

APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL “THE PENN STATE COLLEGE OF
MEDICINE” PARA VALORAR EL PROFESIONALISMO EN ESTUDIANTES DEL
PROGRAMA DE MEDICINA DE QUINTO A DECIMOSEGUNDO SEMESTRE DE
LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOBIANA

JEFFERSON JARA CALDERON
JORGE GÓMEZ CABRERA
JUAN DAVID ALVIS POLANÍA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2016

APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL “THE PENN STATE COLLEGE OF
MEDICINE” PARA VALORAR EL PROFESIONALISMO EN ESTUDIANTES DEL
PROGRAMA DE MEDICINA DE QUINTO A DECIMOSEGUNDO SEMESTRE DE
LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOBIANA

JEFFERSON JARA CALDERON
JORGE GÓMEZ CABRERA
JUAN DAVID ALVIS POLANÍA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico

Asesores

GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS
Médico Especialista en Epidemiología
PhD en Salud Pública

ADONIS TUPAC RAMIREZ
Cirujano de Cabeza y Cuello

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2016

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Marzo del 2016.

DEDICATORIA

Este trabajo de grado está dedicado a DIOS, por darnos la vida, la sabiduría de escoger esta hermosa carrera, por darnos la fortaleza de seguir adelante día a día en nuestro proceso de formación.

Con todo cariño y amor para nuestros padres que hicieron todo en la vida para que nosotros pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos y darnos siempre la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba.

*JEFFERSON
JORGE
JUAN DAVID*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a.

A la Universidad Surcolombiana y en especial a la Facultad de Salud por permitirnos ser parte de una generación de médicos triunfadores y gente productiva para el país.

A los Asesores GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS, Médico Especialista en Epidemiología y ADONIS TUPAC RAMIREZ, Cirujano de Cabeza y Cuello

A los estudiantes seleccionados para realizar esta investigación. Mil gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	12
1. ANTECEDENTES	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	22
4.1 OBJETIVO GENERAL	22
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
5. MARCO TEORICO	23
5.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	25
5.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	28
5.3 RESPONSABILIDADES PROFESIONALES	29
5.4 MEDICIÓN DEL PROFESIONALISMO	30
5.4.1 Grupo 1. Responsabilidad	31
5.4.2 Grupo 2. Altruismo	32
5.4.3 Grupo 3. Servicio	32
5.4.4 Grupo 4. Excelencia	33
5.4.5 Grupo 5. Integridad y honestidad	33
5.4.6 Grupo 6. Respeto	34
5.5 ADAPTACIÓN CULTURAL DE LAS ESCALAS	34
6. HIPOTESIS	36
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37

		Pág.
8.	DISEÑO METODOLÓGICO	40
8.1	TIPO DE ESTUDIO	40
8.2	UBICACIÓN DEL ESTUDIO	40
8.3	POBLACION	40
8.4	MUESTRA Y MUESTREO	40
8.4.1	Criterios de inclusión	41
8.5	TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	41
8.6	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	41
8.7	INSTRUMENTO	42
8.8	PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS	48
8.9	CONSIDERACIONES ETICAS	48
9.	RESULTADOS	50
9.1	VARIABLES POR ESCALA	52
10.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
11.	CONCLUSIONES	65
12.	RECOMENDACIONES	67
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
	ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Variables, definición y nivel de medición	37
Tabla 2	Escala <i>THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE</i>	43
Tabla 3	Variables socio-demográficas	51
Tabla 4	Variables de la escala que valora la responsabilidad	52
Tabla 5	Variables de la escala que valora el altruismo	53
Tabla 6	Variables de la escala que valora el servicio	54
Tabla 7	Variables de la escala que valora la excelencia	55
Tabla 8	Variables que valoran la integridad y la honestidad	56
Tabla 9	Variables de la escala que valoran el respeto	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Instrumento	78
Anexo B Cronograma de actividades	82
Anexo C Presupuesto	83

RESUMEN

Objetivo: Determinar las actitudes del profesionalismo en estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana que cursan áreas clínicas en el año 2014 mediante la aplicación de la escala del “The Penn State College of Medicine” adaptada culturalmente a Colombia por la Universidad de La Sabana.

Materiales y métodos: Estudio realizado con 89 estudiantes de la Universidad Surcolombiana que cursan áreas clínicas, a los cuales se les aplicó la escala THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, así como la frecuencia de cumplimiento de las actitudes y el orden de importancia de las mismas dadas por los estudiantes.

Resultados: Dentro de la responsabilidad, mantener relaciones médico/paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales fue el más importante y 67,42% estudiantes siempre lo mantenían. En cuanto al Altruismo, rehusarse a violar su propio código de conducta personal y profesional fue el más importante y 50,5% manifiestan siempre cumplir. En servicio, no buscar avanzar en su carrera a costa de otros fue el mayor en orden de importancia y 59,5% siempre lo hacen. En excelencia, lo más importante es reconocer sus propias limitaciones y 50,5% siempre lo reconocen. Lo más importante en integridad y honestidad es asumir responsabilidades propias en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente, 47,19% siempre la asumen. Para respeto es importante fue defender los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal y la mayoría, 49,4% de estudiantes siempre lo hacen.

Conclusiones: Las actitudes por parte de los estudiantes de pregrado fueron positivas y orientadas hacia el profesionalismo, demostrando respeto por el paciente y por los colegas, así como un deseo constante de mejoramiento personal. Es importante reevaluar los diseños curriculares e incluir de manera explícita la enseñanza del profesionalismo médico para crear un pensamiento crítico y capacidad de solucionar problemas reales en el quehacer médico.

Palabras Claves. Profesionalismo, estudiantes de medicina, escala, actitudes, educación médica.

ABSTRACT

Objective: Determine the professionalism attitudes in medical students who studying in the University Surcolombiana clinical areas in 2014 by applying the scale of "ThePennStateCollege of Medicine" culturally adapted to Colombia by the Sabanas University.

Materials and Methods: The study was carried out whit 89 students who are studying in the University Surcolombiana clinical areas, to which we applied the scale colleague THE PENN STATE OF MEDICINE. A descriptive analysis of the sociodemographic variables was performed, and the frequency of compliance with the attitudes and the order of importance of these given by students.

Results: the ítem of responsibility to maintain patient / physician relationship without trying to take personal financial gain, privacy or sexual benefits was the most important and 67.42% students always kept it. the Altruism, refusing to violate their own code of personal and professional conduct was the most important and 50.5% report ever meet it. In service, look no further your career at the expense of others was the highest in order of importance and 59.5% always made it. In excellence, the most important thing is to recognize their own limitations and 50.5% always recognized. The most important integrity and honesty is to assume responsibilities in making decisions about patient care, 47.19% always assumed. To respect is important was to defend the interests of the patient or research subject over the personal interest and the majority, 49.4% of students always do.

Conclusions: The attitudes of undergraduates students were positive and oriented to the professionalism, showing respect for the patient and colleagues, as well as a constant desire for personal improvement. It is important that the university curriculum include explicit teaching of medical professionalism as a transverse component where all courses and programs to create critical thinking and ability to solve is integrated real problems in the medical task.

Key words. Professionalism, medical students, scale, attitudes, medical education.

INTRODUCCIÓN

Formar de manera integral a los estudiantes universitarios siempre ha sido uno de los principales propósitos de la educación en aras de garantizar un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Es así, como la idea de profesionalización adquiere especial relevancia cuando se habla de la formación de los médicos, profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que sin lugar a dudas implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general.

Uno de los objetivos fundamentales de la educación médica está orientado a la formación de profesionales íntegros preparados no solo para el mantenimiento de la salud sino también para el alivio del sufrimiento, la curación de la enfermedad, el control de la pérdida innecesaria de vidas y el acompañamiento hacia una muerte digna, acciones que se encuentran en forma expresa, entre el médico que ejerce su profesión y la comunidad que demanda y exige sus servicios.

Es por esta razón que el trabajo que se lleva a cabo en las universidades no puede limitarse a la simple transmisión de conocimientos científicos ni al tampoco desarrollo exclusivo de habilidades técnicas, sino que también debe garantizar un desarrollo global de todas las dimensiones del individuo, para que incluya en el proceso todos los elementos científicos, tecnológicos, éticos, culturales, sociales y humanísticos que se requieren para la consolidación progresiva del profesionalismo médico. Todas las facultades de medicina están en la obligación de concientizar al total de sus estudiantes acerca de los principios y valores que regulan la práctica médica desde que inician sus actividades y de brindarles las herramientas que sean necesarias para reconocer y afrontar de forma correcta los problemas existentes entre los ideales médicos y un sistema de salud lleno conflictos éticos, económicos y sociales.

