preceden a la acción. No obstante esta última, genera y/o refuerza a la actitud correspondiente.

Los elementos que componen las actitudes pueden ser consistentes o discordantes. Cuando hablamos de consistencia, decimos que lo que se piensa, siente o manifiesta, se encuentra presente en la actitud del individuo de manera congruente. En los discordantes, los tres componentes se pueden contradecir en todos los elementos o en algunos de ellos.

4.- Características de las actitudes.

Las características de las actitudes son múltiples y la determinarán definitiva, temporal y/o dinámicamente:

- Son adquiridas, es decir, son el resultado de la biografía de cada persona y se forman a partir del sexo, la edad, el estado civil, la nacionalidad, la religión, la relación con los pares, la estructura familiar de origen, el nivel educacional, el nivel socioeconómico, etc.

Capítulo II: Marco Conceptual.

- Tienden a estabilizarse, a hacerse perdurables, a generar una estructura consistente que puede rigidizar el comportamiento, o bien, dar pie para el cambio.
- Son raíz, precursores y determinantes de nuestro comportamiento.
- Es un proceso complejo, sus tres componentes se encuentran en permanente interacción.
- Son subjetivas.
- Son transferibles, se pueden actualizar de modos diversos y hacia distintos objetos, personas y situaciones.
- Orientan la acción, apoyándose para ello, en sus componentes cognitivos y afectivos, predominando el uno o el otro de acuerdo a la situación.
- Son variables según la intensidad, ya que se pueden manifestar en distintos grados de fuerza, por ejemplo, se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo.
- Son contagiosas, pues quien recibe una actitud positiva, es decir, considerada como buena, está en condiciones óptimas de generarlas hacia los demás. Por el contrario, quien recibe una actitud negativa se tienta de ofrecer lo mismo al resto de las personas.

- Son bidireccionales, quien realiza actitudes positivas no sólo beneficia a los demás, sino también a sí mismo, haciéndolo crecer como persona; en cambio las actitudes negativas dañan a los demás y a quien las genera.
- Pueden intervenir, quien recibe una actitud negativa puede detener el contagio y generar una actitud positiva.

Capítulo II: Marco Conceptual.

5.- Clasificación de las actitudes.

	Clasificación	Ejemplos
1.-	Según los objetivos: las actitudes se diferencian, entre sí, según los objetivos y, por lo tanto se pueden poseer varias y distintas actitudes en una misma facultad humana.	Lo que mejor ejemplifica esta clasificación es la célebre frase que Nicolás Maquiavelo dio a conocer en su obra “El príncipe”: el fin justifica los medios. Es decir, para lograr un objetivo, se puede realizar a través de varias actitudes.
2.-	Según adjetivo o cualidad: las actitudes, según el valor que le otorguemos, se pueden diferenciar en buenas y malas, dependiendo si los actos son contrarios o si siguen el curso de la propia naturaleza	<p>Siguiendo el ejemplo anterior, si el fin es “ganar la competencia de de atletismo”, esto se puede hacer de dos formas.</p> <p>-Actitud positiva: entrando todos los días, siguiendo una dieta adecuada, etc.</p> <p>-Actitud negativa: utilizando drogas que ayuden a mejorar el rendimiento</p>

	y que de acuerdo a la normativa de la competencia están prohibidas.
--	---

Capítulo II: Marco Conceptual.

3.-	Según el objeto: las actitudes son acciones que van dirigidas a personas, objetos y situaciones. Según lo anterior, podemos clasificar las actitudes en aquellas relativas a elementos no humanos y actitudes sociales relativas a valores o problemas culturales.	En cuanto a las actitudes relativas a problemas sociales, se puede ejemplificar con la siguiente situación: frente a la problemática mapuche se pueden presentar actitudes relativas a la tolerancia o la discriminación, esto dependerá del componente que predomine en la actitud.
-----	--	--

6.- Formación de las actitudes.

En la formación de las actitudes suele insistirse en el aprendizaje de las mismas. Se sugiere que la dinámica, de la formación de las actitudes, es diferente según la base motivacional de cada una de ellas:

- 1) *Utilitaria*: la actitud con una base motivacional utilitaria se adquiriría a través de la experiencia con un objeto relacionado con la supervivencia. Ejemplo: Gabriel es un empleado público, y debe, muchas veces, adoptar actitudes que van en contra de su formación profesional para responder a sus necesidades personales y familiares.

- 2) *De expresión de valores*: una actitud de expresión de valores está basada en el motivo de la persona por autoestimación y autorrealización. Dependen de la percepción del individuo. Forman parte del proceso de identificación y en ellas intervienen, entre otras, la influencia parental.
- 3) *Defensivas de Yo*: las actitudes defensivas del Yo, están también relacionadas con el motivo de autoestimación, pero protegiendo el Yo de una manera negativa. En ellas encontraríamos los prejuicios. Estén en conjunción con los mecanismos de defensa y escudan a la persona de

Capítulo II: Marco Conceptual.

sus propias ansiedades. Con base en el conocimiento se adquieren específicamente para obtener una imagen clara, estable y consistente. Están, además, en conjunción con los motivos de competencia. Con ellos se suele categorizar.

- 4) *Con base en el conocimiento*: otro planteamiento más globalizado de la formación de las actitudes sitúa a dicha formación como una síntesis entre las experiencias individuales y el medio social en el que está inmerso el sujeto. Este esquema permite dar cuenta a la vez de los diversos factores personales y sociales que concluyen en la formación de las actitudes y de los límites de la misma.

Factores en la formación de las actitudes:

Factores	Ejemplos
Elementos innatos	Temperamento, humor, constitución, nacionalidad, sexo, edad, entre otros.
Factores de orden educacional	Relacionados con los padres, vida de familia, situaciones, frustraciones.

	Ejemplo: experiencias de pareja, experiencias de maternidad y paternidad, nivel educacional.
Factores de orden social y cultural	Prejuicios raciales, funciones sociales, etc. Ejemplos: religión, nivel socioeconómico, estado civil.
Factores propiamente personales	Resultantes del sistema de valores que cada cual se ha forjado.

Capítulo II: Marco Conceptual.

7.- Actitudes y cambio de actitudes.

En la formación de actitudes interviene la sociedad y también los modelos instaurados por las actitudes de los adultos. En cada edad, es decir, en tiempo que comúnmente la influencia es decisiva, se marcan unos principios de cambio estereotipados. A tal edad tienes que hacer o dejar de hacer determinadas cosas. La expresión genuina se limita obligando se limita obligando a los cambios y se construye el adulto normalmente dentro de determinados patrones. La relación entre adultos y menores es un modelo de obligaciones y respeto. Todo ello se traduce es un comportamiento deseado y la interiorización de las norma que se cumple. El sujeto estará siempre afectado por las normas.

De hecho, *afectar* a los demás implica tener la capacidad de hacerlo, es decir, poder influenciar a otro, concepto directamente relacionado con la obediencia.

Para actuar de manera distinta a las propuestas se necesita un cambio de actitud, lo que es rápidamente aprendido. Si la educación creadora se propugna desde una actitud de cambio, la persona será capaz de cambiar según sus propias necesidades. Si podemos ayudarles en la toma de

decisiones desde el sujeto, habremos conseguido un cambio de actitud. Cambio de actitud significa ya innovación, implica ser creador.

Desde una actitud de vida creativa el proceso de innovación puede ocurrir y sucede siempre en el ámbito intrapersonal. Es en el interior de cada persona, donde el germen de lo nuevo surge. Como necesidad de explicitarlo, la forma nueva llega al acto que implica el ámbito interpersonal e intragrupal. El grupo minoritario que se adhiere al proceso de cambio social, es el medio en el cual, con un clima adecuado, fructifica a su vez, como generador en el ámbito intergrupalo.

Capítulo II: Marco Conceptual.

El cambio se produce en este giro biopsicosociológico con espirales interminables, si no se detiene, obstaculizado, en cualquier ámbito el proceso innovador.

La actitud es un proceso vital solidificado en la historia, lo cual presupone que su formación está regida por el medio social del individuo. Una vez estructurada se cristaliza dentro de las normativas vigentes, buscando de este modo, los sujetos, su identidad social.

El cambio.

El proceso de cambio de actitudes no puede ser ignorado, ya que es una parte importante de la vida humana. Si el problema de las actitudes es importante por sí mismo, más lo es en función de la posibilidad del cambio de las mismas. Sin este cambio, las actitudes codificadas determinarían y limitarían el comportamiento individual y social, a tal extremo de no permitir la movilidad necesaria para la evolución psicosocial. Las actitudes se convertirían en armadura férrea que mantendría una cultura, pero al mismo tiempo, incapacitaría por su peso y rigidez, la cual será en definitiva la función de la actitud.

Todos los días, cada uno de nosotros trata de influir en las actitudes de alguien o es influido por los intentos de otros de cambiar nuestras actitudes. Los agentes de cambio vienen en diversos tamaños, colores y afiliaciones. Ahora estas influencias pueden manifestarse con distinto grado de discreción.

Esta concepción de componentes de la actitud, no sólo sugiere interesantes métodos para cambiar las actitudes, sino que también proporciona formas acerca de cómo medirlas.

Capítulo II: Marco Conceptual.

¿Cómo medir los tres componentes de las actitudes?

- *Componente afectivo:* se podrá medir por medio de respuestas fisiológicas o expresiones verbales de gusto o disgusto.
- *Componente Cognoscitivo:* se podrá medir por medio de la autoevaluación de creencias o por cantidad de conocimientos que una persona tiene acerca de un tema o que refiere tener.
- *Componente conductual:* se podrá medir por observación directa de cómo la persona se comporta en situaciones específicas de estimulación o a través de preguntas abiertas con relación a un tema. Además las actitudes se ven como predisponentes, las cuales son aprendidas más que innatas. Por lo tanto, las actitudes no son necesariamente transitorias, sino susceptibles de cambio.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Valores y su relación con las actitudes

Los valores están inmersos en el hombre. Estos determinan lo que es bueno, mejor y óptimo. Los valores por sí solos, pueden otorgar alegría, satisfacción y felicidad a quienes los poseen; convirtiéndose en un pilar fundamental para la realización de la persona.

La internalización de los valores se hace real, sólo, cuando se han vivenciado.

Los valores son las cualidades que poseen los objetos y personas.

Los valores, al igual que las actitudes, se generan inconscientemente en las personas a lo largo de toda su vida, siendo influenciado mayoritariamente por la cultura.

Ambos, valor y actitud, son elementos dinámicos del comportamiento humano. Se puede ejemplificar la relación valor-actitud como *causa-efecto*; esto proporciona la conducta humana una motivación, siendo uno de sus elementos más importantes el componente afectivo. Los valores son expresados a través de las actitudes, las cuales son congruentes con respecto a lo que la persona considera bueno, mejor y óptimo.

Los valores influyen decisivamente en nuestra existencia; son nuestra autodefinición como personas.

1.- Concepto de valor:

Los valores son en esencia trascendentes, absolutos y alógicos. Por esto, no son aprendidos por medio de la razón sino a través de la impresión emocional.

Según Kant, los valores carecen de realidad, “los valores no son, sino que valen”.

La filosofía y sus autores, a través de la historia, han definido el concepto de valor; a continuación se señalan algunos de ellos:

Capítulo II: Marco Conceptual.

- *“La virtud (o valor), es un punto medio de equilibrio entre dos extremos”.*
ARISTOTELES
- *“Un valor no es simplemente una preferencia, sino una preferencia que se cree y/o se considera justificada, ya sea oralmente, como fruto de un razonamiento o como consecuencia de un juicio estético, aunque por lo general se comprende de dos o tres de estos criterios o de la combinación de todos ellos”.* **KULUCKHOHN.**
- *“El valor es un objeto interiorizado de principios derivados de experiencias pasadas, que han sido analizadas en función de su moralidad. Estos principios permiten al individuo actuar durante un periodo de tiempo por él determinado, con prontitud, de manera previsible y metódica, condena consciencia de la consecuencia de sus actos y con una sensación interior de corrección”.* **MACHOTKA.**
- *“Un valor no es un mero vocablo aislado, sino una abreviatura de una relación trilateral, que se engloba:*
 - *Aquello que se prefiere, lo cual implica asimismo aquello que se desecha.*
 - *Una persona que prefiere y desecha.*
 - *El contexto en que tiene lugar esta actividad”.* **SHIRK.**

2.- Características de los valores:

- Para cada valor positivo existe su correspondiente valor negativo.
Jerarquizados:
- *Son trascendentes:* porque se imponen a las personas de modo universal y absoluto.
- *Polaridad o dualidad:* los valores están ordenados en superiores o inferiores, esto dependerá de la escala de valores de cada persona y de la situación en que se encuentre.
- *Subjetividad:* a pesar de la discusión que existe al respecto, se puede calificar a los valores como subjetivos, ya que al afirmar que son

Capítulo II: Marco Conceptual.

objetivos decimos que existen independientemente del sujeto que valora.

3.- Pre-requisitos y captación de valores:

Antes de hablar como las personas adoptan los valores, se debe señalar que se necesita, para que este individuo encarne y realice valores:

- **Libertad:** capacidad de elegir.
- **Tres claves:** pensar, sentir, actuar (actitudes).
- **Satisfacción de necesidades básicas.**
- **Evitar pérdidas innecesarias de energía.**

Los valores se captan a través de los sentidos, cuando se apoyan en un
sostén real, como por ejemplo, las actitudes.

Los valores se presentan por medio de los sentimientos de amor, odio y preferencia.

Capítulo II: Marco Conceptual.

A continuación, se presenta un cuadro que ejemplifica a la captación de valores en las distintas etapas de la vida:

Edad	Valores
0 a 7 años	Obediencia, sinceridad, orden
8 a 12 años	Fortaleza, perseverancia, laboriosidad, paciencia, responsable, justicia y generosidad.
13 a 15 años	Pudor, sobriedad, sociabilidad, amistad, respeto, sencillez, patriotismo.
16 a 18 años	Prudencia, flexibilidad, comprensión, lealtad, audacia, humildad, optimismo.

Fuente: Nina Bravo: "Valores humanos: por la senda de una ética cotidiana"

4.- Cultura y valor:

Los valores se relevan en la sociedad por la actividad espiritual y cultural de la persona humana.

La expresión cultural de la inteligencia y voluntad no existirá ni se perfeccionará en ausencia de valores: “sin valor no hay cultura y sin actividad cultural no se relevan ni se realizan los valores”. **OCTAVIO N. DE RISI.**

La identidad cultural está determinada por las particulares valóricas de cada uno de los miembros de la sociedad, que integran esta cultura.

En conclusión, la persona discrimina las relaciones interpersonales de acuerdo a la conveniencia o inconveniencia con la escala valórica de otros y además, es capaz de actualizar y perfeccionar conscientemente a la persona objeto de aprendizaje, mediante una actividad espiritual de la inteligencia y voluntad.

Capítulo II: Marco Conceptual.

5.- Actitudes y valor:

Es el valor, esa esencia que se encuentra presente en nuestras acciones y siendo estas sinónimas de actitudes, pueden confundirse. En el siguiente cuadro se indican las diferencias que existen entre valor y actitudes:

Valor	Actitud
El valor es una creencia única.	Las actitudes son múltiples, ya que son una organización de distintas creencias referidas a un objeto.
Los valores trascienden del objeto, aunque necesitan de él.	Las actitudes siempre van referidos a objetos concretos.
Los valores son normativos, se refieren al “debe ser”	Las actitudes no se guían por normas, es simplemente, una acción.

Para finalizar, se debe señalar que los valores impulsan la conducta humana desplazando incluso a las actitudes, es decir, los valores son la sustancia que determinan tanto la conducta como las actitudes.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Anticoncepción de Emergencia y Políticas de Salud Públicas

1.- Anticoncepción de Emergencia y Programa de Salud de la Mujer.

Con el objeto de contextualizar la Anticoncepción de Emergencia en Chile es necesario revisar las normas y políticas que la regulan, en la actualidad ésta se inserta dentro del Programa de Salud de La Mujer; pero antes de éste existía el “Programa de Salud Materna y Perinatal” hasta el año 1994, el cual se enfocaba básicamente al proceso reproductivo, no obstante, con los objetivos y acciones de este programa se alcanzaron excelentes indicadores, específicamente la disminución de la Mortalidad Infantil y Perinatal, como también la disminución de la Mortalidad Materna. Ya para el año 1997, con el Programa de Salud de la Mujer , no sólo han mejorado los indicadores mencionados, sino que se agregan aspectos de salud no reproductivos, y por otra parte incorpora el enfoque de género en las actividades programáticas, es decir, se tomó como objetivo la atención de la mujer en forma integral, considerando su multiplicidad de roles.