Hoy en día el profesional de la salud se siente con gran frustración debido a los constantes cambios en los sistemas de salud que se están presentando en casi todos los países industrializados, y ni que decir de los países en desarrollo como el nuestro, Colombia; cambios que amenazan la naturaleza y los valores más esenciales de la profesión médica.

Hay que reconocer que no solo la falta de ética y la constante despreocupación por el bienestar de todos los pacientes, sean las fallas de la medicina y las causas principales de su desprofesionalización. Por el contrario, se debe mirar al entorno,

donde se sabe que el comportamiento profesional es muy dependiente de las circunstancias del entorno que lo rodea.

Los estudiantes de medicina aprenden los conocimientos, habilidades, y actitudes necesarias para convertirse en médicos cada día más competentes. Estos conocimientos y habilidades son rigurosamente evaluados por parciales escritos y orales, además de la práctica del día a día con los pacientes. Sin embargo, la evaluación del comportamiento, incluyendo su profesionalismo, es generalmente por no decir que siempre, una evaluación subjetiva, no sistemática y por consiguiente insuficiente. Esto representa un verdadero inconveniente por varias razones. Primero, universidades están dejando un vacío para los futuros programas de formación de posgrado, así como en la sociedad, al no evaluar de manera objetiva y precisa esta área. Actualmente hay muchas más quejas contra los médicos por problemas en la conducta poco profesional, que por la falta de conocimiento o de habilidades técnicas. Sin embargo, los estudiantes que muestran poco profesionalismo no pueden ser identificados en el sistema actual, y son promovidos académicamente sobre la base única de su desempeño adecuado en pruebas de conocimientos, habilidades y un buen comportamiento subjetivo. En segundo lugar, al estudiante no se les está dando la información con respecto a este aspecto, ni tampoco se le brinda la retroalimentación correspondiente para lograrla sensibilización e ir mejorando en los aspectos que tengan falencias.

1. ANTECEDENTES

La práctica médica actual en todas las culturas y países enfrenta una serie de retos sin precedentes, como son las disparidades entre las legítimas demandas de la población cambiante biológica y culturalmente y los recursos disponibles para satisfacer tales, así como las presiones que sobre el médico ejerce los nuevos modelos de sistemas de salud. En las últimas décadas la investigación se ha volcado sobre la educación médica de pre y posgrado con el fin de analizar la tensión y dinámica del entrenamiento profesional y el entorno¹. Cada vez es más evidente la preocupación de la sociedad por la calidad profesional del médico y diversas estrategias han surgido para contrarrestar esto, siendo una de las más importantes la inclusión de los conceptos relevantes de profesionalismo en el proceso educativo impartido en las escuelas de medicina, así como posgrado y formación continua².

La comunidad médica tiene un contrato social o compromiso tácito con la comunidad y el paciente individual. Se afirma que el ejercicio de la medicina es un cometido moral, donde han de profesarse de manera continua y sin restricciones una serie de principios como la honestidad, la integridad, el altruismo y la excelencia, haciendo de esta una profesión diferente a las demás en todas sus dimensiones³.

Los pacientes aspiran ser atendidos por buenos médicos, aquellos que los escuchan, tratan de aliviar sus problemas, les informan adecuadamente de su estado de salud y demuestran preocupación por su bienestar, es decir en pocas palabras servir al paciente por encima de todo, siguiendo el imperativo hipocrático.

Para adentrarnos en el profesionalismo es importante conocer la esencia de este, el acto médico. En este acto hay dos seres partícipes, el enfermo y el sanador, el uno aquejado por dolencias de diversa índole y el otro poseedor del conocimiento necesario para aliviarlo. Las relaciones presentes aquí han ido evolucionando. Desde las épocas primitivas el papel de sanador era representado por los chamanes, sacerdotes o magos, que ejercían a través de la imploración a las divinidades y la naturaleza, el progresar de este se da hacia una esfera profesional que involucra el conocimiento, relega lo divino y la superstición y se basa en la naturaleza no como sanadora per se, sino que elemento manipulable para aliviar⁴.

La influencia del médico sobre la persona necesitada no solo es evidente desde el punto benéfico, ya que en su saber puede no sólo curar, sino también dañar y hasta matar. Por tal motivo fueron apareciendo reglamentos y códigos de justicia.

En estos códigos como el de Hammurabi, se dejan ver conductas exigibles y así mismo punibles a los médicos en caso de fallas. Estas acciones garantizaban cierto grado de responsabilidad al momento de la ejecución de técnicas y asegurar de este modo la confianza de parte del paciente, elementos todos de las raíces del profesionalismo⁵.

Desde antes de Cristo la medicina ya era considerada como un saber técnico que requería dedicación, estudio y entendimiento específicos, así como una conducta esperable y admirable por parte de quien la ejercía. En la Grecia clásica es donde la medicina crece dentro del entorno profesional, configurándose normas para su entorno y filosofía en sus fundamentos. Se comienza con la acepción de la “*phylia*” o amistad entre médico y paciente, entendida como una corriente espiritual del uno hacia el otro, que a través de la curación de la enfermedad tendía a restablecer la armonía de la naturaleza del enfermo. De parte del enfermo se expresa confianza, tanto en la ciencia y el arte de la medicina como en la persona conocedora de la misma y encargada de su aplicación⁶. Para hacerse acreedores de esta confianza, cultivarla y acrecentarla los médicos debían actuar conforme a los códigos de conducta y ética para la ética, como por ejemplo el *Corpus Hipocraticum*⁷.

Más allá de los esbozos de autorregulación médica existentes y que buscaban gestar el incipiente profesionalismo en aquellos selectos practicantes de la medicina, la sociedad griega atentaba contra la misma, ya que ejercía como ente discriminatorio, la asistencia sanitaria difería según el estrato social. Existía una medicina para esclavos y otra para libres, y dentro de esta para ricos y para pobres. A los esclavos les atendía rudos practicantes sin gran conocimiento académico más que el de la burda técnica que pudiesen aprender mediante la observación. La comunicación verbal era mínima y el trato en general denigrante. En cambio para los pacientes libres y ricos el trato era individualizado, con uso constante del diálogo reconfortante y persuasivo, se hacía una consulta integral abarcando no solo la parte biológica posiblemente afectada sino la esfera social del enfermo. La dieta y el reposo, elementos de los cuales un pobre no podía disponer, eran terapias esenciales⁸.

Avanzando, nos encontramos en los siglos XVI y XVII donde la secularización empezó a establecerse firmemente en la cultura occidental, la relación entre el médico y el paciente se vio amenazada en múltiples aspectos y por múltiples factores. Ya no era influenciada por la fraternidad sino por el ánimo de lucro. Otro factor es la cosificación del paciente, donde este como persona queda relegado y su identidad es un número de cama o una patología. De esta manera se ha implantado una reflexión acerca de los valores tradicionales que rigen la medicina,

buscando dar nueva fundamentación a las conductas esperables en el cultivo de la profesión.

El desarrollo científico ha llevado a la medicina a un ámbito de debate ético gracias a las nuevas tecnologías que permiten un control previamente insospechado ante la vida y la muerte, así como manipulación genética, trasplante de órganos, etc.

En la actualidad, el profesionalismo médico ha sido motivo de un especial y creciente interés, hecho que se demuestra en 2.677 artículos incluidos en *Medline*, de los cuales 1.688 (63%) corresponden a los últimos diez años y 1.096(41%) a los últimos cinco años⁹.

Algunos de estos estudios buscan profundizar y llegar a las raíces del problema mediante la investigación de la relación médico-paciente, desde la perspectiva del estudiante, tal y como lo hace Beca en 2007, donde se resalta de parte de ellos que, “los estudiantes tenemos derecho a tener un paciente con quien aprender, pero siempre y cuando cumplamos con nuestros deberes de tratar bien al enfermo, ser respetuoso y no hacer algo que no sabemos. Aunque lo sepa, si incomodo al paciente no debemos hacerlo”¹⁰.

La *American Board of Internal Medicine*, en su informe “*Professionalism Project*”, discutió el problema de la pérdida de profesionalismo durante la formación médica. Mientras que el conocimiento y habilidades técnicas mejoran notablemente durante los cuatro años de la escuela de medicina, existen bastantes pruebas, y evidencia cuantitativa, de que el comportamiento profesional puede disminuir en este período^{11,12,13}.

El Consejo Médico General en el año de 1993, delinea una serie de estándares bajo el título “*Tomorrow Doctors*” que más allá de las actualizaciones siguen vigentes. Abarca parámetros y recomendaciones haciendo hincapié en la inclusión del profesionalismo dentro de los currículos de las facultades de medicina. Durante el 2010, en la Universidad *Bristol Medical School* se introdujo en el currículo durante un periodo de cinco años, una serie de tutoriales, aplicados como listas de chequeo que buscaban lograr los objetivos propuestos en *Tomorrow Doctors*. Los resultados indican que no hay unanimidad en la aceptación de este modelo, se considera que la aplicación de los cambios al currículo no fue del todo certera, y es considerada por algunos como irrelevante, obvio, tedioso e innecesario. La guía por parte de tutores en la enseñanza del profesionalismo resulta relevante, pues como se puede ver los estudiantes pueden

de manera inicial no considerar la magnitud de los cambios y la importancia de estos¹⁴.

Fasce, de la Universidad de Concepción de Chile, nos muestra los diferentes atributos profesionales que los estudiantes de primer año de medicina consideran primordiales para ser “buen médico”, para luego ser comparados con aquellos que los médicos en ejercicio opinan, mediante el modelo de disponibilidad léxica. Los conceptos entre estudiantes y médicos son similares y coinciden en muchos aspectos, tales como excelencia, responsabilidad, amabilidad, empatía, etc. En los que no sucedía lo mismo, hacen referencia a ámbitos profesionales con los cuales los estudiantes no se relacionan. Por último la comparación con el Proyecto Profesionalismo, indica que los términos per se no parecen corresponder, pero aquellos seleccionados por médicos y estudiantes dentro de sus significados abarcan virtudes y características consideradas esenciales para el profesionalismo¹⁵.

En Colombia los pocos datos sobre profesionalismo los tomamos de Bustamante, quien aplica la escala *THE PENN STAGE COLLEAGUE OF MEDICINE*, a la Universidad de la Sabana, realizando una adaptación cultural de la misma, y evidenciando que pese a encontrar muchas actitudes profesionales de manera subjetiva en los estudiantes, los comportamientos deben correlacionarse adecuadamente. Adicionalmente, las diferencias culturales son importantes al momento de definir el profesionalismo por los estudiantes¹⁶.

Ante tal pesimista escenario, la profesión reclama rescatar, de sus orígenes, sus virtudes ancestrales; lo que, en versión secularizada, se llama “**profesionalismo**”, pero que comprende, integra y hace relevantes los valores más hondos y tradicionales con que la evolución y la historia de la humanidad ha, siempre, destacado el ejercicio profesional de un acendrado humanismo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina como objetivo y propósito moral se enmarca en una serie de principios como el altruismo, la integridad y la excelencia profesional, que conforman las raíces del profesionalismo médico y el contrato social establecido con la comunidad¹⁷.

Busca la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, el alivio del dolor y el sufrimiento, la asistencia en la enfermedad avanzada y progresiva y el acompañamiento asistencia idóneo en la muerte¹⁸. Por ende es ideal, hoy en día la formación de médicos que busquen el cumplimiento de esos objetivos, con humanismo y sentido social, tal y como se inscribe implícitamente en los valores de la medicina.

Hay que comprender, que la formación integral no se fundamenta exclusivamente en la adquisición de información, el desarrollo de destrezas y el perfeccionamiento de competencias, sino que busca integrar en el individuo aquellas habilidades que ayuden a considerar la vida como un continuo de aprendizaje, determinando en cada persona la responsabilidad a la par de la potencialidad de los talentos¹⁹.

Actualmente la salud y la medicina enfrentan uno de sus mayores retos, y es el de la desprofesionalización médica. Cabe recordar que el profesionalismo médico debe estar fundamentado en las características del contexto en el cual se desarrolla y relacionarse así mismo con las condiciones cotidianas que influyen el quehacer profesional²⁰. Existen tres principios fundamentales que sirven de asiento para el profesionalismo y gestan una serie de responsabilidades que caracterizan la práctica médica, a saber: primacía del bienestar del paciente sobre cualquier interés del médico o sistema de salud; autonomía del paciente en cualquier toma de decisión relacionado a su estado de salud y la obligación del médico para la aplicación de los principios de justicia social y equidad en la distribución y participación en los recursos de salud disponibles, eliminando cualquier y no siendo partícipe en cualquier forma de discriminación en la atención en salud²¹.

La comercialización de la salud, las condiciones en que se desarrolla la práctica profesional, la presión de los gremios y asociaciones en busca de beneficios personales e institucionales, la competitividad deshumanizada del sector y la primacía de los intereses individuales de algunos médicos sobre la sociedad que demanda sus servicios se han convertido en una gran amenaza para el cometido fundamental de la medicina²².

La profesionalización médica es un proceso constante que se desarrolla a partir del conocimiento especializado al servicio de la comunidad, de la autonomía para el establecimiento y mantenimiento de estándares de calidad en el ejercicio médico así como la autorregulación de los mismos, y por último la responsabilidad y el compromiso del profesional con el crecimiento personal de sus conocimientos. Los cambios en las relaciones de la sociedad y el médico, aunado a los crecientes reportes de errores e iatrogenia presentes hasta en los mejores centros médicos llevan a la pérdida de la confianza en la profesión²³. Estos factores, de carácter interno son claves en el fenómeno de desprofesionalización.

Los factores que de manera externa influyen el ejercicio son diversos y se relacionan de manera paralela al crecimiento tecnológico y el progreso, los cambios en las fuerzas de mercado, los problemas de acceso y provisión de servicios de salud. El progreso tecnológico teniendo como único fin el progreso en sí mismo, lleva a la deformación y desconocimiento posterior de los ideales médicos, el fin pasa a un segundo plano y los medios dominan el panorama. Esta situación lleva a un sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado, la salud se vuelve económica pero políticamente insostenible²⁴.

La reforma a la Ley 100 de 1993 se funda bajo principios modernos de justicia y seguridad social integral, con cobertura universal, libre competencia y mejor aún, libre escogencia por parte del usuario buscando la promoción de la calidad de una manera eficiente. Sin embargo, la implementación ha dejado en evidencia las fallas del sistema, donde se favorece el sector privado, el poder de decisión se sustrae del ámbito intelectual y pasa a manos de la burocracia administrativa y el médico se convierte en operario que debe generar la mayor cantidad de utilidades posible. Se impone una interpretación económica de la medicina con negación del humanismo como herramienta vital del ejercicio y una de sus más puras muestras²⁵.

Con la implementación de dicha ley, se pone al médico frente a un dilema de carácter ético: por una parte el beneficio social principio que origina dicha ley y por otra, la suplantación y desvanecimiento del imperativo hipocrático de defender los intereses del paciente por el mandato burocrático de las empresas intermediarias que administran los recursos de la salud²⁶.

La pérdida de autonomía en la toma de decisiones que buscan el bienestar de quien en nuestra ayuda acude, por las imposiciones de la estructura administrativa son el más claro indicador de desprofesionalización. El ejercicio de la medicina se basa en toma de decisiones en un ámbito intelectual, basado en evidencias científicas, es un acto de humanismo basado en la lógica del conocimiento y la

aplicación de información. Pero los recursos destinados al crecimiento científico no son importantes, ya que las decisiones se toman en base a principios de costo-beneficio. Al convertirse el paciente en cliente, se pierde la dimensión humanitaria y social²⁷.

Motivados por el profundo interés que a nivel mundial, particularmente en América latina y de manera más puntual en Colombia, se ha depositado en la búsqueda de escalas, que permitan una evaluación objetiva de la evolución que tienen los estudiantes con relación al profesionalismo durante los años de permanencia en las facultades de medicina, se decidió aplicar la adaptación cultural de una escala previamente validada en el *PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE* y la Universidad de la Sabana de Bogotá²⁸, a la Universidad Surcolombiana de Neiva, centro de estudios generador de una gran cantidad de profesionales de la salud para el suroccidente colombiano, en el ámbito de pregrado, así como posgrados clínicos con el firme propósito de identificar fallas en los programas y a su vez, iniciar el mejoramiento de los mismos, tratando de responder a la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de profesionalización demostrado por los estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana, que cursan los semestres de áreas clínicas en el año 2014?

3. JUSTIFICACIÓN

El profesionalismo concebido como una relación entre la profesión médica y la sociedad con bases en la moral, ejerce como fuerza estabilizadora de la sociedad, protegiendo no sólo las personas vulnerables como es debido, sino también a los valores sociales²⁹. Además, ante la creciente divergencia entre las expectativas de la sociedad y de la medicina, el profesionalismo es el factor que salva la brecha.

En los Estados Unidos pese a que la mayoría de facultades de medicina reconoce la importancia de la profesionalización como elemento crítico en la formación integral en pregrado, sólo 10% tienen un contenido relacionado de manera explícita en sus diseños curriculares³⁰.