También se adoptó como concepto el término de “Salud Reproductiva”, que *“tiene como objetivo central permitir que padres saludables puedan tener un hijo sano, fruto de una decisión responsable y compartida, sin comprometer su propio estado salud.*

Las acciones de Salud, debieran concentrarse en el nivel primario de atención, y orientarse a la posibilidad de lograr un embarazo deseado”⁸.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), no sólo ha desarrollado este concepto, sino también el de Salud Sexual. Por otra parte la Organización Panamericana para la Salud (OPS) en el año 1995, integró ambos conceptos, y se define de la siguiente manera: *“La Salud Sexual y Reproductiva se define*

Capítulo II: Marco Conceptual.

*como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección **ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad** sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y, de tener y criar hijos saludables”⁹.*

Una de las actividades que se incorporó en este reformulado programa de salud, fue la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, de modo que permita a los usuarios y usuarias tomar sus propias decisiones en relación a salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Actividad muy necesaria, en el grupo de los jóvenes ya que *“sin la adecuada información y responsabilidad individual, de la actividad sexual se exponen a situaciones que pueden comprometer significativamente su salud personal y su proyecto de vida: **Embarazo no deseado, aborto inducido, ITS...**”¹⁰*

⁸ Programa Salud de la Mujer, presentación, página 8

⁹ Programa Salud de la Mujer, introducción página 11

¹⁰ Programa Salud de la Mujer, introducción página 12

Como programa uno de los objetivos generales es orientar a la mujer, a su pareja y a su familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable; respecto a la Planificación Familiar, *uno de cuyos objetivos sigue siendo reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido.*¹¹

2.- Anticoncepción de Emergencia y Normas Nacionales de la Regulación de la Fertilidad.

La Anticoncepción en Chile, y la Anticoncepción de Emergencia (AE), han sido desarrolladas a través de las Normas Nacionales sobre Regulación de la

Capítulo II: Marco Conceptual.

Fertilidad desarrolladas por el Ministerio de Salud con la colaboración de ICMER y APROFA.

Estas destacan que el *“fin de ejercer estas políticas en el sistema público es que todas las personas puedan tomar decisiones debidamente informados en cuanto a su reproducción”*.

Es por esto que en estas normas se desarrolla de manera profunda la materia de Anticoncepción de Emergencia, que se incluye con el fin de *“contribuir a disminuir los embarazos no deseados y sus consecuencias”. (... , incluido el aborto, y permite a las mujeres a ejercer su derecho a prevenir un embarazo después de una violación.”)*

En el año 1964 se formuló la primera política de Planificación Familiar del gobierno de Chile, la cual era un componente de las actividades de protección de la salud materno-infantil. El principal objetivo de esta fue *“reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones*

¹¹ Programa Salud de la Mujer, introducción, página 12

inseguras”...“garantizando el respeto a las conciencia de las personas y su dignidad”¹²

La disponibilidad de anticonceptivos para la población existe desde principios de ese mismo año en que el plan de Planificación Familiar fue dado a conocer en todo el país, bajo el nombre de Paternidad Responsable.

Actualmente, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos y de los programas de Planificación Familiar en Chile, los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, se presentan con una elevada frecuencia; representando de esta manera un problema para la salud pública de este país.

Capítulo II: Marco Conceptual.

La PAE, es un método de emergencia que las mujeres pueden usar dentro de los cinco días posteriores a una relación sexual sin protección anticonceptiva, dicho método contribuiría a disminuir los indicadores ya mencionados y por otra parte permitiría a las mujeres evitar un embarazo producto de una violación.

La AE está aprobada tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y está registrada en la mayoría de los países.

Los servicios de Regulación de la Fertilidad tienen como misión permitir que la población alcance un nivel óptimo de Salud Sexual y Reproductiva, accediendo a que ellos ejerzan sus derechos y deberes, lo que incluye imperativos éticos. Los que se basan en los principios fundamentales de la bioética: principio de beneficencia y no maleficencia, equidad y justicia y autonomía por las personas. Respecto a la materia de los derechos humanos las Naciones Unidas obligan al Estado Chileno a *“incorporar la diversidad de opciones disponibles y perspectivas valóricas en sus políticas públicas de sexualidad y reproducción”*.

¹² *Normas sobre la Regulación de la Fertilidad, Incorporación de la Planificación Familiar a las Políticas de Salud Pública, página 14.*

Capítulo II: Marco Conceptual.

Objeción de Conciencia

1.- Origen de la Objeción de Conciencia.

Para hablar de objeción de conciencia, debemos referirnos inevitablemente al tema de los derechos humanos. Sería posible remontarnos a la época de los griegos clásicos que hablaban ya de los “derechos naturales”. Este tema también estuvo presente en el tiempo de los romanos, cuya legislación sirve de base para nuestro sistema judicial.

Como antecedente tomaremos por caso la doctrina de la Biblia y el pensamiento de los primeros cristianos como muestra de que el concepto de objeción de conciencia surge vinculado a criterios religiosos que incluso en nuestros días persiste. Los cristianos del primer siglo rehusaron servir en las legiones del ejército romano, ya que consideraban este servicio contrario a sus creencias.

Del mismo modo se ha citado en algunas ocasiones el pensamiento y vida de Sócrates el cual es acusado de pagano por situar por encima de la Polis la obediencia debida a la voz interior de su conciencia personal, la cual le

guía en el conocimiento de lo que es bueno y verdadero. Sus acusadores y sus jueces eran muy consientes de que el respeto (incluso el de un solo hombre) por lo verdadero y por el bien contenía un potencial de contestación tan grande que podía repercutir negativamente en las leyes injustas de la Polis.

También se puede citar a Antígona el cual se niega a obedecer al rey Creonte y -contra su mandato- entierra a su hermano Polinices, muerto en la lucha contra su ciudad, Tebas. Por eso, el rey manda que sea enterrada viva en una tumba excavada en la roca. Así se declaraba en contra del mandamiento del rey y a favor de la ley de la naturaleza humana, obedeciendo a los dioses.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Otro precedente al respecto, es lo que menciona Tomás Moro, quien en sus cartas desde la Torre de Londres, expuso una tesis en defensa de lo que hoy conocemos como objeción de conciencia al juramento. No estuvo dispuesto a renunciar a su conciencia y por ello no firmó el Acta de Supremacía que establecía que “el rey, nuestro soberano señor, sus herederos y sucesores, reyes de este reino, serán considerados, aceptados y respetados como la sola cabeza suprema en la Tierra de la Iglesia de Inglaterra, llamada Anglicana Ecclesia...”. En una de sus cartas, él mencionó *“porque de esto estoy muy seguro: si lo jurase, juraría moralmente contra mi propia conciencia. Estoy muy convencido en mi mente de que nunca seré capaz de cambiar mi propia conciencia a lo contrario, y con las de los otros hombres no quiero entretenerme...pero la verdad es que no veo en esto obstinación alguna, siendo más bien una actitud sumisa y respetuosa, porque no veo nada que podría escribir sin temer mucho que sería muy probable que su majestad se enojase aún más conmigo, cosa muy previsible mientras crea que la causa de mi conducta no es mi conciencia si no una obstinada terquedad. Dios sabe bien que el único obstáculo es mi conciencia, y a su disposición remito este asunto”*. Después de ser interrogado numerosas veces fue condenado a muerte el 1 de Julio de 1535 y ejecutado una semana después.

Más recientemente se conocen las enseñanzas de Mahatma K. Gandhi, quien defendió la actitud de renunciar a matar y dañar a los seres, por medio del pensamiento, palabra y acción y el negarse a llevar a cabo leyes injustas pero aceptando las sanciones previstas por el legislador al poner a prueba su ley.

Sin embargo, lo cierto es que el tema de los derechos humanos y la objeción de conciencia hicieron su primera aparición con sentido permanente y de carácter obligatorio en el siglo XVIII con la Revolución Francesa, luego con la guerra de independencia de los Estados Unidos y en el siglo XX finalmente con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Capítulo II: Marco Conceptual.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se entiende que estos son todos aquellos relacionados con la vida, la libertad y la seguridad de las personas. Se ha manifestado que los derechos humanos son privilegios que tiene el ser humano frente al Estado para evitar que las sanciones del este lesionen los propios derechos del hombre y al mismo tiempo, el hombre obtenga del Estado la satisfacción de sus necesidades.

Se dice que son inherentes a la naturaleza humana debido a que se trata de derechos que el hombre tiene por sólo el hecho de ser hombre o mujer, de ser humano.

El respeto por parte de las autoridades de los derechos humanos son esenciales para el buen funcionamiento de la sociedad, pues tomando en cuenta que cada ser humano ha conferido al Estado el ejercicio de la soberanía en su representación, es necesario garantizar que las decisiones que el Estado tome permitirán que el hombre viva con dignidad y libertad.

Cualquier intromisión del Estado en los derechos humanos de los ciudadanos, será un abuso de autoridad. Uno de los derechos humanos fundamentales es la objeción de conciencia.

2.- Definición del término “Objeción de Conciencia”

Para comprender el término a utilizar se hace necesario, comprender por separado a qué se refieren cada uno, de modo que durante la exploración de los textos a utilizar para la construcción de este marco conceptual, se logre identificar la figura del término que se define a continuación.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) La 22ª EDICIÓN (2001) ¹³

“Conciencia”

- (Del lat. *conscientiā*, y este calco del gr. *συνείδησις*).
- Procede del latín y éste a su vez del griego, y se aplica a los siguientes significados:
- f. Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta.
- f. Conocimiento interior del bien y del mal.
- f. Conocimiento reflexivo de las cosas.
- f. Actividad mental a la que sólo puede tener acceso el propio

“Objeción”

(Del lat. *obiectiō*, -ōnis).

- f. Razón que se propone o dificultad que se presenta en contra de una opinión o designio, o para impugnar una proposición.
- ~ *de conciencia*.
1. f. Especialmente en el servicio militar, negativa a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos.

Integrando estas definiciones, se denominará **conciencia** al juicio reflexivo por el que se distingue interiormente el bien del mal, la actuación correcta de la

Capítulo II: Marco Conceptual.

incorrecta, la acción honesta de la deshonesta, la conducta ética y moral, de la inmoral y sin ética.

Es preciso considerar que la conciencia es un atributo del individuo y que el juicio sobre la bondad o maldad de una acción puede diferir entre personas. De hecho, esta percepción diversa se encuentra muy presente hoy en la sociedad. Así, mientras un individuo muestra una posición casi indiferente frente a cuestiones morales, otro reacciona de manera extremadamente sensible y escrupulosa.

Puede aceptarse sin embargo que, aún dentro de estas variantes, algunas obligaciones y deberes generales son aceptados de manera prácticamente general y conforman de hecho el convencimiento de muchas personas. Por eso, parece posible desarrollar una ética general que puede ser compartida y aceptada. De hecho, todas las sociedades se muestran convencidas de la existencia de normas éticas generales.

3.- Caracterización de la Objeción de Conciencia

a) Presupone la existencia de una obligación legal de actuar en un determinado sentido. Por ello, el objetor puede manifestar su oposición a tal precepto legal, incompatible con sus convicciones morales o principios de justicia, pero sólo en la medida en que esa norma se traduzca en deberes dirigidos directamente a él.¹⁴

b) La objeción de conciencia se fundamenta en razones religiosas, éticas, morales, axiológicas o de justicia. Este es el núcleo de la cuestión, teniendo un carácter secundario el hecho de que se incumpla la norma¹⁵.

Capítulo II: Marco Conceptual.

c) El comportamiento que demanda el objetor tiene un carácter omisivo. Por ello, con la objeción de conciencia se pretende abstenerse de llevar a cabo una acción que provocaría un grave daño moral al sujeto o un perjuicio serio al bien común.

Por lo tanto, la objeción de conciencia nunca implica agresividad. Por el contrario, es un método pacífico y con absoluto respeto al proceso democrático. El objetor en conciencia tan sólo reclama pacíficamente el respeto a una convicción ética o de justicia que es parte de su propia identidad personal.

d) Con la objeción de conciencia no se aspira a modificar ninguna norma. No se pretende obligar a la mayoría a revisar su decisión, obtener publicidad ni anular una norma. Por lo tanto, hay una ausencia de fin político. Sin embargo, es posible que, en un determinado momento, la actitud de un objetor trascienda a la opinión pública. Es lo que ha ocurrido en muchos países con las demandas de admisión del derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios. El apoyo y reconocimiento social de esta postura no

¹⁴ López Guzmán, J. *Op. cit.*, p 23-24. Palomino, R. *La objeción de conciencia*, Madrid, Montecorvo, 1994, páginas 20-21.

¹⁵ Rojo, J. M. "Objeción de conciencia y guerra justa", *Persona y Derecho*, 11: 122, 1984

cambia la naturaleza de la objeción, al tratarse de un hecho no buscado por el sujeto ni dependiente de su voluntad.¹⁶

e) La objeción de conciencia es un mecanismo que permite resolver, por vía de excepción, los conflictos entre mayorías y minorías existentes en toda sociedad democrática contemporánea. Frente a los Estados autoritarios, que suelen invadir y dirigir la conciencia de los ciudadanos, una de las características más propias de un sistema democrático es la aceptación e integración del desacuerdo de manera pacífica. Por ello, se puede afirmar que una de sus virtualidades más importantes es su capacidad para facilitar una pacífica convivencia en las sociedades multiculturales. Lo cierto es que, desde los orígenes del Estado de Derecho, se ha entendido que el respeto a la

Capítulo II: Marco Conceptual.

conciencia es uno de los límites más importantes del poder político, ya que la dignidad y la libertad humana se encuentran por encima del propio Estado.¹⁷

4.- Objeción de Conciencia y Fundamentos Éticos.

Una parte esencial del régimen democrático es el respeto a la libertad de cada ciudadano para vivir de acuerdo con sus convicciones y para practicar la religión escogida. Todos los individuos tenemos la libertad de vivir según nuestras propias convicciones, diariamente realizamos elecciones que nos llevan a hacer las cosas de manera determinada. Este derecho es primordial, y no debería interferir en el ejercicio de la profesión escogida. Algunos han argumentado que “si las creencias de alguno interfieren con la práctica de su profesión significa tal vez que debería dedicarse a otra cosa” es olvidarse de que existen poderosos intereses que tienden a forzar a los trabajadores del

¹⁶ Cañal García, F. J. “Perspectiva jurídica de la objeción de conciencia del personal sanitario”, *Cuadernos de Bioética*, 19: 224, 1994.

¹⁷ Cámara Villar, G. *La objeción de conciencia al servicio militar. Las dimensiones constitucionales del problema*, Madrid, Civitas, 1991, página 25.

campo de la salud que participen, directamente o indirectamente, en procedimientos moralmente controvertidos.

El fundamento para que exista una objeción de conciencia es que debe existir un escenario jurídico con un marco establecido, frente a la conciencia de un individuo. Al ser la ética una “ciencia” que examina las acciones humanas basadas en la moral de cada individuo, esta dará una visión diversa y pluralista del mundo, independientemente del sistema de organización y participación en que se esté. Marina Gascón se plantea sobre en que medida la desobediencia en general y la objeción de conciencia en particular pueden estar moralmente justificadas, no en cualquier organización política sino precisamente en un Estado justo o que se aproxime al ideal de justicia, es decir, en un Estado que pretenda satisfacer las distintas condiciones que pueden dar lugar a una obligación moral de obediencia; para responder que existe también esa misma justificación en aquellos sistemas jurídicos que reconocen la libertad de

Capítulo II: Marco Conceptual.

conciencia y que hacen de los derechos fundamentales en una decisión constituyente cuya salvaguarda se impone sobre cualquier otro objetivo político.

Ruiz Rodríguez afirma que “La objeción de conciencia permite al hombre tomar una decisión en el ámbito meramente personal, incluso frente a lo que hayan consensuado las mayorías, porque va en contra de sus principios, o dígase, de su moral”.¹⁸

Precisamente es la rectitud de las obligaciones profesionales que se le imponen la que queda cuestionada en una objeción honesta, la *objeción supondría la regulación de la exención del cumplimiento de una obligación jurídica fundamental, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionarias (contrato de trabajo o estatuto funcionario)*¹⁹. El actuar del objetor es únicamente para dejar a salvo su conciencia, por las razones que estime necesarias, la acción en cuestión se plantea siempre frente a una obligación

¹⁸ Ruiz Rodríguez V. *La Objeción de conciencia. Jurídica. Anuario del departamento de derecho de la Universidad Iberoamericana*. 2002; 32: 509-17.

¹⁹ *Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile dos casos paradigmáticos – L Casas y C. Dides, Acta bioética 2007*

personal, es por esto que las cláusulas de conciencia en la práctica médica son precisas desde cualquier perspectiva.

La objeción de conciencia no representa una mera variante de la conducta ciudadana propia de una cierta minoría, desprovista de trascendencia, se trata de un testimonio importante del correcto sentido del ejercicio del poder en la sociedad, en contra de su uso arbitrario por los gobernantes, reivindicando un límite a este ejercicio: el límite del respeto a la dignidad humana y a los derechos innatos de todo hombre.