En América Latina y especialmente en Colombia, no aparece de forma explícita el profesionalismo en los planes de estudio de las facultades de medicina, ni en las publicaciones se evidencian estudios que validen escalas en profesionalismo en estudiantes de medicina.

Por ende resulta preponderante realizar una investigación en el campo de la profesionalización médica que permita responder a los retos actuales en el campo del ejercicio profesional ideal, para la restauración social y el equilibrio de la moral humanista de la medicina, así como la formación integral de los jóvenes.

Por último buscamos que con dicha escala se pueda iniciar una era de mejoramiento desde lo personal hasta lo académico en los estudiantes de esta disciplina, que permitan además el inicio de publicaciones que nos den a conocer la evolución de la calidad académica y profesional, con el objetivo final de presentarnos ante la comunidad mundial como un país líder en educación médica y específicamente en los aspectos que tienen que ver con el profesionalismo médico.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las actitudes del profesionalismo en estudiantes de medicina de quinto a decimosegundo semestre de la Universidad Surcolombiana en el año 2014 mediante la aplicación de la escala del “The Penn State College of Medicine” desde febrero a septiembre, adaptada culturalmente a Colombia por la Universidad de La Sabana

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características socio demográficas de los estudiantes incluidos en el estudio

Caracterizar cada una de las actitudes hacia el profesionalismo en los estudiantes de medicina, incluidas en la escala (responsabilidad, altruismo, servicio, excelencia, integridad y honestidad, respeto)

Definir las similitudes y diferencias en los resultados obtenidos por la Universidad de la Sabana y la Universidad Surcolombiana en cuanto al nivel de profesionalismo demostrado por los estudiantes de medicina

Dar propuestas al currículo central de cómo debe ser enseñado el profesionalismo médico en los estudiantes de la Universidad Surcolombiana

5. MARCO TEORICO

Todo paciente aspira ser atendido por un buen médico, uno que los escuche, que trate de aliviar sus problemas, que les informe adecuadamente de su estado de salud y que demuestre preocupación por su bienestar, es decir en pocas palabras un médico que sirva al paciente por encima de todo³¹. El arte de la medicina es una empresa moral, intensamente moral, lo cual significa que la ética y el profesionalismo son sin lugar a dudas el fundamento de su actividad, y que la medicina actúa en la sociedad como una comunidad moral³².

Hoy en día es preciso comprender antes la naturaleza de la profesión médica y del trabajo médico. Para ello, se hace necesario retroceder hasta llegar a lo más esencial de la profesión: el acto médico³³. Los términos "profesión" y "profesionalismo" se refieren aquí a un grupo caracterizado por una *moral interna*, y constituido por las profesiones de la salud: medicina, enfermería, odontología y otras, las cuales, dentro de un contexto de moralidad fiduciaria, tienen como primer objetivo el servicio al público³³.

El papel sanador del aquel sacerdote se ejercía a través de la imploración a la divinidad, que podía actuar a través suyo. Su esfera profesional, se limitaba a las relaciones con la divinidad. El mago, en cambio, tenía como campo propio el conocimiento de conjuros que no imploraban sino que obligaban a la divinidad a actuar conforme a sus deseos. El médico, por su parte, si bien podía solicitar la ayuda de la divinidad, conocía más de la enfermedad y de tratamientos naturales para remediarla, lo que constituía su campo específico de acción³⁴.

Por otro lado, desde el período pre-técnico quedo en evidencia la enorme desigualdad entre los dos individuos presentes en el acto médico. El médico, de acuerdo a su saber, puede llegado el caso a curar pero también puede dañar y hasta matar, acciones que las sociedades han ido reglamentando a con el paso del tiempo través de la elaboración de códigos de justicia. Esto garantiza de alguna forma ciertas responsabilidades que los médicos deben tener en cuanto a asegurar la competencia técnica para llevar a cabo sus acciones y asegurar la así mismo la confianza de sus pacientes que están en la raíz de un primitivo profesionalismo³⁵.

A partir de 700 años A.C. que empieza a formarse una concepción de la medicina como un saber técnico, que requiere dedicación, estudio y comprensión específicos y una especie de código de conducta que se espera de quienes la ejercen como una profesión³⁶. Durante el actuar médico puro y esencial, se

descubren un conjunto de circunstancias que definen mejor al médico y al enfermo y que, en conjunto, contribuyen a la curación. En nuestra época se muestran características más importantes en cuanto a la definición o formación de la imagen de lo que es profesionalismo médico. Inicia con la *“phylía”* o amistad entre médico y paciente, entendida no como familiaridad o compadrazgo sino, como la corriente espiritual del uno hacia el otro que, a mediante de la curación de la enfermedad, levaba a restablecer la armonía de la naturaleza en el enfermo. De parte del enfermo, esta amistad se expresaba como confianza, tanto en la ciencia y arte de la medicina como en el médico en cuanto a ser el conocedor de esa ciencia y de ser el idóneo capacitado para usarla como arte en su curación³⁷. El médico para hacerse acreedor de tal confianza, debía actuar conforme a códigos esperables para la profesión para mantener y acrecentar su prestigio, incluso en los escritos “Sobre el médico” y “Sobre la decencia”, del *Corpus Hipocraticum*, se llegaban a recomendar hasta cómo se debían vestir y actuar los médicos, para poder hacerlo como diríamos hoy, con profesionalismo³⁸.

En cuanto al respecto religioso, los griegos consideraban, desde el mito de Prometeo, que la ciencia había sido arrancada a los dioses, que la medicina había sido enseñada por el Centauro Quirón a Asclepio, hijo de Apolo. Por esta conexión directa con la divinidad era que el médico merecía la confianza del paciente y de todo individuo, pero sólo en la medida que, con su conducta, demostrara ser digno de ella³⁹.

Por otro lado, la organización de la sociedad griega atentaba contra lo que hoy llamaríamos profesionalismo: el ejercicio de la medicina era discriminatorio, distinto según el estrato social del enfermo. Había una medicina para esclavos, otra para hombres libres; y dentro de ésta, era distinta la medicina para los hombres libres ricos y la medicina para pobres. A los esclavos no les atendían médicos educados sino rudos practicantes, casi siempre esclavos de médicos al lado de quienes habían aprendido alguna técnica. La comunicación verbal de éstos con el enfermo era mínima: “a los esclavos los tratan por lo general los esclavos, ya sea corriendo de un lado a otro o permaneciendo en sus consultorios; ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad de cada uno de estos esclavos, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviere perfectamente al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano, y pronto salta de allí en busca de otro esclavo enfermo, y así alivia a su dueño del cuidado de atender a tales pacientes⁴⁰.”

Por otro lado para los pacientes libres y ricos el trato era individualizado a través del diálogo reconfortante y persuasivo, en el cual se hablaba no sólo sobre la enfermedad sino sobre la vida del enfermo para indicar un tratamiento conforme a

ella. Parte importante de éste era la dieta y el tiempo necesario para el reposo, del cual un pobre no podía disponer⁴¹.

Es así como han surgido las poderosas amenazas que la profesión percibe hoy y que han llevado a la reflexión acerca de sus valores tradicionales, para derivar de ellos o dar nueva fundamentación a las conductas esperables en el cultivo de la profesión.

El desarrollo científico ha impulsado al médico a una situación de poder previamente insospechado ante la vida y la muerte, entre otros factores por la manipulación genética y reproductiva, los trasplantes de órganos y la indefiniciones en los límites de la vida y de la muerte⁴².

Frente tal escenario poco optimista, la profesión reclama rescatar, de sus orígenes, sus virtudes ancestrales; lo que, en versión secularizada, se llama “profesionalismo”, pero que comprende, integra y hace relevantes los valores más hondos y tradicionales con que la evolución y la historia de la humanidad ha, siempre, destacado el ejercicio profesional de un acendrado humanismo⁴³.

5.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

La definición del Diccionario de la Real Academia Española es más lacónica: *profesional* es la persona que ejerce una profesión, y *profesionalismo* es el cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro⁴⁴.

Otro concepto de profesionalismo médico incluye cuatro componentes fundamentales:

Primero: Conocimiento especializado, o sea erudición y sabiduría en la medicina como ciencia.

Segundo: Autonomía en la toma de decisiones, que, en el caso específico de la medicina constituye la esencia del acto médico.

Tercero: Compromiso de servicio a la sociedad, en el contexto ético, moral y deontológico de la medicina.

Cuarto: Autorregulación, que diferencia a las profesiones de los oficios⁴⁵.