Las consideraciones éticas en que se sustentan los servicios de regulación de la fertilidad se basan en los principios fundamentales de la bioética: beneficencia y no maleficencia, equidad y justicia y autonomía y respeto de las personas.

Capítulo II: Marco Conceptual.

El respeto a los derechos humanos es un compromiso del Estado que debe traducirse en todas las acciones de gobierno.²⁰

Existen dos formas diferentes de considerar a la ética: **normativa y descriptiva.**

La ética descriptiva intenta explicar los comportamientos morales o sus fines. Y buscan responder a preguntas: ¿qué es lo que este grupo de personas considera bueno o malo?

La ética normativa está hecha con normas y prescripciones. Conciernen a normas y reglas de comportamiento, los valores y su aplicación en la vida cotidiana. Como las personas solían comportarse y han hecho o fabricado los códigos de conducta.

5.- Objeción de Conciencia y Legalidad

En una sociedad donde siempre se muestra presente la tentación de ejercer el poder en forma egoísta o sectaria, existe la posibilidad de amparar legalmente

²⁰ *Consideraciones éticas y de derechos humanos. NNRF*

la propia conducta. Las libertades individuales de cada miembro de un Estado son protegidas y existe el derecho, dentro de las propias constituciones políticas, a que sean respetadas.

Dentro de estos derechos surge el de la objeción de conciencia que por una parte puede entenderse como la dimensión externa de la libertad ideológica y de conciencia, siendo considerado como el pilar esencial en todo Estado de Derecho, demás posee especial relevancia en el debate bioético, al tratarse de una vía muy adecuada para solucionar, en un sistema democrático, los inevitables conflictos que genera la tensión entre legalidad y justicia.²¹

Capítulo II: Marco Conceptual.

Dado que la conciencia sólo se predica de la persona singular, la libertad de conciencia tiene por titular, únicamente, a las personas individualmente consideradas, y no a las comunidades o grupos.²² La objeción se basa en el incumplimiento de una obligación jurídica, derivada de las relaciones laborales de los funcionarios como los estatutos administrativos y los contratos de trabajo, por lo tanto se plantea como una consecuencia personal. Y para que esta sea legítimamente reconocida como objeción de conciencia, no basta sólo con que sea sustentada ideológicamente, sino también moral y éticamente.

En la intimidad de su conciencia todo hombre puede descubrir sus derechos y deberes fundamentales, que comparte con los demás miembros de la sociedad.

Por eso es preciso que la objeción de conciencia vaya precedida de una reflexión serena y desinteresada sobre los propios derechos y deberes. Se debe evitar confundir la objeción, ya que en algunas ocasiones podría pasar a ser discriminación, como por ejemplo el decidir no atender a una persona ya

²¹ *El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto.*
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewFile/867/1706> (Consulta: 24/09/07 a las 16:15 hrs.)

²² Hervada, J. "Libertad de conciencia y terapéutica", *Persona y Derecho*, 11: 43, 1984.

sea por su condición sexual o su credo, la objeción es en base a las propias reflexiones acerca de las propias creencias y no en las del otro.

Para que el objetor no incurra en una conducta antijurídica, debe existir una norma en la cual sea reconocido como derecho de la persona objetar en conciencia, pero debe tenerse en cuenta que no existe una norma específica que así lo indique en nuestro país.

Al existir objeción de conciencia en el sistema de salud se enfrentan dos derechos que son igualmente importantes como lo son el derecho del profesional a objetar en conciencia y el del paciente, por ejemplo cuando un paciente hace una solicitud en la consulta de algún tipo de medicamento que esta normado que debe ser entregado por el profesional y que no causa ningún

Capítulo II: Marco Conceptual.

perjuicio para la salud del usuario, y aun así éste se opone a entregarlo ya que encuentra que esta prescripción va contra sus principios.

De gran importancia es entender que pueden acogerse a la objeción sólo aquellos profesionales que estén directamente relacionados con el acto objetado, por ejemplo un médico que tenga que prescribir un medicamento o un químico farmacéutico que debe dispensar el medicamento; no así aquellos que no estén directamente relacionados, como sería un camillero, un auxiliar, etc.

Por otra parte tampoco está permitido que objete en conciencia un profesional que sea director de un centro de salud, respecto de actuaciones que constituyan la restricción de prestaciones garantizadas por el sistema de salud, solicitadas y desarrolladas en forma debida. Su condición de responsable del centro lo obliga a garantizar la dispensación de esa prestación y tampoco puede discriminar a algún profesional por el sólo hecho de objetar. Dentro del mismo contexto, no es admisible que un profesional objete un determinado acto en un sistema público de salud y que no lo haga estando en el sistema privado.

Un límite claro en la objeción de conciencia es la honestidad de conducta, que habrá de traducirse en una forma de vida coherente con los principios que declara, donde el tenor de vida personal se muestre en la manera en que se afrontan las propias responsabilidades sociales. Parece casi fuera de discusión que el respeto y la protección de la vida constituye un derecho básico, posiblemente el primero de los derechos humanos, pues de él depende el ejercicio de todos los demás derechos. De la misma manera es un deber fundamental mantener la vida en las mejores condiciones posibles de salud para poder participar en la construcción conjunta de la sociedad. Por tanto, una objeción que exigiera el derecho a la vida pero rechazara el deber de colaborar en la riqueza común, no podría ser tenida por honesta y merecedora de atención.

Capítulo II: Marco Conceptual.

Una de las formas en las que un profesional puede dar a conocer su objeción respecto a una situación o acto en concreto, es que redacte un documento en donde exprese claramente su objeción y que lo entregue al director del centro de salud u Hospital, para que así de esta forma exista una seguridad jurídica frente a un eventual inconveniente que sea derivado de la objeción de conciencia que pueda ejercer a lo largo de su desempeño como profesional en dicho establecimiento.

En Europa existe una normativa en la que se acepta la objeción de conciencia, incluso en el proyecto de constitución europea también fue aceptada pero aún está pendiente de aprobación. Hay 2 países los cuales no la consideran en sus constituciones, uno de ellos es Suecia, que deja a discreción de los directores de hospitales y centros de salud la posibilidad de tener o no en cuenta las convicciones morales y religiosas de sus subalternos, y España en donde está reconocida pero no regulada.

El reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia ha sido uno de los logros más importantes del último cuarto del siglo XX, en el ámbito de los

derechos humanos. Un paso decisivo en tal reconocimiento legal lo representa la Resolución 337 de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa, de 1967; en ella se establece que la objeción de conciencia ampara cualquier “convicción profunda de orden religioso, ético, moral, humanitario, filosófico o de otro tipo de la misma naturaleza”.

Desde ese punto de partida, cada país ha adoptado o incluido a la objeción de conciencia en su propia Constitución, en el caso de Chile debemos considerar según Delaveu (2007) que existe una diferencia entre la objeción de conciencia y la llamada “libertad de conciencia”²³ ya que:

Capítulo II: Marco Conceptual.

La primera se considera como un rechazo al cumplimiento de determinadas normas jurídicas por ser estas contrarias a las creencias éticas o religiosas de una persona... la segunda, en cambio, está configurada como una libertad o una garantía en el sentido liberal, como una libertad negativa, en virtud de la cual el Estado y terceros deben refrenarse de ejercer actos u omisiones que perturben el pleno ejercicio de este derecho, relacionado preferentemente con el ejercicio del culto y la religión.²⁴

Por otro lado en Estados Unidos existe una cláusula en algunos de sus estados en donde se protege al profesional de la salud ante la objeción en algunos procedimientos, como lo son la inseminación artificial, el aborto y la eutanasia, entre otros.

²³ Constitución Política de Chile, Artículo 19 número 6

²⁴ Couso, Javier; Guiloff, Matias y Delaveau, Rodrigo. *Notas sobre la objeción de conciencia y la venta de productos farmacéuticos*. *Rev. chil. derecho*. [electrónico]. dez. 2007, vol.34, no.3 [citado 31 Março 2008], p.599-603. Disponible na World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372007000300016&lng=pt&nrm=iso . ISSN 0718-3437 (Consulta: 21/10/07 a las 21:00 hrs.)

En el caso de Chile la objeción de conciencia aún no está legislada, sólo el año recién pasado (2007) un grupo de parlamentarios presentó un proyecto de ley para incluir a la objeción de conciencia para los profesionales o técnicos que trabajan en las farmacias²⁵. Esto es importante ya que la discusión pública acerca de la negativa de las cadenas farmacéuticas para vender la “píldora del día después”, se basa en que estas pueden optar a la objeción de conciencia para no vender el producto, pero como ya sabemos esta sólo se aplica a las personas y no a las instituciones, esto quiere decir que un empleado eventualmente podría objetar pero no el establecimiento farmacéutico, hecho que quedo claro por la resolución y multa a las farmacias por parte de la corte

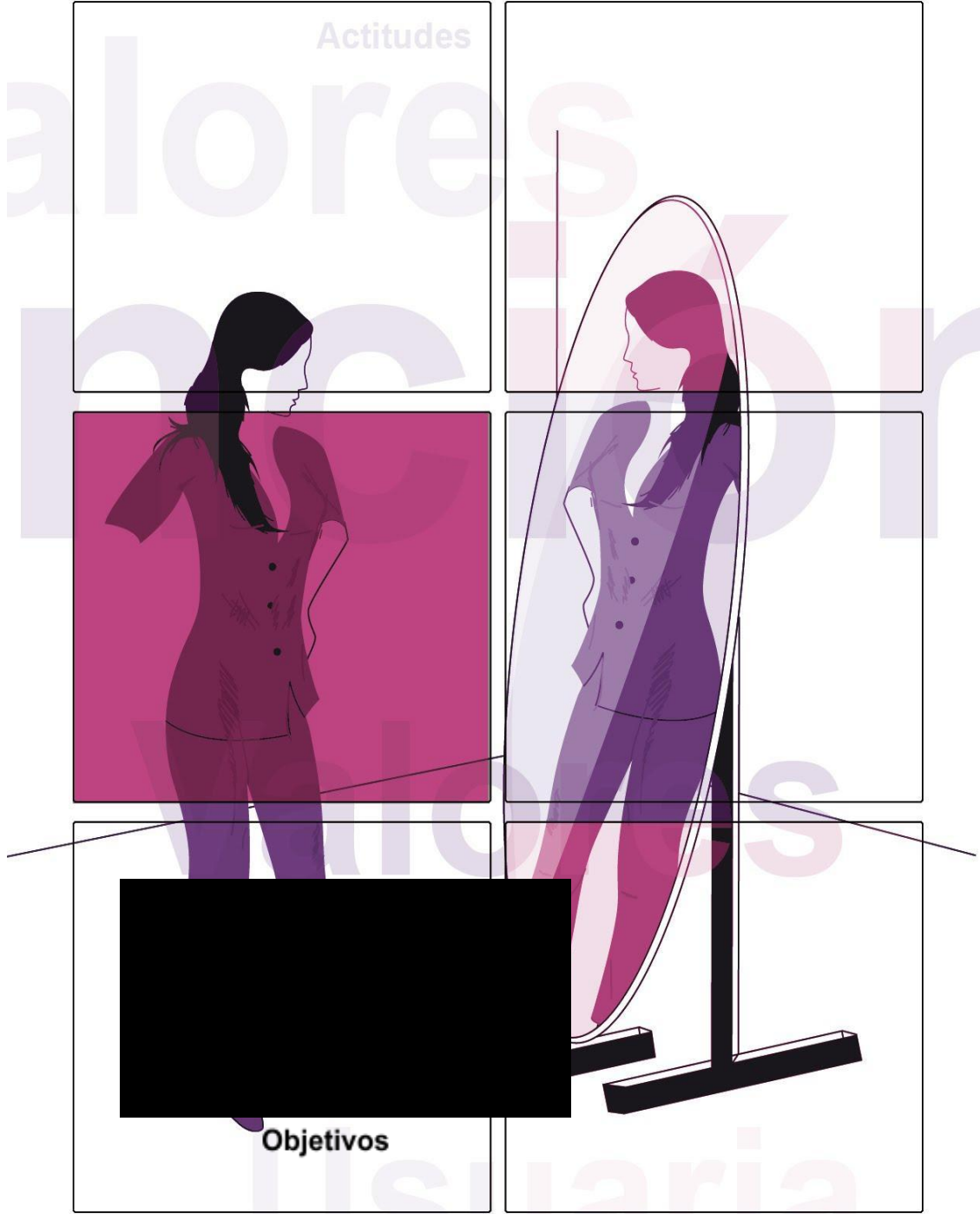
Capítulo II: Marco Conceptual.

suprema²⁶. Los casos existentes que han sido llevados a tribunales en esta materia son lo que relacionan la objeción de conciencia y la realización del Servicio Militar Obligatorio. Pero actualmente en los países occidentales, la objeción de conciencia ha surgido frente a la realización de abortos no punibles, la esterilización y, recientemente, frente al uso de técnicas de fertilización asistida o maternidad sustituta.²⁷

²⁵ Radio Cooperativa. <http://www.cooperativa.cl> (Consulta: 13/11/07 a las 20:00 hrs.)

²⁶ *Publicación. Polémica de la píldora del día después en Chile.*

²⁷ Cook R, Dickens B, Fathalla M. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho.* Bogotá: Oxford y Profamilia; 2003: 133.



Actitudes

Objetivos

Objetivo general

Identificar la actitud del profesional matrona (ón) en relación a los aspectos psicoafectivos y valóricos – cognitivos en la atención a las usuarias en el sector público de salud en la Provincia de Valparaíso.

Objetivos Específicos

1.- Identificar el valor que le asigna el profesional a la religión en la toma de decisiones en la atención hacia las usuarias respecto a:

- 1.1.- Valoración de criterios científicos.
- 1.2.- Inicio de la vida.
- 1.3.- Creencia religiosa.

2.- Evaluar la actitud personal del profesional al otorgar atención a la usuaria en cuanto a:

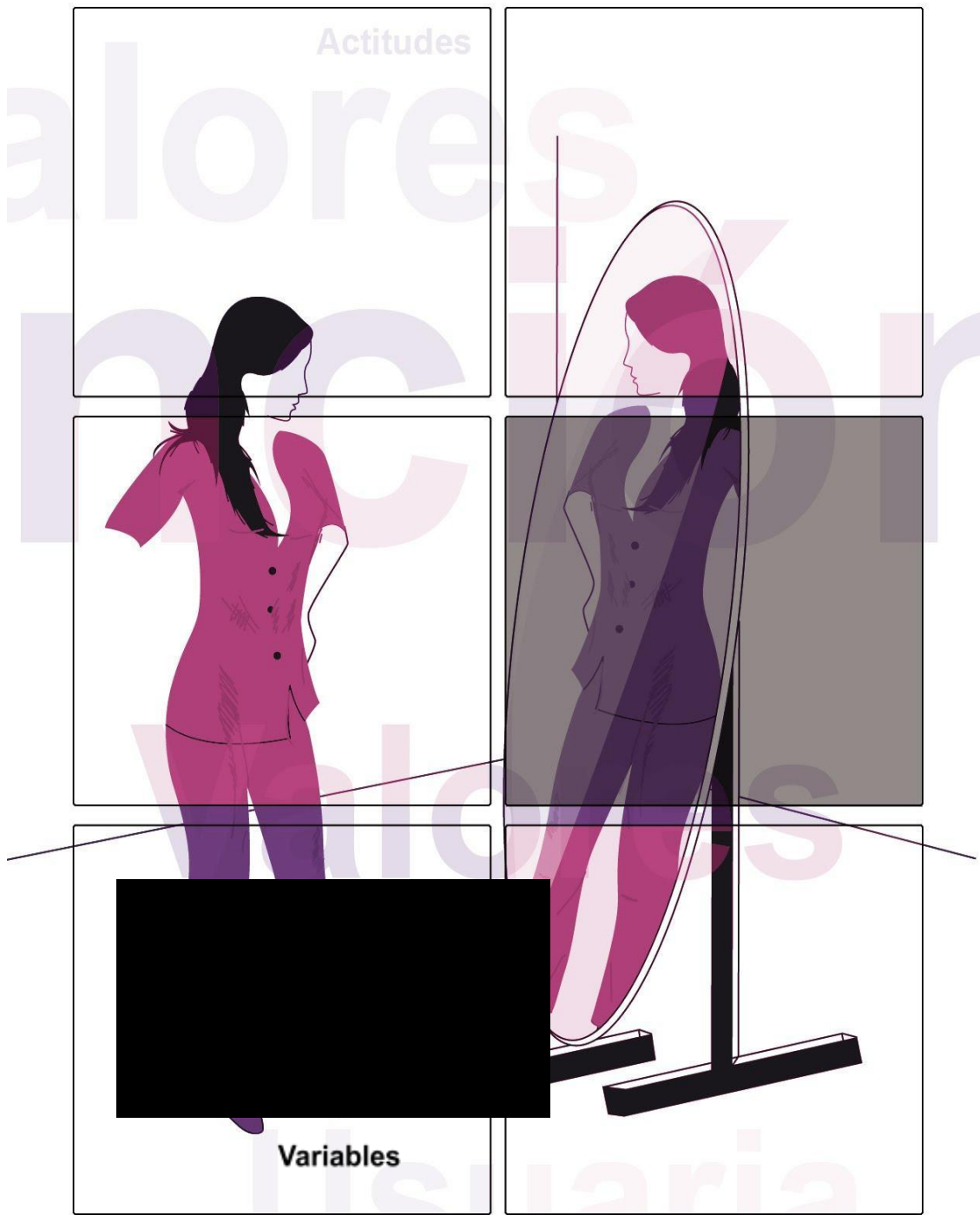
- 2.1.- Importancia de la norma.
- 2.2.- Interferencia de sus decisiones personales en el ejercicio profesional.
- 2.3.- Valores
- 2.4.- Juicios de valor.
- 2.5.- Comunicación no verbal.

3.- Identificar opiniones y actitudes frente a la PAE en relación a:

- 3.1.- Tipo de conflicto.
- 3.2.- Derivación a otro profesional.
- 3.3.- Abstención a la entrega.
- 3.4.- Entrega a usuarias.
- 3.5.- Responsabilidad del o la profesional.
- 3.6.- Responsabilidad de la usuaria.

4.- Determinar la opinión del profesional ante la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia frente a:

- 4.1.- Conocimiento del término “Objeción de Conciencia”.
- 4.2.- Derecho a objetar en conciencia.



Actitudes

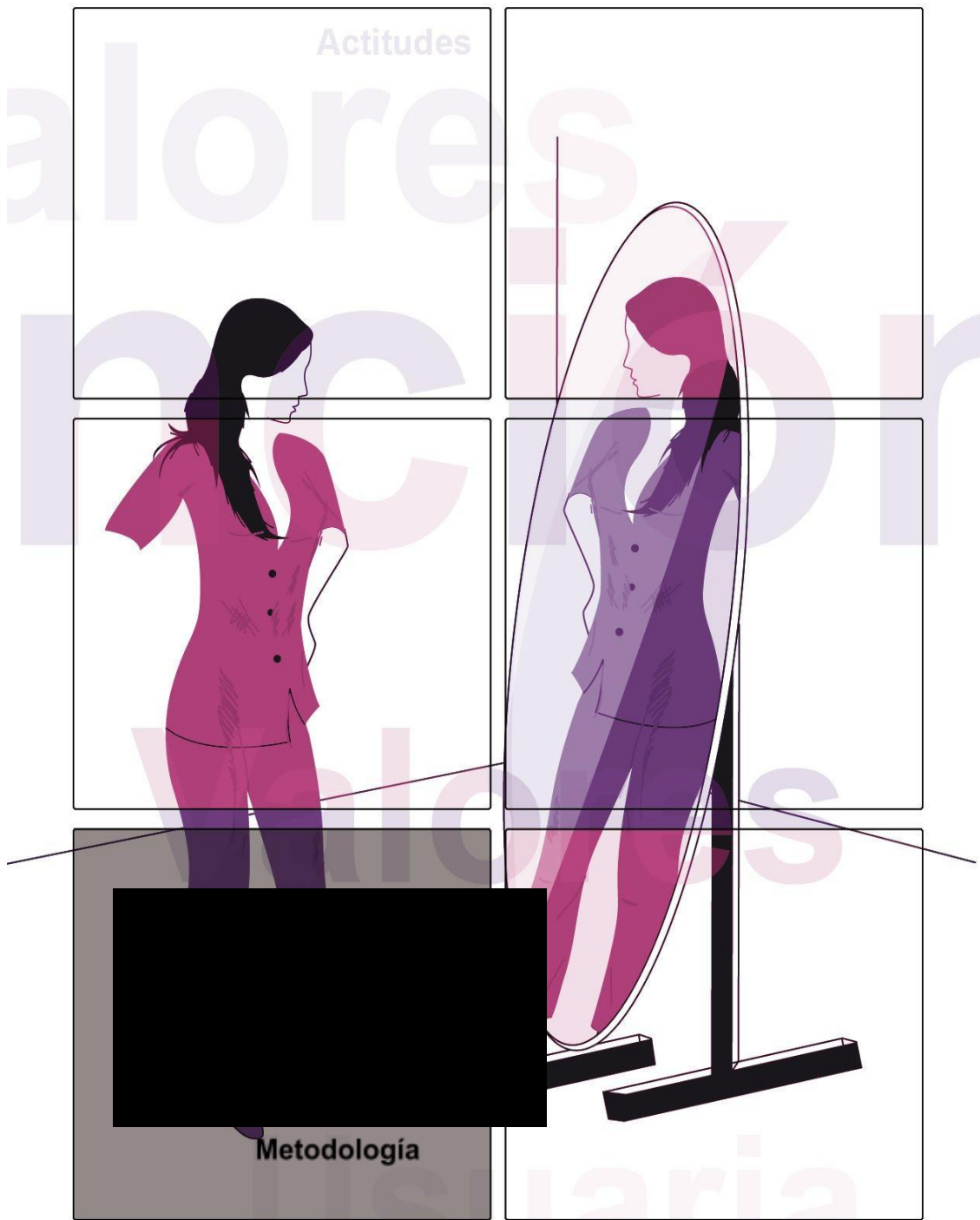
Variables

Variables	Definición	Indicadores
Criterios Científicos y Técnico v/s Convicciones Religiosas.	Valor que el profesional le otorga a la ciencia y al conocimiento tecnológico respecto de su convicción religiosa.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Inicio de la vida.	Concepción del Profesional Matrona (ón) frente al momento de inicio de una gestación de un individuo.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Creencias Religiosas.	Opinión del profesional sobre si la religión cambia a través del tiempo al igual que la ciencia.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Importancia de la Norma.	Valor otorgado por el Profesional Matrona (ón) a las normas establecidas por el servicio al que pertenecen, durante la atención a las usuarias.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.

Variables	Definición	Indicadores
Interferencia de sus Decisiones Personales en el Ejercicio Profesional.	Opinión que tiene el profesional sobre si sus criterios personales afectan en la atención a las usuarias o no.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Valores	Opiniones, pensamientos y actos privados que realiza el Profesional Matrona(ón) en el momento de otorgar atención a las usuarias	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Juicios de Valor.	Opinión personal del Profesional Matrona (ón) en relación a actos morales, pensamientos religiosos y/o posturas políticas, durante la atención a las usuarias.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Comunicación No Verbal.	Gestos y actitudes no verbales expresadas por el Profesional Matrona (ón) al momento de dar atención a las usuarias.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.

Variables	Definición	Indicadores
Tipo de Conflicto.	Percepción del Profesional Matrona (ón) con respecto a la discusión pública de la entrega de la PAE.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Derivación a otro Profesional.	Delegación por parte del Profesional Matrona (ón) a otro Profesional (Matrona y/o Medico) de la o las usuarias con algún problema que entre en conflicto con sus valores personales.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Abstención a la Entrega.	Negación del Profesional Matrona (ón) a la entrega de la PAE las usuarias que se lo soliciten.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Entrega a Usuaris.	Prescripción de la PAE por parte del Profesional Matrona (ón) a las usuarias que se lo soliciten.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.

Variables	Definición	Indicadores
Responsabilidad Profesional	Capacidad de los Profesionales matrona (ón) para tomar decisiones, considerando la historia clínica de cada usuario o paciente de manera oportuna y eficiente.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Responsabilidad de la Usuaría.	Capacidad de la matrona (ón) de reconocer en la usuaria la capacidad de decidir el uso o no de la PAE.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Conocimiento del término “Objeción de Conciencia”.	Identificar si el Profesional Matrona (ón) conoce el término objeción de conciencia.	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.
Derecho a Objetar en Conciencia.	Opinión que el profesional matrona (ón) emite acerca de hacer uso del derecho en la atención a las usuarias	Totalmente en Acuerdo. Acuerdo. Desacuerdo. Totalmente en Desacuerdo.



Organización del trabajo

El grupo de tesis está formado por seis alumnas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso a cargo de un profesor guía. El trabajo comenzó en Marzo del año 2007 y se extendió por tres semestres.

Se mantuvieron reuniones semanales durante el primer semestre del año 2007 para luego pasar a ser de carácter mensual durante el segundo semestre y el primer semestre del año 2008. El trabajo se extendió hasta Septiembre del mismo año, momento en el cual se presentó para su primera corrección y evaluación.

Las reuniones se llevaron a cabo en la biblioteca de la Facultad de Medicina y ocasionalmente en la Intendencia de Valparaíso debido al trabajo del docente guía.

La tesis final fue presentada en una exposición organizada por la Carrera de Obstetricia y Puericultura en el mes de Noviembre del año 2008.

Tipo de Estudio

El estudio es de carácter cuantitativo, con un diseño descriptivo-transversal.

Definición de Universo y Muestra

El Universo que se consideró fueron profesionales matrones y matronas que ejercen en el Sector Público de Salud de la Provincia de Valparaíso. La muestra o colectivo de investigación que se analizó constó de 88 matronas que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Criterios de inclusión:

- Profesional matró (a) que ejerce la profesión en los consultorios, postas y/u hospitales de la Provincia de Valparaíso.
- Profesional matró (a) que cuenta con un correo electrónico registrado a nivel de SEREMI de Salud de la Provincia de Valparaíso.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis de la investigación es la matrona/ón que ejerce en el Sector Público de Salud de la quinta región en la Provincia de Valparaíso.

Metodología de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se decide utilizar la vía correo electrónico, solicitando a Sr. Juan Baeza, matró, asesor del Programa de Salud para Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, un listado de correos electrónicos de matronas de la quinta región específicamente de la Provincia de Valparaíso a través de una carta respaldada por la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

Paralelo a esto se crea una escala tipo Likert²⁸♣ la cual fue traspasada a un formato electrónico (encuesta virtual) y establecida en una base de datos proporcionada por un ingeniero informático quien fue el encargado de diseñar la página web en la cual se estableció la encuesta: <http://www.pancho.cosgrove.cl/> .

²⁸♣ *Creada en el año 1932 por el sociólogo Rensis Likert. Esta escala mide actitudes y orientaciones individuales utilizadas en investigaciones de tipo cuali-cuantitativo y consiste en un “conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los cuales se administra”*

Se acordó enviar la encuesta directamente a cada matrona a través del correo electrónico, en los cuales se invitaba a ser partícipe del estudio y se daban instrucciones para responder en el link adjunto.

Instrumento

La herramienta utilizada para la obtención de los datos fue la escala Likert. Esta fue creada con la finalidad de medir actitudes de las matronas frente a los temas del estudio. Esta constó de 20 afirmaciones, cada una de estas con 4 probables respuestas: Totalmente en Acuerdo, Acuerdo, Desacuerdo y Totalmente en Descuerdo.^{29*}

Prueba del Instrumento

Inicialmente el instrumento confeccionado constaba de 20 afirmaciones (preguntas) y fue distribuido y aplicado a matronas y matrones de distintos niveles de atención en salud de la provincia entre los meses de Marzo y Abril del año 2008, de manera personal con el objeto de ser probado.

Objetivos de prueba de instrumento

- 1.- Validación del instrumento para su posterior aplicación.
- 2.- Determinar claridad y comprensión de las afirmaciones (preguntas).
- 3.- Realizar correcciones y ajustes pertinentes, basándonos en sugerencias y comentarios entregados por los profesionales.
- 4.- Confirmar si las afirmaciones permitirían el logro de los objetivos propuestos para el desarrollo de la tesis.

De esta manera se obtuvo un cuestionario final de 16 afirmaciones.

^{29*} Anexo Escala Likert página154.

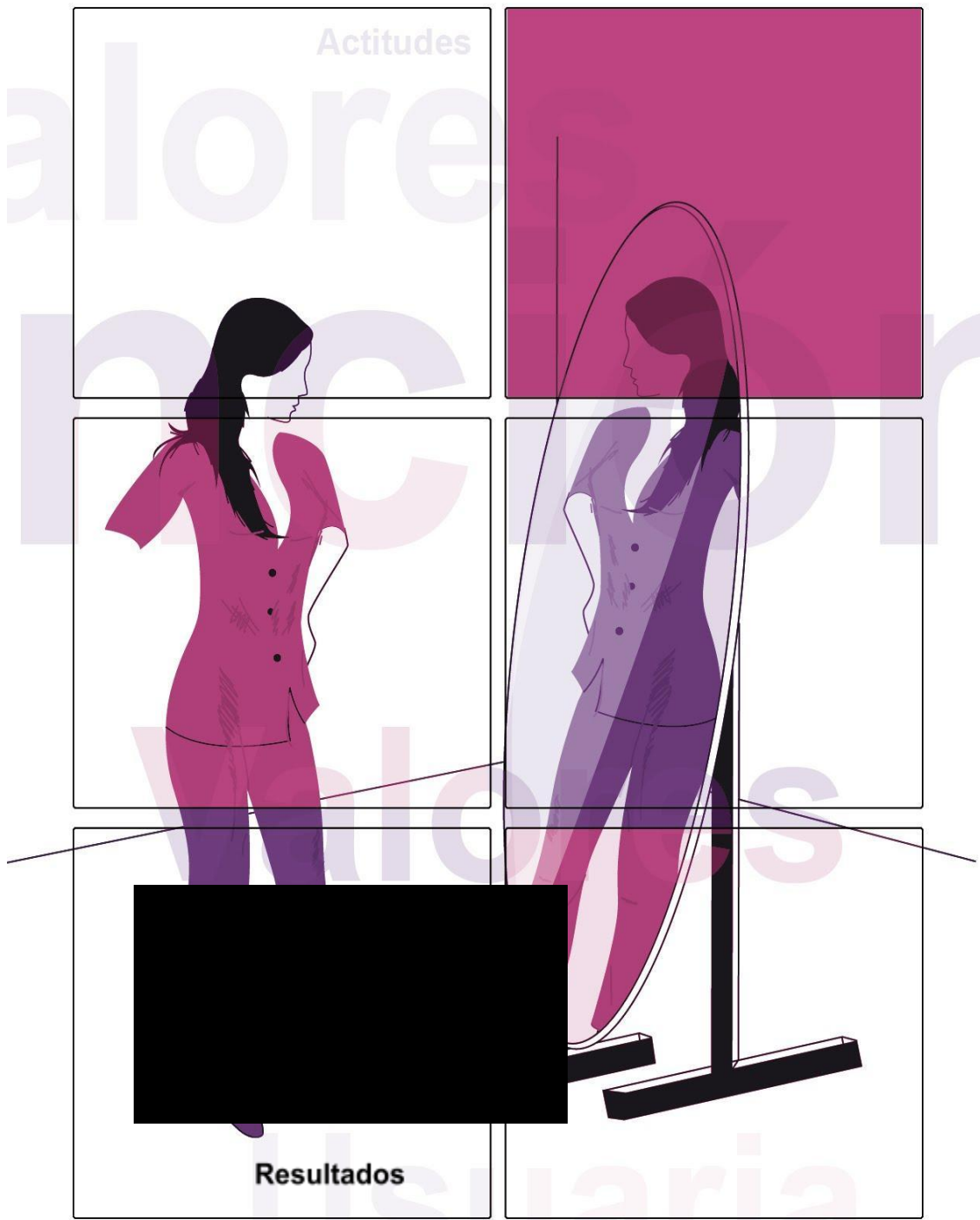
Aplicación del Instrumento

El instrumento se comenzó a aplicar de manera oficial el 1º de Mayo, día en que fue incorporado a la red a través de la página web habilitada hasta el 15 de Junio del año 2008, período en el que estuvo activa la página.

Fueron enviados un total de 88 correos electrónicos, de los cuales 33 estaban inhabilitados o caducados, recibiendo por correo electrónico las notificaciones de estos. Por lo tanto 55 correos fueron recibidos por los destinatarios. De este total se recibió una cantidad de 20 encuestas respondidas.

Metodología del análisis de datos

Los resultados de las encuestas fueron transcritos por un ingeniero informático, constituyéndose una base de datos, los que posteriormente fueron llevados a tablas y gráficos para su análisis.