El conocimiento, la inteligencia médica: El conocimiento biomédico es vasto, y crece día a día con gran rapidez. La investigación científica acrecienta el conocimiento, el cual debe ser puesto al servicio de la sociedad. Es deber del médico velar por este objetivo, evitando que sea interferido por mal concebidas regulaciones gubernamentales o por intereses corporativos. El conocimiento médico constituye el capital intelectual de la medicina, el cual debe ser salvaguardado e incrementado por cualquier sistema de salud a través de programas de capacitación, educación continuada, investigación y el establecimiento de bibliotecas y facilidades de informática. Es obligación del médico actualizar en forma permanente su capital intelectual, que es el primer escalón en la construcción de la idoneidad⁴⁶.

La autonomía en la toma de decisiones: Diferencia a una profesión de un oficio. En el caso de la profesión médica no puede ser abolida por decisiones burocráticas provenientes de empresas intermediarias, cuyo objetivo principal es la contención de costos. Pero el profesionalismo médico implica que los profesionales sean conscientes de la disponibilidad de recursos y tengan la capacidad de negociar las prioridades sociales a fin de lograr un equilibrio entre los valores de la medicina y otros valores de la sociedad.⁴⁷

El compromiso de servicio social: En términos de velar con altruismo por la salud de las poblaciones. Esta es la razón de ser de la medicina, este es su principal objetivo. Aristóteles dijo que el fin de la medicina es la salud de las gentes, y el imperativo hipocrático establece un propósito de beneficencia social para la medicina, en un contexto ético, moral y deontológico. Este compromiso se inicia con la relación médico-paciente, donde el médico es el agente del paciente como fideicomisario de la confianza que en él o ella deposita. Esta relación constituye la esencia del contrato social de la medicina, y se extiende no sólo al individuo sino a la comunidad. En tal capacidad, el médico tiene la obligación moral de disentir de políticas o actividades corporativas que erosionen los valores fundamentales de la atención de la salud. Aquí reside la diferencia entre el verdadero profesional y un simple doctor al servicio de una compañía⁴⁸.

La autorregulación: Las profesiones se regulan a sí mismas por diversos mecanismos de control; en contraste, los oficios son regulados desde fuera. La medicina ha establecido en el devenir de su historia una recia estructura autorregulatoria a través de códigos de ética, estándares de práctica profesional, comités de auditoría, acreditación y certificación por pares y tribunales de ética médica. El fortalecimiento de los mecanismos de autorregulación es garantía de

idoneidad para la sociedad, y éstos nunca deben ser sustituidos por regulaciones emanadas de entes estatales o privados⁴⁹.

El profesionalismo es considerado actualmente como un grupo de valores, conductas y relaciones que fundamentan la confianza que el público deposita en los médicos. En gran medida la calidad de la atención médica depende de las actitudes y conductas del personal de la salud⁵⁰.

Gracias a los drásticos cambios que se están llevando a cabo en los sistemas de salud y a los resultados que estos han traído para la profesión médica. Se han realizado diferentes reuniones entre la Federación Europea de Medicina Interna, el ACP-ASIM (*American College of Physicians-American Society of Internal Medicine* [Colegio Americano de Médicos-Sociedad Americana de Medicina Interna]) y el ABIM (*American Board of Internal Medicine* [Comité Americano de Medicina Interna]) donde han confirmado que la concepción sobre la profesión que tienen los diferentes sistemas de salud son muy similares, en cuanto a que el compromiso de la medicina con el paciente se enfrenta a toda una serie de desafíos impuestos debido a causas externas derivadas de los cambios que está experimentando la sociedad actual⁵¹.

Hace ya varios años se empezó a alzarse la voz procedente de diversos países, los cuales reclamaban una nueva definición de la profesión que retomara la participación activa de los médicos en la reforma de los sistemas de salud. Como respuesta a este desafío, la Federación Europea de Medicina Interna, la Fundación ACP-ASIM y la Fundación ABIM aunaron sus esfuerzos y lanzaron el *Proyecto sobre la profesión médica* a finales de 1999. Estas tres organizaciones designaron a varias personas para que redactaran unos «estatutos » que recogieran los principios que todos los profesionales médicos deberían suscribir. Los estatutos defienden los esfuerzos de los facultativos para asegurar que tanto el sistema sanitario como aquellos que desempeñan su actividad en él velan por el bienestar del paciente y se atienen a los principios básicos de la justicia social. Estos estatutos nacen con la ambición de ser aplicados en sistemas políticos y culturas diferentes⁵².

En su preámbulo estos estatutos plasman: La profesión constituye la base del contrato de la medicina con la sociedad. El ejercicio de la profesión exige situar los intereses de los pacientes por encima de los del propio médico, fijar y cumplir los estándares de competencia e integridad y prestar a la sociedad un asesoramiento experto en materia de salud. Los principios y responsabilidades de la profesión médica deben ser perfectamente entendidos tanto por los profesionales de este ramo como por la sociedad en su conjunto. Es esencial para este contrato que la

población confíe en los médicos; para que exista esta confianza es necesario que tanto cada facultativo en particular como la profesión en general demuestren su integridad⁵³.

En la actualidad el ejercicio de la profesión médica hace frente a la expansión tecnológica, a las fuerzas cambiantes del mercado, a los problemas de prestación de asistencia sanitaria, al bioterrorismo y a la globalización. En consecuencia, los facultativos encuentran cada vez más difícil cumplir sus responsabilidades con los pacientes y la sociedad. En vista de esto se hace importante reafirmar los principios y valores fundamentales y universales de la profesión médica, que siguen siendo los ideales a los que todo médico debe aspirar, resulta imprescindible.

Así la profesión médica este fielmente arraigada en la cultura y tradición de cada país, todos sus integrantes comparten el papel de «sanador», cuyos orígenes se remontan a Hipócrates. El médico y en si la profesión médica lidia con complicadas fuerzas políticas, legales y comerciales. Es más, existen grandes diferencias en la prestación de asistencia y en la práctica médica, a través de las cuales es posible expresar cualquier principio general de un modo sutil o bien explícito. Pese a estas diferencias, también existen aspectos comunes, que son precisamente los que constituyen la base de estos estatutos. Se trata de tres principios fundamentales y un compendio de responsabilidades profesionales definidas⁵⁴.

5.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES⁵⁵

Principio de primacía del bienestar del paciente: Se refiere a la obligación de servir los intereses del paciente, con altruismo en la construcción de la relación médico-paciente. Ni las fuerzas del mercado, ni las presiones sociales, ni las exigencias administrativas pueden interferir con la aplicación de este principio.

Principio de la autonomía del paciente: Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente, deben ser honestos y darle el poder para la toma de decisiones informadas sobre su tratamiento. Pero las decisiones del paciente no deben ir en contra de las prácticas éticas ni dar lugar a demandas por atención inadecuada.

Principio de justicia social: La profesión médica debe propender por la justicia en los sistemas de salud, incluyendo la adecuada distribución de los recursos. Los

médicos deben esforzarse en eliminar la discriminación en los servicios de salud, sea por raza, género, estatus socioeconómico, etnia, religión o cualquiera otra categoría social⁵⁶.

5.3 RESPONSABILIDADES PROFESIONALES⁵⁷

Compromiso con las competencias profesionales: Los médicos deben estar comprometidos con el aprendizaje de por vida para mantener actualizados su conocimiento y habilidades en tal forma que siempre puedan prestar servicios de calidad, y la profesión médica establecer mecanismos para garantizar este objetivo.

Compromiso de honestidad con los pacientes: Este compromiso implica que el médico provea información completa y honesta al paciente antes de su consentimiento para iniciar tratamiento. Si un paciente resulta lesionado como consecuencia del tratamiento, él o ella deben ser prontamente informados. El reporte en el análisis de los errores médicos sirve para la prevención y la implementación de estrategias de compensación.

Compromiso con la confidencialidad: La confianza del paciente depende en grado extremo de la confidencialidad. Este principio es hoy de capital importancia, dada la amplia utilización de los medios electrónicos y la creciente accesibilidad a información genética. Sin embargo, el médico debe considerar el sacrificio de la confidencialidad si se pone en peligro el bien público, por ejemplo el daño que puede ocurrir a otros.

Compromiso de mantener buenas relaciones con los pacientes: Dada la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes, se deben evitar determinadas relaciones entre los médicos y sus pacientes, especialmente en cuanto a asuntos sexuales, explotación financiera u otro propósito similar.

Compromiso de mejorar la calidad de la atención: Los médicos deben estar continuamente empeñados en la superación de la calidad de la atención. Esto se refiere no sólo a mantener sus competencias, sino también a la colaboración con otros profesionales para reducir el error médico, elevar los niveles de seguridad del paciente, minimizar la excesiva utilización de los recursos y optimizar el resultado final de la atención. Este propósito debe ser tanto una acción individual, como una acción colectiva a través de las asociaciones y sociedades profesionales y científicas.