Objetivo 1:

Identificar el valor que le asigna el profesional a la religión en la toma de decisiones en la atención hacia las usuarias respecto a:

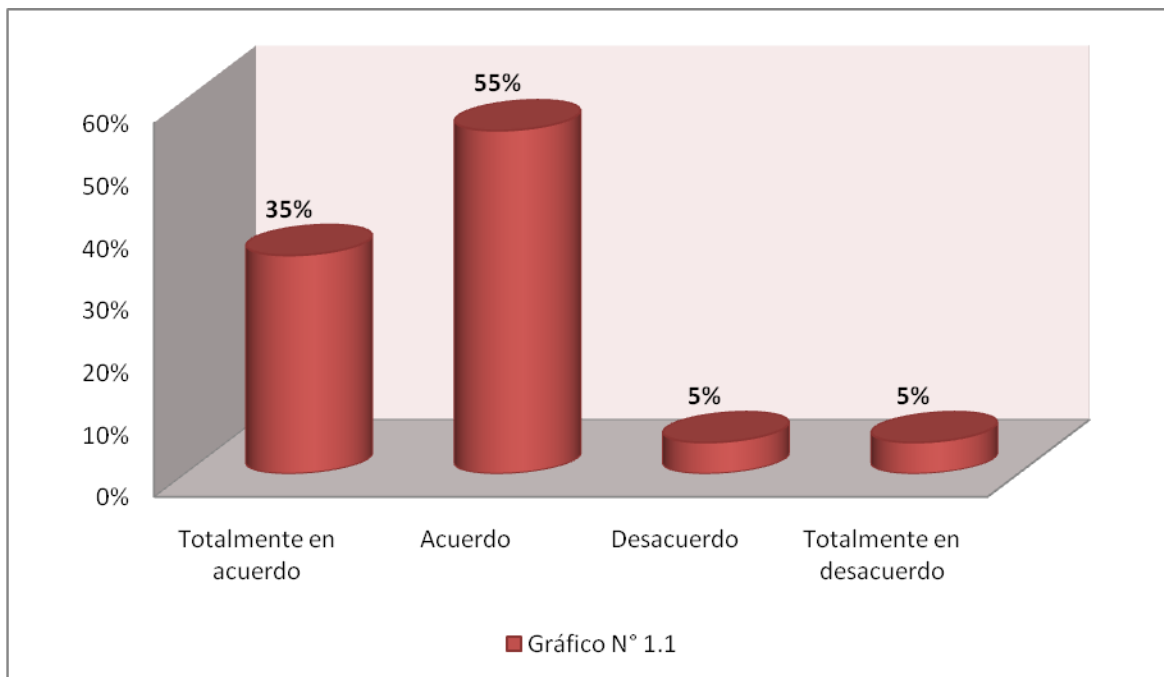
1.1.- Valoración de criterios científicos.

1.2.- Inicio de la vida.

1.3.- Creencia religiosa.

Gráfico N° 1.1:

Distribución del valor que le otorga el profesional a los criterios científicos en la toma de decisiones en la atención a las usuarias.^{30♣}



N: 20.

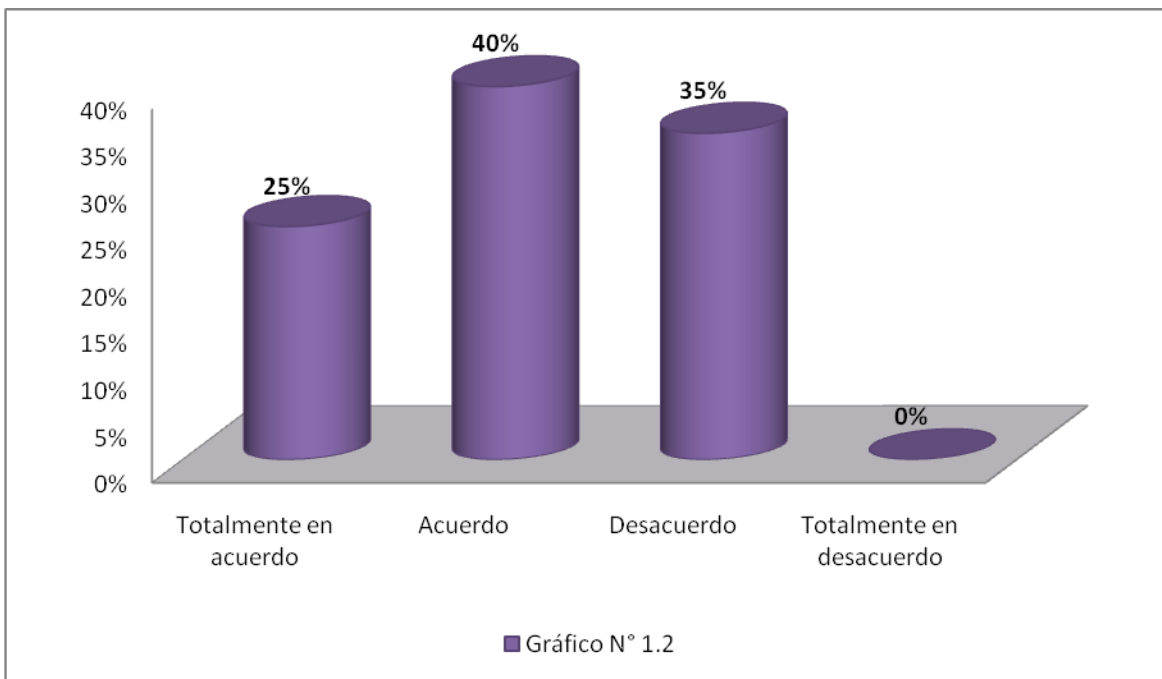
Comentario: El 90% de los profesionales encuestados estuvieron totalmente de acuerdo o en acuerdo en que priorizan los criterios científicos y técnicos al momento de tomar decisiones por sobre sus convicciones morales o religiosas, mientras que en 10% de ellos estuvieron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.^{31♦}

^{30♣} *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

^{31♦} *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Gráfico N° 1.2:

Distribución del valor que le otorga el profesional respecto del inicio de la vida.^{32♣}



N: 20.

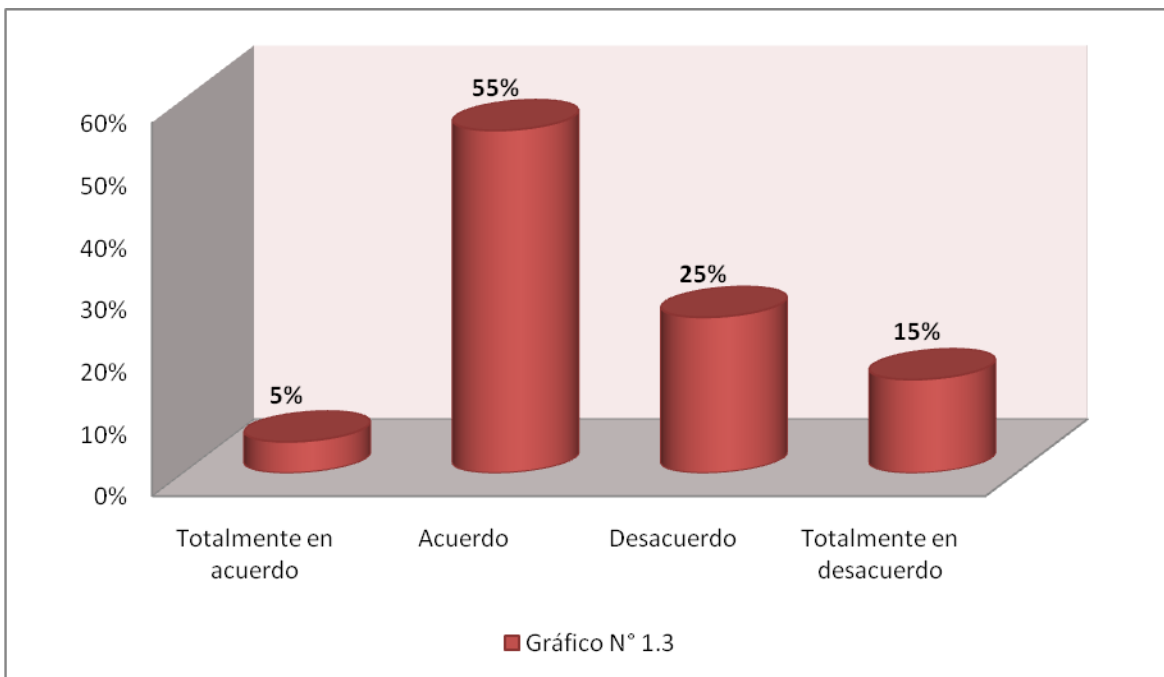
Comentario: El 65% de los encuestados considera que la definición sobre el inicio de la vida es tarea de los científicos y no de los religiosos, sin embargo un 35% discrepa con aquella afirmación.^{33♦}

^{32♣} *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

^{33♦} *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Gráfico N° 1.3:

Distribución del valor que le otorga el profesional a la creencia religiosa a través de los tiempos.³⁴♣



N: 20.

Comentario: El 60% de los profesionales Matronas y Matrones encuestados consideran que el pensamiento religioso cambia según los tiempos al igual que la ciencia. Sin embargo un 40% se opone a la afirmación.³⁵♦

³⁴♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

³⁵♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Objetivo 2:

Evaluar el peso específico de la actitud personal del profesional al otorgar atención a una usuaria en cuanto a:

2.1.- Importancia de la norma.

2.2.- Interferencia de sus decisiones personales en el ejercicio profesional.

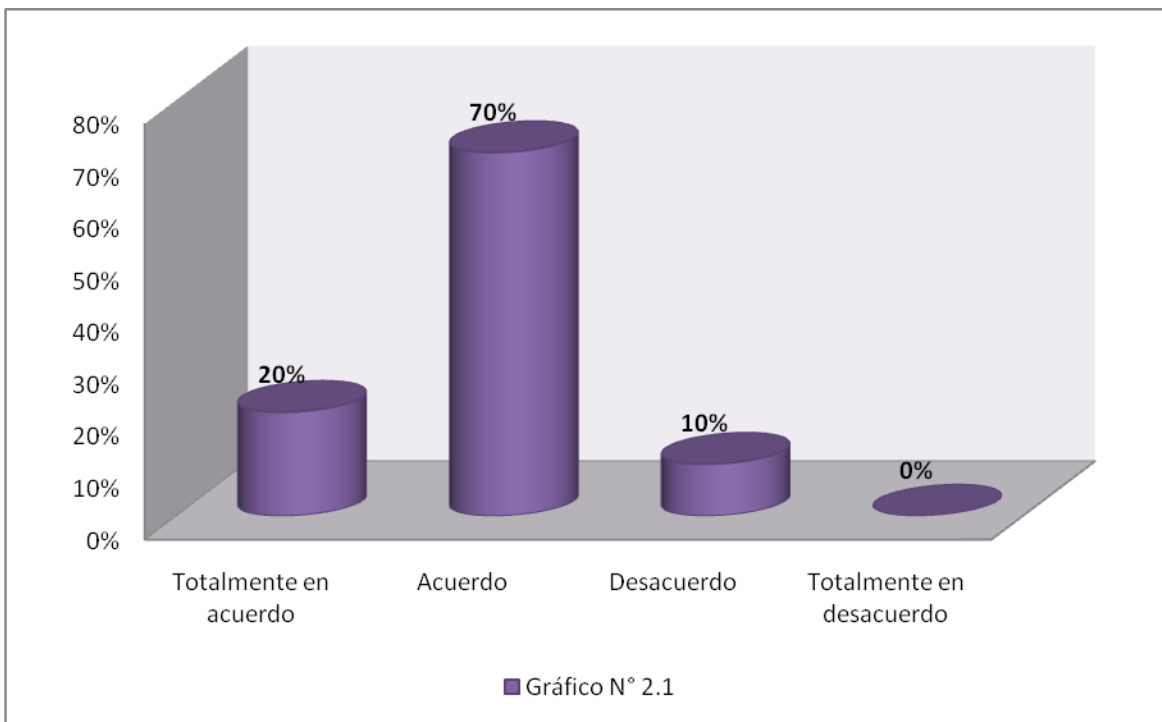
2.3.- Valores.

2.4.- Juicios de valor.

2.5.- Comunicación no verbal.

Gráfico 2.1:

Distribución de la importancia que le otorga el profesional a la norma en la atención a las usuarias.³⁶ ♣



N: 20.

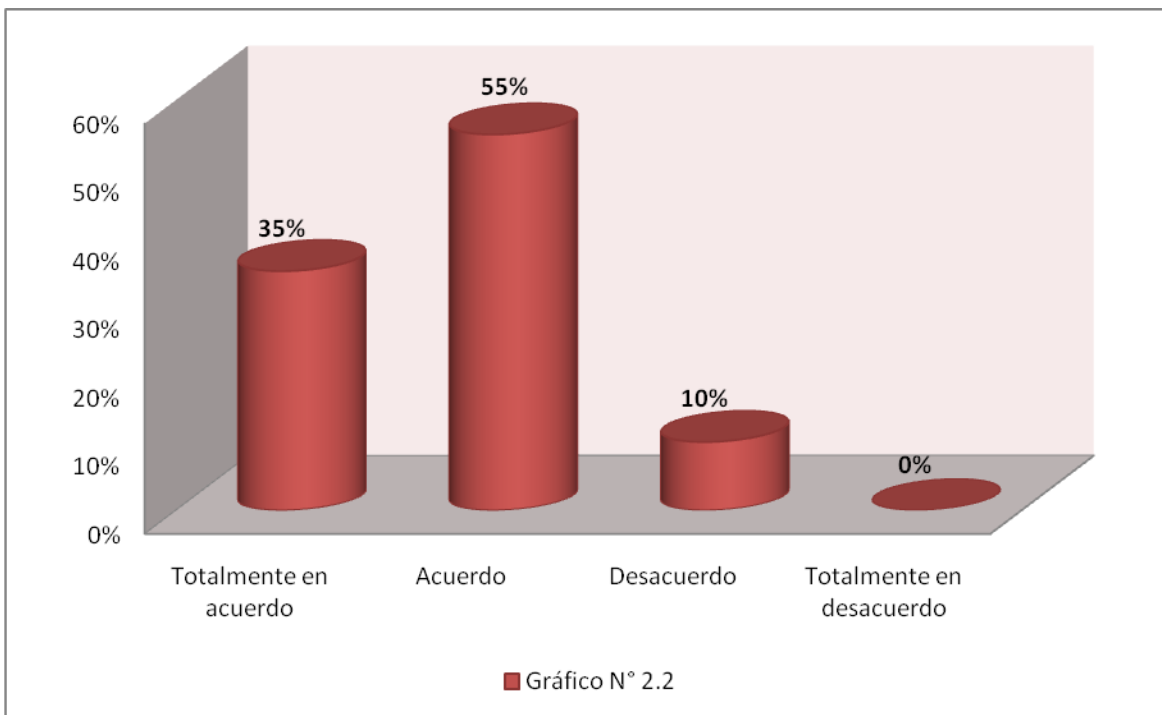
Comentario: El 90% de los encuestados estiman que basan su quehacer profesional en las normas de los servicios a los que pertenecen al momento de otorgar su atención a las usuarias, pero también un 10% de la muestra está disconforme con esta frase.³⁷ ♦

³⁶ ♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

³⁷ ♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Gráfico 2.2:

Distribución de la relación existente entre las decisiones personales del profesional y su influencia en la atención de la usuaria.³⁸♣



N: 20

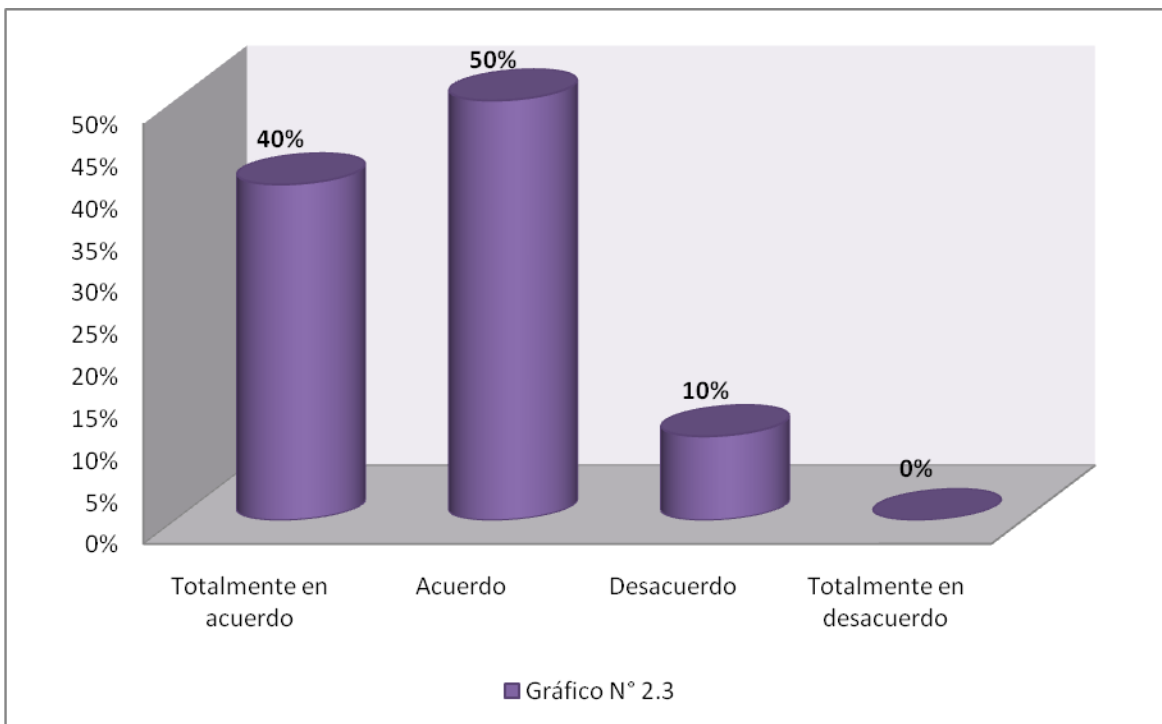
Comentario: La mayoría de los profesionales Matronas y Matrones encuestados (90%) piensan que en sus labores profesionales no interfieren sus decisiones personales, sin embargo el 10% considera que su atención profesional puede verse afectada por esas decisiones.³⁹♦

³⁸♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

³⁹♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Gráfico 2.3:

Distribución de la relación existente entre los valores del profesional y su relación frente a la atención a las usuarias.^{40♣}



N: 20.