Compromiso de mejorar el acceso a los servicios de salud: Los médicos, en forma individual y colectiva, deben preocuparse por reducir las barreras al acceso a servicios de salud equitativos y de calidad.

Compromiso con una distribución justa de los recursos finitos: El médico, al tiempo que brinda una atención adecuada para las necesidades del paciente, debe tener en cuenta el uso juicioso y costo-efectivo de los limitados recursos. La provisión de servicios innecesarios puede resultar en daño al paciente y desperdicia los recursos que deben estar disponibles para otros.

Compromiso con el conocimiento científico: Mucho del contrato social de la medicina con la sociedad se basa en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y de la tecnología. Los médicos deben ser baluartes de los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevos conocimientos.

Compromiso de mantener la confianza manejando los conflictos de interés: Los médicos y sus organizaciones se enfrentan a oportunidades que pueden poner en peligro sus responsabilidades profesionales cuando aceptan ganancias económicas o ventajas personales. Esto puede ocurrir en la relación con las industrias con ánimo de lucro, incluyendo las de los equipos médicos, las compañías aseguradoras y las casas farmacéuticas.

Compromiso con las responsabilidades profesionales: Como miembros de una profesión, los médicos deben trabajar en colaboración a fin de maximizar la calidad de la atención, respetarse los unos con los otros y participar en el proceso de autorregulación, el cual incluye aplicar medidas disciplinarias a quienes fallen en la observación de los estándares profesionales⁵⁸.

5.4 MEDICIÓN DEL PROFESIONALISMO

Existen importantes cuestionarios y escalas muy utilizados en medicina para evaluar el estado de salud, la capacidad funcional, la localización e intensidad del dolor, la calidad de vida y los aspectos psicosociales de pacientes con diversas enfermedades. Esos instrumentos se han utilizado en investigaciones en la práctica clínica para evaluar la eficacia de tratamientos o intervenciones, en la evaluación de los servicios de salud y en programas de salud.

Pensylvania State University College of Medicine, validó una escala para valorar las actitudes de profesionalismo en estudiantes de medicina. Esta escala fue confiable y reveló siete elementos del profesionalismo: *el altruismo, el servicio, la excelencia, la equidad, honestidad e integridad y el respeto*. De esto siete elementos emergen finalmente seis que son los que se evalúan en la escala (*responsabilidad, altruismo, servicio, excelencia, honestidad e integridad y respeto*). Dicha escala fue aplicada a estudiantes de medicina, internos y docentes de las áreas clínicas y quirúrgicas, con el fin de conocer el estado actual del profesionalismo y generar cambios curriculares mediante el seguimiento de las variaciones en las actitudes hacia la profesionalización a través del tiempo.⁵⁹

La escala consta de 6 grupos que representa cada uno de los elementos del profesionalismo, y cada uno de ellos con 6 preguntas (ítems), que reflejan diferentes actitudes, que engloban cada uno de los elementos del profesionalismo médico. A cada actitud debían responder en dos sentidos; frecuencia de cumplimiento y orden de importancia de cada actitud. A continuación se enumeran cada uno de los grupos con sus correspondientes actitudes.

5.4.1 Grupo 1. Responsabilidad.

- Mantiene los estándares científicos y basa sus decisiones en evidencia científica y experiencia.
- Mantiene relaciones médico/paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales.
- Se toma el tiempo para revisar el trabajo de sus colegas y suministrar comentarios y sugerencias significativas y constructivas para mejorarlo.
- Busca mejoramiento personal.
- Reporta información de manera consistente, precisa y honesta.
- Evita hacer comentarios ofensivos y críticas indelicadas o injustas hacia otros compañeros.

5.4.2 Grupo 2. Altruismo.

- Muestra interés en iniciar y ofrecer ayuda para el desarrollo profesional y personal de un colega.
- Promueve el bienestar y desarrollo del profesorado joven.
- Se rehúsa a violar su propio código de conducta personal y profesional.
- Aprecia y respeta la naturaleza diversa de los sujetos de investigación y/o pacientes y honra dichas diferencias en su trabajo.
- Asiste a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo.
- Trabaja respetuosamente en colaboración con el equipo en beneficio de proveer un mejor cuidado del paciente o como contribución a la investigación.

5.4.3 Grupo 3. Servicio.

- Participa en procesos de acción correctiva en contra de aquellos que incumplen con los estándares de conducta profesional.
- No busca avanzar en su carrera a costa de otros.
- Ofrece voluntariamente su experiencia y habilidades para el bienestar de la comunidad.
- Cumple con sus obligaciones y compromisos de manera seria.
- Respeta los derechos, la individualidad y diversidad de pensamiento de colegas y estudiantes.

- Contribuye significativamente a la misión de enseñanza del departamento y la Escuela de Medicina.

5.4.4 Grupo 4. Excelencia.

- Manifiesta compasión.
- Demuestra adaptabilidad al responder a necesidades y prioridades cambiantes.
- Promueve la justicia dentro del sistema de salud demostrando su esfuerzo por eliminar la discriminación dentro del mismo.
- Respeto la autonomía de los pacientes y les ayuda a tomar decisiones informadas.
- Asume el liderazgo en el manejo de pacientes.
- Reconoce sus propias limitaciones.

5.4.5 Grupo 5. Integridad y honestidad.

- Asume su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente.
- Participa en actividades enfocadas a lograr una excelencia en el cuidado de los pacientes.
- Informa sobre errores médicos o de investigación.
- Su comportamiento demuestra un compromiso hacia la confidencialidad.

- Adopta estándares uniformes y equitativos hacia el cuidado de los pacientes.
- Demuestra empatía.

5.4.6 Grupo 6. Respeto.

- Defiende los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal.
- Divulga los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales.
- Se viste de manera profesional y respetuosa hacia los demás.
- Responde a la crítica constructiva buscando mejorar sus capacidades en el área criticada.
- Está comprometido en la implementación de un cuidado rentable del paciente.
- Presenta la información y actúa honestamente.

5.5 ADAPTACIÓN CULTURAL DE LAS ESCALAS

Herdman y col en 1998 proponen un modelo más amplio que la simple traducción de la escala para la selección y aplicación de las escalas en diferentes culturas. Este modelo está basado en que el concepto de Calidad de Vida varía transculturalmente y que por lo tanto estas diferencias deben explorarse. Sugieren estudiar seis tipos de equivalencia: conceptual, semántica, operacional, de los ítems, de medición y funcional⁶⁰.

Nijten y col. en el 2007 evaluaron las diferencias transculturales comparando los resultados de dos escalas de Calidad de Vida aplicadas en pacientes con psoriasis en diferentes países; concluyen que hay diferencias en las respuestas de

los pacientes con el mismo nivel de efecto de la enfermedad sobre la Calidad de Vida, cuando se evalúan en diferentes países, por lo que un instrumento no debe ser utilizado sin una adecuada adaptación cultural⁶¹.

Guyatt G en el 2007 propone que para realizar la adaptación cultural de una escala es importante tener en cuenta dos aspectos: la evaluación lingüística que evalúa aspectos de equivalencia entre el instrumento original y la versión obtenida y la evaluación psicométrica. Diferentes grupos han estandarizado los pasos que deben seguirse para la validación lingüística de las escalas, que varían si la escala se traduce desde el idioma original o si ya existe una versión en el idioma en que se quiere aplicar. De igual manera los criterios para la validación psicométrica han sido continuamente evaluados⁶².

La adaptación de la escala utilizada para medir el nivel de profesionalización de los estudiantes de medicina de quinto a decimosegundo semestre de la Universidad Surcolombiana fue hecha para Colombia por la Universidad de la sabana.

6. HIPOTESIS

El nivel de profesionalización de los estudiantes del Programa de medicina de las áreas clínicas de la Universidad Surcolombiana es igual al obtenido por estudiantes de medicina de la Universidad de la Sabana de Bogotá y de universidades americanas donde ha sido aplicada la escala.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. Variables, definición y nivel de medición.

VARIABLE	SUBVARIABLES	Definición	Categorías	Nivel de Medición
SOCIODEMOGRAFICAS Variables de las características sociales y demográficas de la población.	Edad	Años del estudiante	Número años	Cuantitativa, continua
	Sexo	Características de género de cada estudiante	Masculino Femenino	Cualitativa, nominal
	Semestre	Nivel de educación semestral que se encuentre	5,6,7,8,9,10 11,12	Cualitativa, ordinal
	Residencia	Domicilio del estudiante	Urbana Rural	Cualitativa, nominal
	Estado civil		Soltero Casado Unión libre	Cualitativa, nominal
	Ciudad de origen	Lugar donde proviene	Neiva o fuera de Neiva	Cualitativa, nominal
	Estrato		1,2,3,4,5,6	Cualitativa,

	socioeconómico			ordinal
	Financiación de estudios	De dónde provienen los recursos para el pago del semestre académico	Padres Crédito Recursos propios	Cualitativa, nominal
	Número de hermanos		Cantidad	Cuantitativa, discreta
	Número de personas a cargo		Cantidad	Cuantitativa, discreta
<p style="text-align: center;">ACTITUDES</p> <p>Sensaciones y maneras expresadas por los estudiantes respecto a la profesionalización</p>	Responsabilidad	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal
	Altruismo	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal
	Servicio	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal

	Excelencia	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal
	Integridad y Honestidad	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal
	Respeto	Actitud sobre el profesionalismo	Algunas veces Nunca Poco Frecuentemente Siempre	Cualitativa ordinal

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo. Es observacional porque solo busca obtener información de la población, sin la intervención directa sobre la misma; es descriptivo debido a que busca describir la distribución de diferentes variables sin considerar hipótesis, y son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que en situaciones experimentales. Es de corte transversal porque mide una o más variables en un momento determinado de tiempo.

8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva-Huila. Principal centro de estudios del Sur-Colombiano comprendido por los departamentos de Caquetá, Putumayo, Amazonas y parte sur del departamento del Tolima y Cauca, es el lugar de formación para personas que quieran realizar una carrera profesional universitaria. Tiene como sede la facultad de salud ubicada en la calle 9 con carrera 14, la cual cuenta con estudiantes del área de medicina y enfermería.

8.3 POBLACION

273 Estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana que están cursando entre quinto y decimosegundo (12) semestre

8.4 MUESTRA Y MUESTREO

Es una muestra no representativa, ya que no representa el total de la población. Serán parte de la muestra los estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana que estén cursando desde quinto a decimosegundo semestre en el año 2014, que cumplan con los criterios seleccionados, el número de la muestra estará sujeto a la cantidad de encuestas que se puedan aplicar entre los periodos de estudio comprendidos entre los meses de abril y octubre del año en curso.

Es un muestreo no probabilístico, porque se recogen bajo un proceso que no garantiza que todos los individuos tengan la misma oportunidad de ser elegidos, es decir no es una selección aleatoria. Para la selección de la muestra se utilizara el tipo de muestreo no probabilístico por criterios, que es un muestreo intencional, donde es el propio investigador quien selecciona a aquellos sujetos que cumplan con una serie de condiciones que los hacen más apropiados para formar parte de la muestra.

8.4.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de quinto a decimosegundo semestre de medicina
- Mayores de edad

8.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Entrevista individual a cada estudiante de medicina que cumpliera con los criterios de inclusión, para la aplicación de una escala tipo Likert, autoadministrada para valorar el profesionalismo en estudiantes de medicina, seleccionados al azar, según disponibilidad de tiempo y de manera voluntaria.

8.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS



- Se establece comunicación con los autores que adaptaron culturalmente la escala del “**THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE**” para valorar el profesionalismo en estudiantes de medicina en Colombia mediante correo electrónico haciendo el pedido del instrumento
- Solicitud de autorización por parte del comité de ética de la facultad de salud para poder aplicar la encuesta en los estudiantes de medicina seleccionados para el estudio
- Realización de la prueba piloto para evaluar las facilidades y los inconvenientes en la implementación del instrumento y en sí de las técnicas de recolección de datos


- Se reparte el instrumento a cada uno de los investigadores, los cuáles lo aplicarán según su propia disponibilidad de tiempo, recursos, en el tiempo establecido para la recolección de datos y en el transcurso se irán unificando criterios
- Posteriormente que se cumpla el tiempo establecido para la recolección de datos, se recopilarán mediante una base de datos creada previamente con el programa epi-info 7
- Cuando se tenga la base de datos completamente diligenciada, se procederá a realizar el plan de tabulación y análisis de datos a través del mismo programa, epi-info7
- Una vez finalizado la realización del proyecto de investigación, se procederá a realizar las revisiones necesarias para cumplir con las debidas normas para su presentación.
- Se realizara un artículo conforme a los parámetros y normas expedidas por la facultad de medicina de la universidad Surcolombiana para su publicación en la revista facultad de salud

8.7 INSTRUMENTO

Formato mixto que consta de dos partes, la primera relevante a todas las variables sociodemográficas que definen a cada estudiante, con preguntas cerradas sobre: sexo, área de residencia, estado civil, financiación de estudios, estrato socioeconómico; y preguntas abiertas sobre edad, semestre cursado, ciudad de origen, número de personas a cargo y número de hermanos. La segunda parte de la encuesta perteneciente ala escala específicamente, está estructurada en 6 grupos de actitudes que representa cada uno de los elementos del profesionalismo (**RESPONSABILIDAD, ALTRUISMO, SERVICIO, EXCELENCIA, INTEGRIDAD Y HONESTIDAD, RESPETO**)del grupo 1 al grupo 6 respectivamente, y cada uno de ellos con 6 preguntas (Ítems) que reflejan el nivel del profesionalismo en cada estudiante encuestado. A cada actitud deberían responder en dos sentidos; frecuencia de cumplimiento (Algunas veces, Nunca, Poco, Frecuentemente y siempre) y orden de mayor a menor importancia desde el 1 al 6 respectivamente para cada uno de los ítems.

Tabla 2. Escala *THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE*.



 ADAPTACION CULTURAL DE LA ESCALA DEL "THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE"
 PARA VALORAR EL PROFESIONALISMO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA


CUESTIONARIO SOBRE PROFESIONALISMO
 Opinión de los estudiantes de medicina
 Año Académico 2012

- Edad: _____

- Sexo: Femenino _____ Masculino _____

- Estado civil: Casado _____ soltero _____ Union libre _____

- Semestre que cursa _____

- Ciudad de origen _____

- Area de residencia: Rural _____ Urbana _____

- Estrato socioeconomico: 1. _ 2. _ 3. _ 4. _ 5. _ 6. _

- Estado civil de los padres: Casados _____ Solteros _____ Union libre _____ Divorciado _____

- Quien financia su estudio: Padres _____ Credito _____ Recursos propios _____ Otros _____ Quién? _____

- Numero de personas a cargo del encuestado _____

- Numero de hermanos _____

Grupo 1	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Clasificación por orden de importancia (1 al 6)
Mantiene los estándares científicos y basa sus decisiones en evidencia científica y experiencia	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Mantiene relaciones médico/paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	

Se toma el tiempo para revisar el trabajo de sus colegas y suministrar comentarios y sugerencias significativas y constructivas para mejorarlo.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Busca mejoramiento personal.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Reporta información de manera consistente, precisa y honesta.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Evita hacer comentarios ofensivos y críticas indelicadas o injustas hacia otros compañeros.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Grupo 2	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
Muestra interés en iniciar y ofrecer ayuda para el desarrollo profesional y personal de un colega.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Promueve el bienestar y desarrollo del profesorado joven.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Se rehúsa a violar su propio código de conducta personal y profesional.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Aprecia y respeta la naturaleza diversa de los sujetos de investigación y/o pacientes y honra dichas diferencias en su trabajo.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	

Asiste a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Trabaja respetuosamente en colaboración con el equipo en beneficio de proveer un mejor cuidado del paciente o como contribución a la investigación.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Grupo 3	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
Participa en procesos de acción correctiva en contra de aquellos que incumplen con los estándares de conducta profesional.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
No busca avanzar en su carrera a costa de otros.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Ofrece voluntariamente su experiencia y habilidades para el bienestar de la comunidad.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Cumple con sus obligaciones y compromisos de manera seria.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Respeto los derechos, la individualidad y diversidad de pensamiento de colegas y estudiantes.	Nunca Pocas veces Frecuentemente Siempre	
Contribuye significativamente a la misión de enseñanza del departamento y la	Nunca Pocas veces Frecuentemente	

Escuela de Medicina.	Siempre	
Grupo 4	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
Manifiesta compasión.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Demuestra adaptabilidad al responder a necesidades y prioridades cambiantes.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Promueve la justicia dentro del sistema de salud demostrando su esfuerzo por eliminar la discriminación dentro del mismo	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Respeto la autonomía de los pacientes y les ayuda a tomar decisiones informadas.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Asume el liderazgo en el manejo de pacientes.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Reconoce sus propias limitaciones.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Grupo 5	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
Asume su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	

Participa en actividades enfocadas a lograr una excelencia en el cuidado de los pacientes.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Informa sobre errores médicos o de investigación.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Su comportamiento demuestra un compromiso hacia la confidencialidad.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Adopta estándares uniformes y equitativos hacia el cuidado de los pacientes.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Demuestra empatía.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Grupo 6	Grado al cual el enunciado refleja su definición (Encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
Defiende los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Divulga los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Se viste de manera profesional y respetuosa hacia los demás.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Responde a la crítica constructiva buscando mejorar sus capacidades en el área criticada.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	

Esta comprometido en la implementación de un cuidado rentable del paciente.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	
Presenta la información y actúa honestamente.	Nunca Poco Algunas veces Frecuentemente Siempre	

8.8 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

- Se creó una base de datos con todas las variables contenidas en el instrumento mediante el programa **epi-info7** para tabular todos los datos recolectados en el estudio
- Posteriormente se analizarán los datos utilizando las herramientas de análisis estadístico básico del mismo programa, epi-info 7
- Se realizará un análisis descriptivo, en el cuál las variables se expresarán en números, tablas y gráficas, teniendo en cuenta que para las variables cuantitativas (continuas) se deben utilizar medidas de tendencia central como promedio, valor máximo y mínimo y medidas de dispersión como desviación estándar. Para las variables cualitativas (nominales) se utilizará los porcentajes.
- Con esto se busca obtener la relación de variables, y el análisis epidemiológico específico, con el fin de obtener los resultados del estudio, para su posterior análisis, discusión y conclusiones.