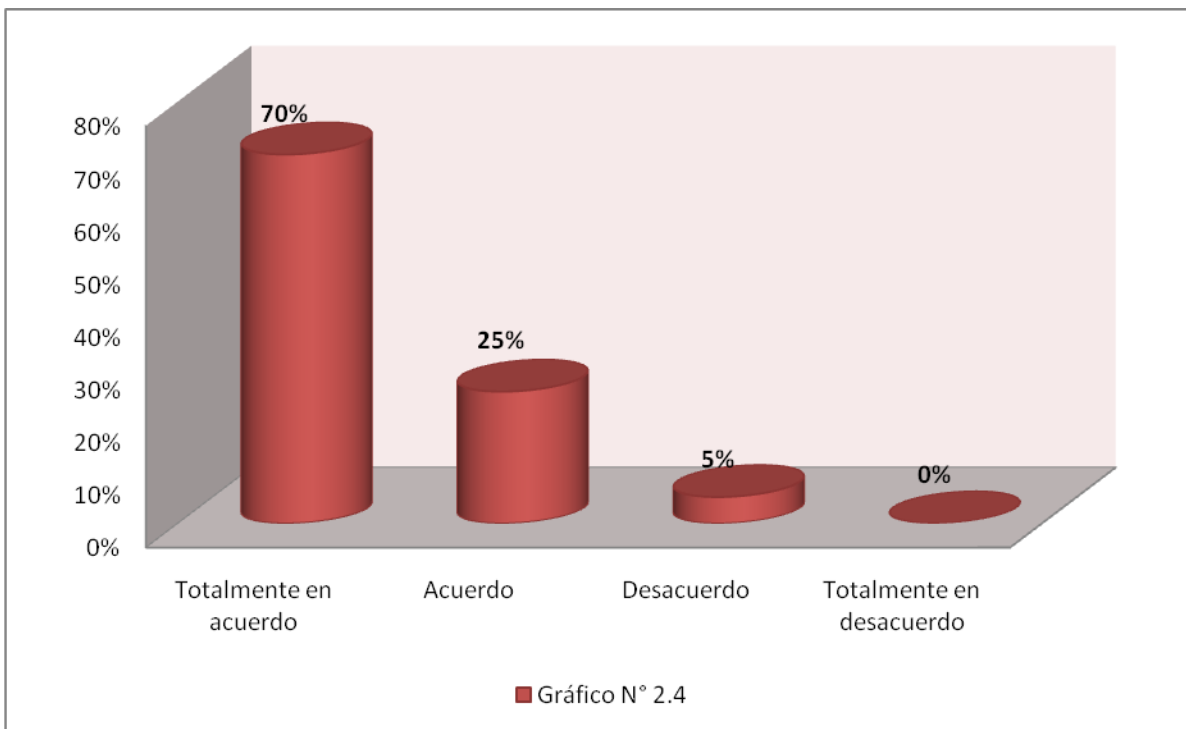
Comentario: El 90% del total de la muestra considera que sus decisiones personales no se relacionan con su trabajo profesional. Mientras que el 10% está en desacuerdo con la afirmación, es decir, estima que sus decisiones y actos privados no se relacionan con su quehacer profesional.^{41♦}

^{40♣} *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

^{41♦} *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Gráfico 2.4:

Distribución según juicios de valor del profesional matrona (ón) y su relación en la atención a las usuarias.^{42♣}



N: 20.

^{42♣} *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

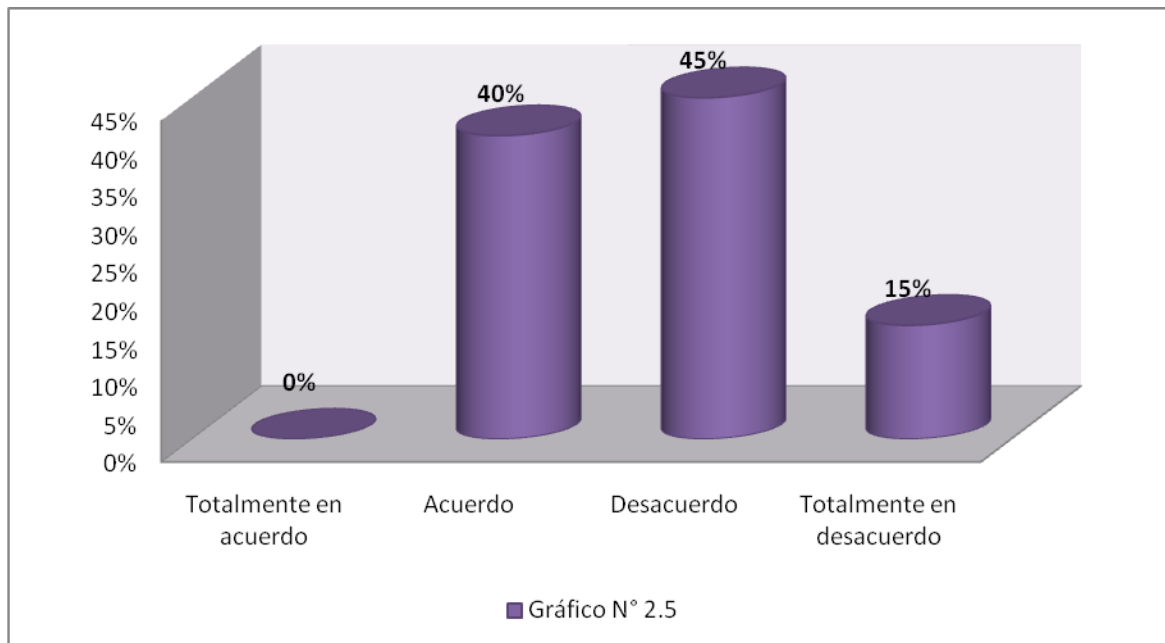
♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Comentario: El 95% de los profesionales Matronas y Matrones encuestados sostienen que otorgan atención sin emitir juicios de valor a todos los usuarios, sin embargo el 5% de la muestra está en desacuerdo con lo descrito.⁴³♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 2.5:

Distribución según comunicación no verbal del profesional y su relación en la atención a las usuarias.⁴⁴♣



N: 20.

Comentario: El 40% de los profesionales encuestados estiman que la opinión personal se expresa a través de la comunicación no verbal inevitablemente al momento de otorgar la atención. El 60% de los encuestados están en

43

⁴⁴♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

desacuerdo con lo planteado y consideran que la atención a las usuarias se puede otorgar sin manifestar opiniones a través de gestos, actitudes o palabras.⁴⁵♦

Capítulo VI: Resultados.

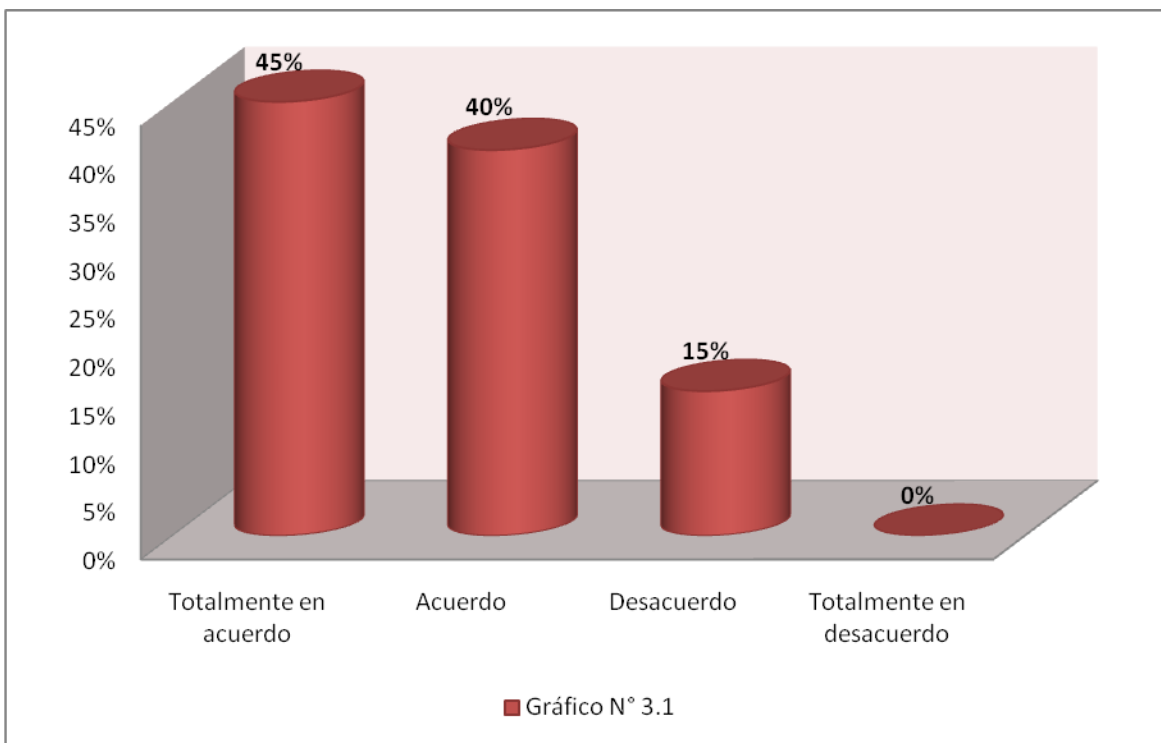
Objetivo 3:

Identificar opiniones y actitudes frente a la PAE en relación a:

- 3.1.- Tipo de conflicto.
- 3.2.- Derivación a otro profesional.
- 3.3.- Abstención a la entrega.
- 3.4.- Entrega a usuarias.
- 3.5.- Responsabilidad del o la profesional.
- 3.6.- Responsabilidad de la usuaria.

Gráfico 3.1:

Distribución según opinión del profesional respecto a la naturaleza del conflicto de la PAE.⁴⁶♣



N: 20.

⁴⁶♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

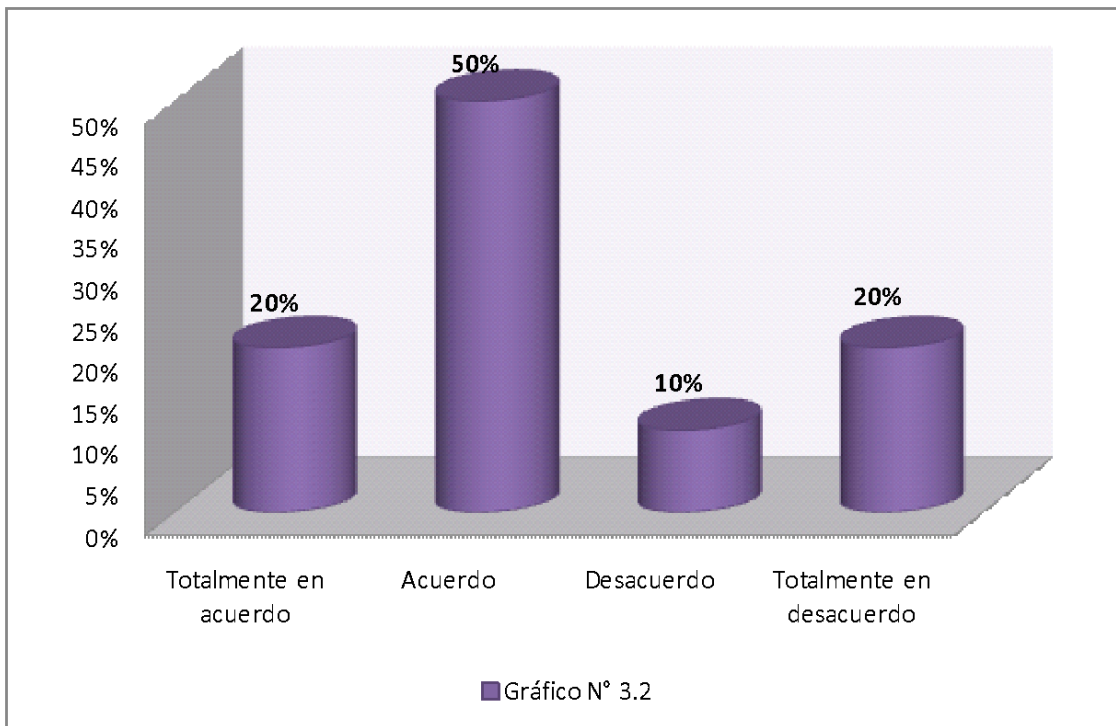
♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Comentario: El 85% del colectivo matronil opina que el conflicto de la PAE es artificial o político, mientras que un 15% está en oposición con aquello.⁴⁷♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 3.2:

Distribución que adopta el profesional ante la derivación a otro profesional en la atención que otorga a la usuaria.⁴⁸♣



N: 20.

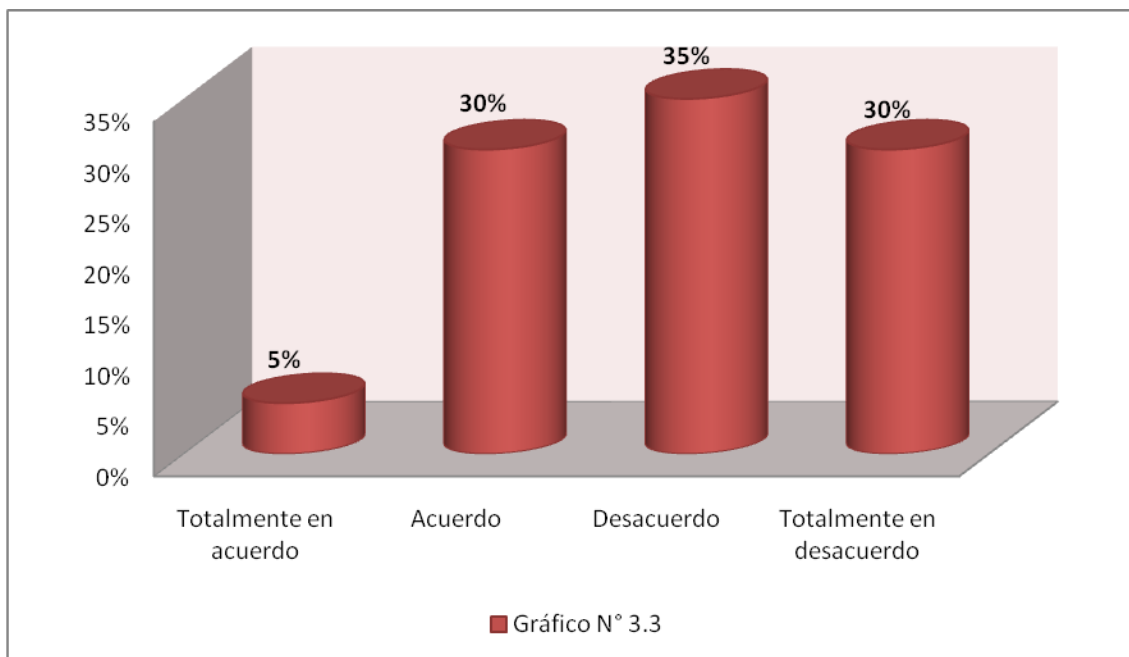
⁴⁸♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

Comentario: El 70% de los profesionales encuestados estiman que ante temas que están en conflicto con sus pensamientos personales utilizan la derivación a otro colega, mientras que el 30% está en contra de lo planteado.⁴⁹♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 3.3:

Distribución según posibilidad de abstención a la entrega de la PAE, del profesional matrona (ón) a la usuaria.⁵⁰♣



N: 20.

⁴⁹♦ Ver Tabla de Datos en anexos II.

⁵⁰♣ Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.

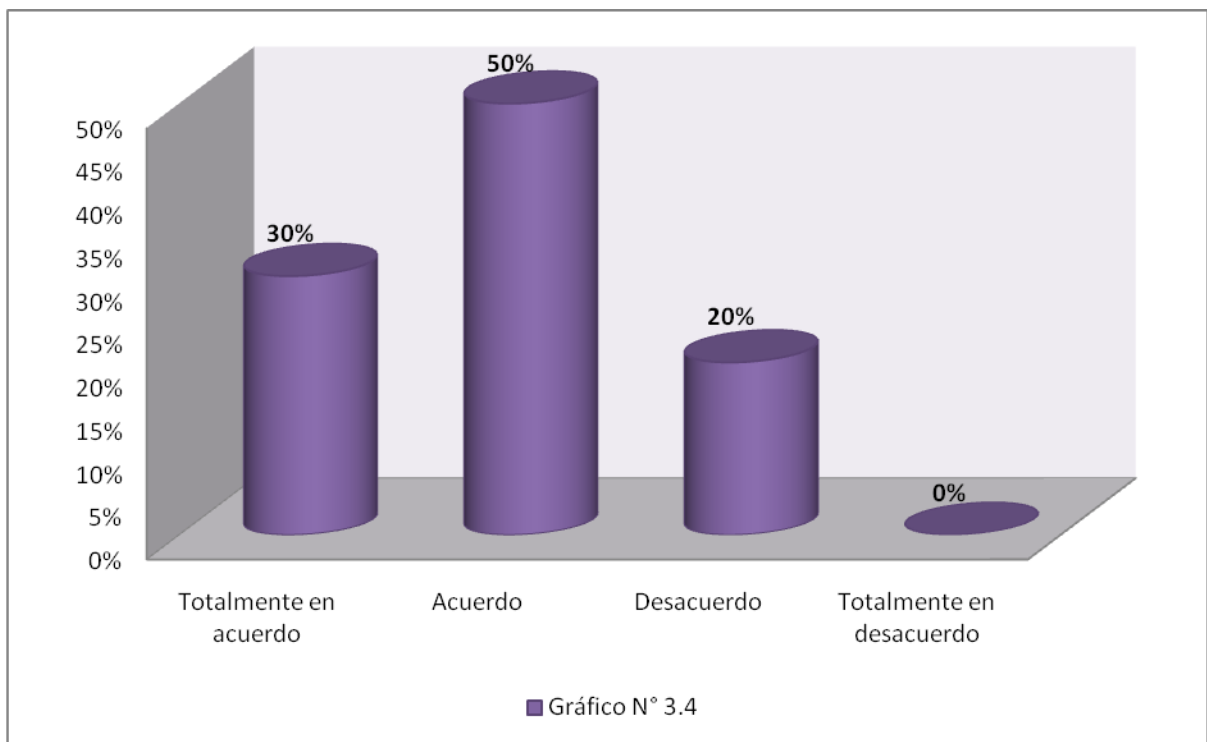
♦ Ver Tabla de Datos en anexos II.

Comentario: El 35% de los profesionales encuestados considera que tienen la opción de abstenerse en la entrega de la PAE, sin embargo el 65% de la muestra está en contra de la afirmación, es decir, estiman que como profesionales no tienen esa opción. ⁵¹♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 3.4:

Distribución según actitud del profesional a entregar la PAE a sus usuarias. ⁵²♣



N: 20.

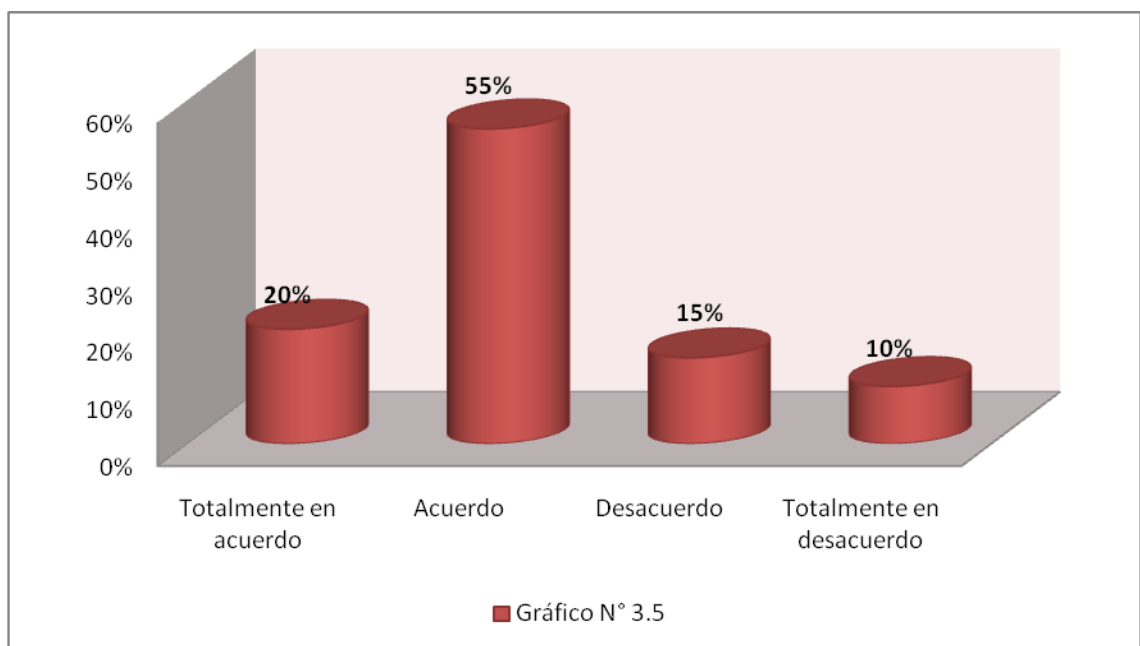
⁵²♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

Comentario: Del total de encuestados un 80% de los profesionales afirma que entregan la PAE a todas las usuarias que se lo soliciten, pero el 20% está en desacuerdo con lo planteado.⁵³♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 3.5:

Distribución según responsabilidad del profesional matrona (ón) en la entrega de la PAE a las usuarias.⁵⁴♣



N: 20.

⁵³♦ Ver Tabla de Datos en anexos II.

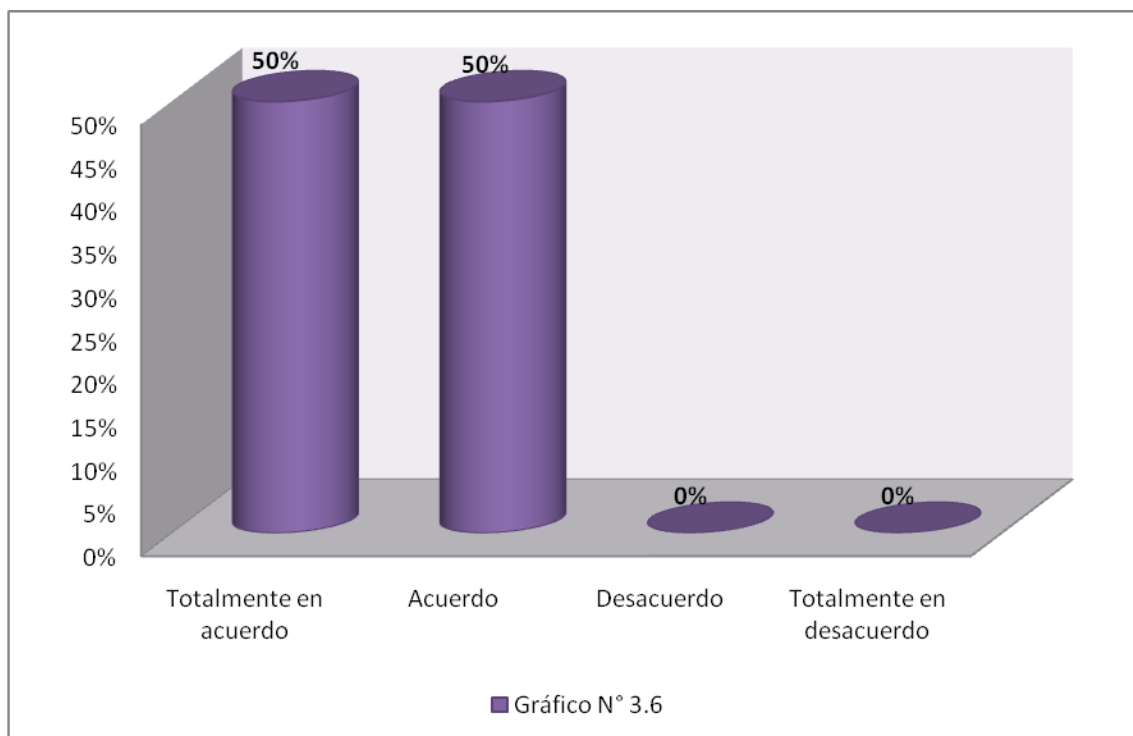
⁵⁴♣ Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.

Comentario: El colectivo matronil encuestado considera en un 75% que son los profesionales que conocen cada caso los responsables de decidir la entrega o no de la PAE. El resto de la muestra, que corresponde a un 25% está en oposición con esta frase.⁵⁵♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 3.6:

Distribución según opinión del profesional respecto a responsabilidad de la usuaria frente al uso de la PAE.⁵⁶♣



⁵⁵♦ Ver Tabla de Datos en anexos II.

⁵⁶♣ Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.

♦ Ver Tabla de Datos en anexos II.

N: 20.

Comentario:

El 100% de la muestra de profesionales considera que es decisión de los usuarios el utilizar o no la PAE (50% de acuerdo y 50%totalmente de acuerdo).⁵⁷♦

Capítulo VI: Resultados.

RMAT
2
MERGFO
PAGE *

Objetivo 4:

Determinar la opinión del profesional ante la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia frente a:

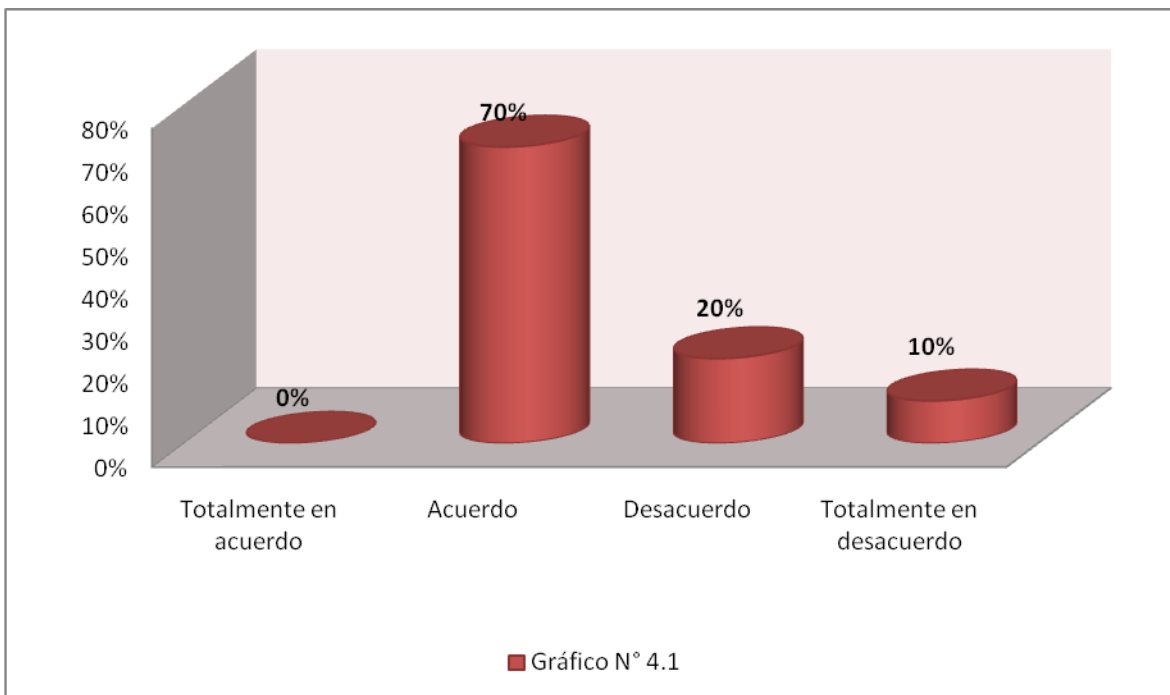
4.1.- Conocimiento del término “Objeción de Conciencia”.

4.2.- Derecho a objetar en conciencia.

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 4.1:

Distribución según conocimiento del profesional del término “Objeción de Conciencia”.⁵⁸♣



N: 20.

⁵⁸♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

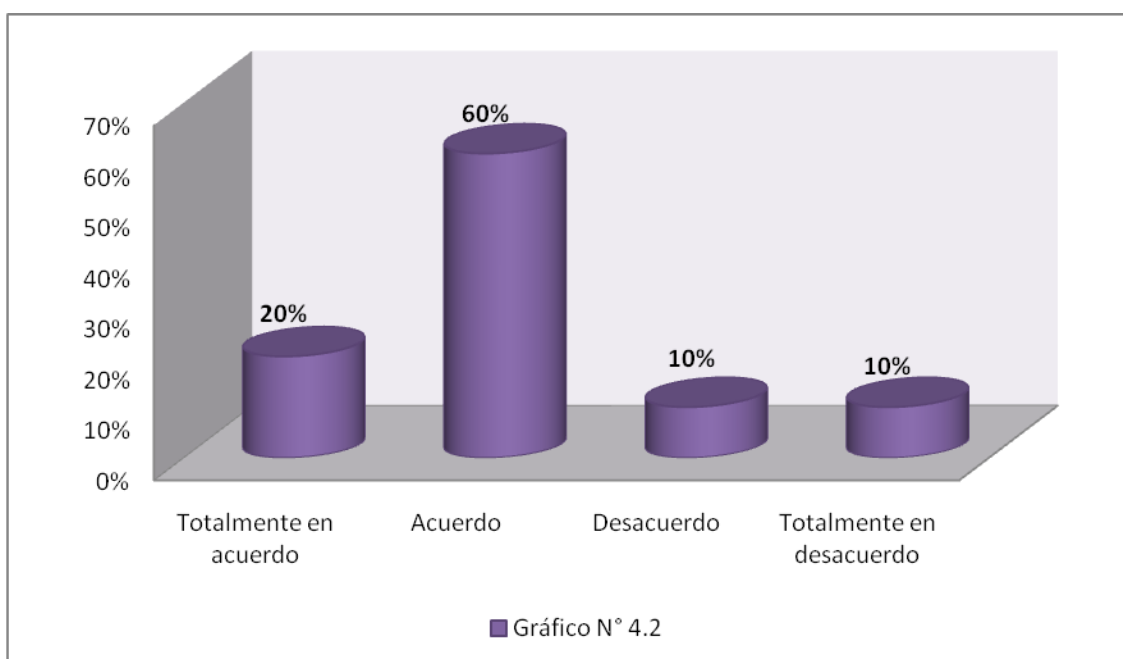
♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*

Comentario: De los profesionales encuestados, un 70% está de acuerdo con que la objeción de conciencia es la eximición del cumplimiento de una norma jurídica, sin embargo el 30% no está en desacuerdo con esta afirmación.⁵⁹♦

Capítulo VI: Resultados.

Gráfico 4.2:

Distribución según la opinión del profesional matrona (ón) respecto al ejercicio de su derecho a objetar en conciencia.⁶⁰♣



N: 20.

⁶⁰♣ *Estudio de los aspectos psicoafectivos y valóricos - cognitivos de la matrona y su influencia en la atención a la usuaria del sector público de salud, en la Provincia de Valparaíso, durante los meses de Mayo y Junio del año 2008.*

Comentario: El 80% de los profesionales encuestados opinan que la objeción de conciencia es un derecho aplicable ante normas que entren en conflictos con sus valores, sin embargo el 20% restante se opone a esta frase.⁶¹♦

⁶¹♦ *Ver Tabla de Datos en anexos II.*



Conclusiones y Sugerencias

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

Conclusiones

Al evaluar los resultados de esta investigación logramos conocer la opinión y actitudes del colectivo matronil respecto a ciertas situaciones que fueron planteadas. En lo que respecta a temas vinculados con la Religión, los profesionales matronas y matrones en un 90% respondieron que priorizan en la toma de decisiones en la atención a las usuarias los criterios científicos y técnicos por sobre sus convicciones morales o religiosas. Las actitudes y reacciones que van desarrollando las personas están formadas por diversos factores. Existen factores del orden social y cultural, como lo es la religión, y factores del orden educacional, como lo es la formación profesional, que permiten el desarrollo de respuestas de los individuos, considerando en este caso que los profesionales encuestados tienen un factor educacional de mayor influencia que su factor social.

En lo que se refiere al inicio de la vida, el 65% de los encuestados considera que la definición de ésta, es tarea de los científicos y no de los religiosos. Además un 60% cree que el pensamiento religioso y la ciencia cambian según los tiempos en contraposición con el 40% que no lo cree así. Las opiniones de las personas que componen la sociedad sirven de base para el desarrollo de los valores y creencias tanto grupal como individualmente. La actividad espiritual y cultural de la persona humana permite que los profesionales basen sus opiniones y creencias en el ámbito médico, descartando o no el ámbito religioso según sus enseñanzas y del tipo de sociedad en la que están inmersos.

En lo que respecta a la actitud de los profesionales matronas y matrones se evalúa la importancia que éste le da a la normativa vigente y se obtiene que un 90% de los encuestados, guía su quehacer profesional según las normas del servicio en el que se desempeña. Las actitudes son expresiones que se van

modificando e interiorizándose con las normas o determinados patrones, lo que finalmente se traduce en un comportamiento deseado. Es decir, los

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

profesionales matronas y matrones mantienen líneas de comportamiento basándose en las reglas o normativas a las que se exponen.

El 90% de los profesionales encuestados declaran que las decisiones personales no interfieren con sus labores profesionales, es decir consideran que se establece una autonomía o independencia de su ejercicio profesional en relación a sus actos privados.

También afirman en un 90% que sus decisiones personales no tienen incidencia ni vinculación alguna con el trabajo profesional que cumplen ante los usuarios y usuarias. Los valores personales, al igual que las actitudes, se generan inconscientemente en las personas a lo largo de toda su vida, siendo influenciados mayoritariamente por la cultura o por el ambiente en el cual se desempeñan, por lo tanto los profesionales pueden “afectar” su atención ya que el medio que los rodea ejerce una influencia en su modo de actuar y desempeñarse.

Los juicios de valor de los profesionales encuestados, no son un factor al momento de otorgar la atención, ya que del total de la muestra un 90% afirma que atienden a toda su población usuaria demandante sin emitir estos juicios. Sin embargo, los juicios dan origen al componente afectivo de las actitudes, es decir dan una tendencia a favor o en contra de ciertas situaciones u objetos, en este caso la atención a usuarias podría verse afectada por estos juicios ya que estos modifican las actitudes de los profesionales.

En relación a la opinión personal expresada no verbalmente el 40% de los encuestados declara que es inevitable manifestar esta a través de gestos, actitudes o palabras al momento de prestar atención a la población usuaria. Uno de los 3 componentes que forman una actitud, es el componente afectivo, el cual se mide por medio de respuestas fisiológicas no verbales o expresiones verbales de gusto o disgusto según la situación a la cual se ven enfrentadas las personas, por esta razón se considera que existen ciertas situaciones en las

que no hay un control consciente de nuestras reacciones, lo que las hace inevitables.

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

En cuanto al conflicto sobre la PAE, el 85% de los profesionales matronas y matrones está de acuerdo y totalmente de acuerdo, en que este conflicto es de tipo artificial o político.

Los profesionales encuestados afirman en un 70% que realizan la derivación a otro colega cuando se enfrentan a un tema que les genera conflicto con sus valores. Los valores, como planteamiento, son en esencia trascendentes, absolutos y alógicos. Por esto, no son aprendidos por medio de la razón sino a través de la impresión emocional lo que se ve reflejado en los encuestados ya que estos consideran la derivación para evitar los problemas que pueden causarles este choque entre sus pensamientos racionales y emocionales.

La abstención en la entrega de la PAE no es una opción considerada por las matronas y matrones encuestados, ya que estos afirman en un 65% estar en contra de la abstención de la misma.

En lo que concierne a la entrega de la PAE los profesionales aseguran, en un 80%, que la entregan a todas las usuarias que la solicitan. El 75% de los profesionales matronas y matrones del estudio piensan que es de responsabilidad de los profesionales del área de la salud la entrega y distribución de la PAE. Estas opiniones de los encuestados pueden considerarse como valores más que actitudes ya que son los valores los que impulsan la conducta humana y los que son normativos, en cambio las actitudes son acciones que son moldeadas por estos valores.

El total de la muestra, 100%, considera en cuanto a la decisión de usar o no la PAE, que son las usuarias que la demandan las que deciden utilizar la PAE o no. Es importante considerar que se puede observar un cambio en las actitudes o aprender actitudes nuevas, esto se logra a través de la influencia que ejercemos diariamente en alguien y a su vez cuando nosotros tratamos de influir en los demás.

Cuando se solicita a los profesionales encuestados, opinar acerca de la definición del término objeción de conciencia, el 70% de estos cree que

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

corresponde a la eximición de una norma jurídica. Es preciso considerar que la conciencia es un atributo del individuo y que el juicio sobre la bondad o maldad de una acción puede diferir entre personas, es decir, mientras un individuo muestra una posición casi indiferente frente a cuestiones morales, otro puede reaccionar de manera extremadamente sensible y escrupulosa.

El derecho a objetar en conciencia, para el 80% de los profesionales encuestados, es válido ante normas que provoquen conflicto con sus valores. De gran importancia es entender que pueden acogerse a la objeción sólo aquellos profesionales que estén directamente relacionados con el acto objetado y no los involucrados indirectamente. Es importante recalcar que aunque por ley actualmente en nuestro país, no existe una legislación en cuanto a la objeción de conciencia, los profesionales encuestados la consideran como un derecho y una opción.

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

Sugerencias

Cada persona es libre de elegir lo que hará y lo que no, es por esto que la existencia de una legislación que reconozca la Objeción de Conciencia en Chile como un derecho de cada de los profesionales matronas (ón) que ejercen en salud. De este modo se respaldaría de manera legal la decisión que opte cada individuo de llevar o no a cabo una conducta que entre en contraposición con alguno de sus principios. Por otra parte esta legislación debería estipular que el individuo que objete en conciencia debe hacerlo sin perjudicar a terceros.

La mayoría de las carreras del Área de la salud, considera en su malla curricular el ramo de ética, dentro del cual sería una opción válida y útil el insertar una unidad en la cual se exponga la Objeción de conciencia y se incorporen aspectos prácticos y contingentes de este tema y otros. Así la formación de pre-grado permitiría conocer temas que influyen en el presente.

Crear instancias en que el profesional matrona (ón) pueda plantear situaciones que entren en conflicto con sus valores, creencias y/o convicciones, y puedan ser expuestas en el Colegio de matronas para así contar con soluciones y respaldo legal a este nivel.

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

Resumen

Estudio descriptivo transversal realizado en los meses de Mayo y Junio del 2008 con los profesionales Matronas y Matrones que ejercen en el sector público de Salud, Provincia de Valparaíso, en relación a sus actitudes en la atención de usuarias.

Los objetivos que guiaron la investigación fueron evaluar e identificar los aspectos psico-afectivos y valórico-cognitivos de las actitudes del Profesional Matrona (ón) en la atención a las usuarias.

La información recolectada se obtuvo mediante una escala Likert de 16 afirmaciones o preguntas de carácter cerrado, divididas en 4 categorías; Religión, Ejercicio Profesional, Entrega de la PAE y Objeción de Conciencia, la cual fue aplicada vía correo electrónico a una muestra de 20 profesionales.

Entre los resultados de la investigación se destaca que el colectivo matronil basa sus actitudes en los factores del orden educacional, como su formación profesional y científica, por sobre los factores del orden social, como lo es la religión. Además consideran un 90% de los profesionales encuestados importante las normativas vigentes en los establecimientos en los que se desempeñan, afirmando que guían su quehacer profesional en estas normas. En cuanto a la atención a las usuarias, la mayoría de los profesionales encuestados (un 90%) declaran que sus decisiones personales, actos privados y valores no interfieren al momento de dar la atención, por otro lado existe un 10% que no lo cree así. También afirma un 95% de las matronas y matrones que otorgan esta atención a toda usuaria que se lo solicite, sin emitir juicios de valor de manera verbal y no verbal.

Capítulo VII: Conclusiones y Sugerencias.

En relación a la PAE y la objeción de conciencia, el 25% del colectivo matronil no considera que es responsabilidad de los profesionales entregar la PAE los usuarios, sin embargo la totalidad de los profesionales (100%) consideran que son los propios usuarios los que deciden su utilización o no. Para los profesionales encuestados la objeción de conciencia es un derecho ante temas que provoquen conflictos con sus valores, afirmando en su mayoría que utilizan la derivación a otro profesional ante estos temas.

Se concluye que el colectivo matronil tiene actitudes que se basan en los criterios científicos y técnicos de su formación profesional al momento de otorgar la atención a las usuarias, y que sus valores personales no son una influencia directa en esta atención.



Páginas Web:

- Conceptos básicos sobre gestión de políticas:
<http://www.med.javeriana.edu.co/pediatria/clases/salud/Capitulo%203.pdf>
(Consulta: 22/04/08 a las 18:30 hrs.)
- http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conciencia
(Consulta: 19/09/07 a las 20:00 hrs.)
- [http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view
File/867/1706](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/File/867/1706) (Consulta: 24/09/07 a las 16:15 hrs.)
- [http://www.scielo.cl/scielo.
php?Script=sci_arttext&pid=S071834372007000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S071834372007000300016&lng=pt&nrm=iso)
>. ISSN 0718-3437 (Consulta: 21/10/07 a las 21:00 hrs.)
- <http://www.cooperativa.cl> (Consulta: 13/11/07 a las 20:00 hrs.)
- Diario La Tercera online.
http://www.quepasa.cl/medio/articulo/0,0,3255_5666_346699628,00.html
(Consulta: 21/04/2008 a las 17:05 hrs.) Discurso Presidencial 21 mayo
2008
<http://www.gobiernodechile.cl/viewEjeSocial.aspx?idarticulo=23439&idSeccionPadre=119>
(Consulta: 25/05/08 a las 14:00hrs.)
- http://santuarionoticias.blogspot.com/2006_09_01_archive.html
(Consulta: 10/09/2006 a las 20:00 hrs.)
- <http://teletrece.canal13.cl/t13/html/Noticias/Chile/320590.html>.
(Consulta: 29/10/2007 a las 20:00 hrs.)
- Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud
<http://www.flacso.cl/flacso/main.php?page=noticia&code=1633>
(Consulta: 07/04/2008 a las 20:00 hrs.)

- Discurso al Congreso Internacional de los Farmacéuticos Católicos
<http://es.catholic.net/laicos/622/2706/articulo.php?id=33685>
(Consulta: 09/11/07 a las 22:35 hrs.)

Capítulo VIII: Bibliografía.

- http://www.lanacion.cl/prontus_noticias_v2/site/artic/20071031/pags/20071031210522.html (Consulta: 29/10/07 a las 20:00 hrs.)
- <http://www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=280150> (Consulta: 29/10/2007 a las 20:00 hrs.)
- http://cl.invertia.com/noticias/noticia.aspx?idNoticia=200711061556_INV_51561856&idtel=RV034FASA (Consulta: 06/11/07 a las 20:00 hrs.)
- <http://agencialavoz.blogspot.com/2008/04/farmacias-chilenas-ceden-presi-n-y-ya.html> (Consulta: 05/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- http://www.tercera.cl/contenido/25_5020_9.shtml (Consulta: 05/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- http://www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/noticia_nueva.asp?id_noticia=243436 (Consulta: 05/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- http://www.provida.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=1102&Itemid=75 (Consulta: 05/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- <http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/view/914>
(Consulta: 18/04/2008 a las 23:00 hrs.)
- <http://www.memch.cl/info.asp?Ob=1&Id=17> (Consulta: 18/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- <http://www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=300297> (Consulta: 18/04/2008 a las 20:00 hrs.)
- http://www.geocities.com/luyed/medir_actitud.htm. (Consulta: 06/08/08 a las 21:00 hrs.)

Libros:

- Aborto en Chile, Situación legal en Chile.
- ALCÁNTARA, J. Como educar las actitudes. 1ª Edición CEAC, 1988.
- BOLIVAR, A. La evolución de valores y actitudes. Editorial Alianza S.A., 1994.
- CÁMARA, G. La objeción de conciencia al servicio militar. Las dimensiones constitucionales del problema. Madrid, Civitas, 1991.
- CAÑAL, F. Perspectiva jurídica de la objeción de conciencia del personal sanitario. Cuadernos de Bioética. 1994.
- CASAS, L. y DIDES C. Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile dos casos paradigmáticos. Acta bioética 2007
- COUSO, J. GUILOFF, M. y DELAVEAU, R. Notas sobre la objeción de conciencia y la venta de productos farmacéuticos.
- COOK, R. DICKENS, B. FATHALLA, M. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá 2003.
- HERVADA, J. Libertad de conciencia y terapéutica. 1984.
- LÓPEZ, J. La objeción de conciencia, Ediciones Palomino. Madrid, Montecorvo.
- ROJO, J. M. Objeción de conciencia y guerra justa, Persona y Derecho, España 1984.
- RUIZ, V. La Objeción de conciencia. Jurídica. Anuario del departamento de derecho de la Universidad Iberoamericana. 2002.

Normas, reglamentos, programas nacionales:

- Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. 2002.
- Normas Nacionales de la Regulación de la Fertilidad.
- Constitución Política de Chile.

Capítulo VIII: Bibliografía.

- Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.
- Programa Salud de la Mujer.
- Fallo Tribunal Constitucional. Chile 2008.



Escala Likert de actitudes frente a las PAE.

Instructivo: A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones, con la que puede o no concordar. Exprese su opinión marcando una de las opciones que se encuentran junto a la afirmación, según lo que usted sienta con respecto a ella. Esta no es una prueba, no hay respuestas correctas.

<p>1. Al momento de tomar decisiones, priorizo los criterios científicos y técnicos por sobre mis convicciones morales o religiosas.</p>	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>2. La definición sobre el inicio de la vida es tarea de los científicos y no de los religiosos.</p>	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>3. El pensamiento religioso, al igual que la ciencia,</p>	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo

cambia según los tiempos.				
----------------------------------	--	--	--	--

Capítulo IX: Anexos I.

4. Las normas del servicio guían mi quehacer profesional.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
5. Mis decisiones personales no interfieren con mis labores profesionales.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Mis decisiones personales sobre mi vida y actos privados no tienen relación con mi trabajo profesional.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
7. Atiendo a todos quienes me demanden, sin emitir juicios de valor.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
8. Es inevitable que la opinión personal se exprese a través	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo

de gestos, actitudes o palabras, al momento de dar atención.				
--	--	--	--	--

Capítulo IX: Anexos I.

9. El conflicto sobre la PAE es un conflicto artificial o político.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Ante un tema en que estoy en conflicto, prefiero derivar a otro u otra colega.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
11. Como profesional tengo la opción de abstenerme de entregar la PAE.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
12. Entrego la PAE a toda usuaria que me lo solicite.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
13. La responsabilidad de decidir a quien entregar o no la PAE es del profesional de	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo

salud, que conoce cada caso.				
------------------------------	--	--	--	--

Capítulo IX: Anexos I.

14. La decisión de usar o no las PAE es de la persona que la demanda.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
15. La objeción de conciencia es la eximición del cumplimiento de una norma jurídica.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
16. Es un derecho de los profesionales la Objeción de Conciencia ante normas que entren en conflicto con sus valores.	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo

Capítulo IX: Anexos II.

Tablas

Tabla 1.1.- Valoración de criterios científicos.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
5%	5%	55%	35%

Tabla 1.2.- Inicio de la vida.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	35%	40%	25%

Tabla 1.3.- Creencia religiosa.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
15%	25%	55%	5%

Tabla 2.1.- Importancia de la norma.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	10%	70%	20%

Tabla 2.2.- Interferencia de sus decisiones personales en el ejercicio profesional.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	10%	55%	35%

Capítulo IX: Anexos II.

Tabla 2.3.- Valores

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	10%	50%	40%

Tabla 2.4.- Juicios de valor.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	5%	25%	70%

Tabla 2.5.- Comunicación no verbal.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
15%	45%	40%	0%

Tabla 3.1.- Tipo de conflicto.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	15%	40%	45%

Tabla 3.2.- Derivación a otro profesional.

Totalmente en	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en
---------------	------------	---------	---------------

desacuerdo			Acuerdo
20%	10%	50%	20%

Capítulo IX: Anexos II.

Tabla 3.3.- Abstención a la entrega.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
30%	35%	30%	5%

Tabla 3.4.- Entrega a usuarias.

Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	20%	50%	30%

Tabla 3.5.- Responsabilidad del o la profesional.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
10%	15%	55%	20%

Tabla 3.6.- Responsabilidad de la usuaria.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
0%	0%	50%	50%

Tabla 4.1.- Conocimiento del término “Objeción de Conciencia”.

Totalmente en	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en
---------------	------------	---------	---------------

desacuerdo			Acuerdo
10%	20%	70%	0%

Capítulo IX: Anexos II.

Tabla 4.2.- Derecho a objetar en conciencia.

Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Totalmente en Acuerdo
10%	10%	60%	20%