8.9 CONSIDERACIONES ETICAS

La realización de este proyecto se adecuó conforme a las recomendaciones para la investigación biomédica, bajo los parámetros descritos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en la 29 Asamblea General, Tokio, octubre 1975 corregida en la 35 Asamblea General, Venecia, octubre 1983, 41 Asamblea General, Hong Kong, septiembre de 1989, 48 Asamblea General, Somerset West (África del sur), octubre 1996 y última corrección en la 52

Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008y siguiendo las normas sobre Bioética en Investigación vigentes en el territorio colombiano; normas consignadas en la Resolución No. 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud y denominadas como el “Código de Bioética en la Investigación”.

El riesgo para los participantes en la investigación es sin riesgo, debido a que no se realizara intervención alguna que ponga en peligro su integridad, su salud o su vida. Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente. Tendrá la supervisión permanente del jefe del área de Cirugía, del coordinador de la especialización en Cirugía y del Comité de Ética, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la Sabana. El será enviado para evaluación al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana para su aprobación, antes de su desarrollo.

Los participantes en el presente trabajo lo harán de manera voluntaria. Se les explicará a las directivas de la universidad y a los participantes del estudio, los beneficios, la metodología, los objetivos, y las posibles consecuencias de realizar este estudio. Se realizará un consentimiento informado por escrito, el cual firmaran libremente. El participante tendrá la opción de retirarse en forma libre y voluntaria del presente estudio. La información recogida en esta investigación es confidencial. Los resultados serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a individuos particulares

9. RESULTADOS

Previa aprobación por el comité de ética de la universidad y posterior revisión del material en el cual se realizaron las encuestas para la aplicación de la escala se procedió a repartir las mismas entre los estudiantes de los semestres que estuviesen cursando los semestres de quinto a decimosegundo.

Se aplicó la escala a estudiantes mayores de edad, seleccionados al azar, según disponibilidad de tiempo y de manera voluntaria, logrando un total de 100 valoraciones de las 89 escalas resultaron útiles para el estudio y 11 no tenían la información completa.

De las 89 escalas útiles, 55 estudiantes (62%) correspondían al sexo masculino. El promedio de edad fue de 22,9 (con una edad mínima de 19 y máxima de 34 años). De los encuestados, 42 (47,2%) son originarios de Neiva. La mayoría 87 (97,8%) son solteros. En la distribución por semestre que cursaban, se puede ver que un poco más del 50% correspondían a sexto y noveno semestre. Sólo un participante vivía en área rural. En cuanto a estrato socioeconómico, aproximadamente el 68% pertenecían a estratos 2 y 3 (ver tabla 1).

En cuanto a la financiación de los estudios, para 69 estudiantes (77,2%) lo financian sus padres, 14 (15,9%) tienen un crédito y 6 (6,8%) con recursos propios. En la variable sobre el núcleo familiar, 40 encuestados (44,9%) afirmaron que tienen 2 hermanos y 18 (20,2%) 1 hermano, habiendo 18 estudiantes con 3 y 4 hermanos, 13 personas no tienen ninguno. Al interrogar si tenían personas a cargo o no, 85 (95,5%) no tenían personas a cargo y 4 (4,5%) tenían una sola persona a cargo.

Tabla 3. Variables socio-demográficas.

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Distribución por genero		
Masculino	55	62%
Femenino	34	38%
Estado civil del estudiante		
Casado	2	2,2
Soltero	87	97,8
Área de residencia		
Urbana	88	98,8
Rural	1	1,2
Estratos socio económico		
1	13	14,61
2	37	41,57
3	24	26,97
4	12	13,48
5	3	3,37
Distribución por semestre		
Quinto	7	7,87
Sexto	15	16,85
Séptimo	12	13,48
Octavo	6	6,74
Noveno	34	38,2
Décimo	8	9
Onceavo	4	4,5
Duodécimo	3	3,37
Financiación de recursos		
Padres	69	77, 27
Crédito	14	15,91
Recursos propios	6	6,82
Numero de hermanos		
1	18	20,2
2	40	44,9
3	7	7,87
4	11	12,36
No tiene	13	14,61
Número de personas a cargo		
No tiene	85	95,5
1	4	4,5

9.1 VARIABLES POR ESCALA

Para cada uno de los 6 interrogantes de cada grupo de preguntas, denominados Ítems de 1 al 6 del mismo orden que aparecen en la escala. A continuación la interpretación, según el nivel de importancia y la frecuencia con que tenían esas actitudes.

Para el primer grupo de preguntas que valora la responsabilidad se encontró que el ítem 2 (Mantiene relaciones médico/paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales) fue el que ocupó el primer lugar de importancia y la mayoría de los estudiantes 60 (67,42%) siempre la mantienen. Por otro lado en este mismo grupo de preguntas el ítem 6 (Evita hacer comentarios ofensivos y críticas indelicadas o injustas hacia otros compañeros) fue el aspecto que se consideró menos importante ubicándose en el nivel 6 donde la mayoría 40 (44,9%) siempre lo cumplen. Tabla 2.

Tabla 4. Variables de la escala que valora la responsabilidad.

Grupo 1	Algunas veces	Frecuente	Nunca	poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	13 (14,6%)	57 (64,04%)	2 (2,25%)	2 (2,25%)	15 (16,85%)	2
Ítem 2	6 (6,74%)	17 (19,1%)	6 (6,74%)	0	60 (67,42%)	1
Ítem 3	41 (46,07%)	24 (26,97%)	2 (2,25%)	7 (7,87%)	15 (16,85%)	3
Ítem 4	5 (5,62%)	25 (28,09%)	0	0	59 (66,29%)	5
Ítem 5	8 (8,9%)	42 (47,2%)	0	0	39 (43,8%)	4
Ítem 6	18 (20,2%)	31 (34,8%)	0	0	40 (44,9%)	6

De segundo grupo de preguntas que valora el altruismo se encontró que el ítem que fue considerado como el más importante ubicándose en el primer nivel de

importancia fue el 3 (Se rehúsa a violar su propio código de conducta personal y profesional) para el cual la mayoría 45 (50,5%) siempre se rehúsa. El ítem con el menor nivel de importancia (nivel 6) fue el ítem 5 (Asiste a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo) el cual el 30 (33,7%) frecuentemente lo hace.

Tabla 5. Variables de la escala que valora el altruismo.

Grupo 2	Algunas veces	Frecuente	Nunca	poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	21 (23,6%)	45 (50,5%)	0	0	23 (25,84%)	3
Ítem 2	24 (26,9%)	56 (62,92%)	0	4 (4,5%)	5 (5,62%)	4
Ítem 3	13 (14,6%)	29 (32,5%)	0	2 (2,25%)	45 (50,5%)	1
Ítem 4	7 (7,87%)	29 (32,5%)	0	1 (1,12%)	52 (58,43%)	2
Ítem 5	32 (35,9%)	30 (33,7%)	2 (2,25%)	11 (12,36%)	14 (15,73%)	6
Ítem 6	11 (12,3%)	42 (47,2%)	0	0	36 (40,45%)	5

En los resultados de la valoración del grupo 3 de preguntas que valora la actitud de servicio de los estudiantes se encontró que el ítem 2 (No busca avanzar en su carrera a costa de otros) ocupó el primer nivel de importancia donde 53 estudiantes (59,5%) siempre lo hacen. Tabla 5.

Tabla 6. Variables de la escala que valora el servicio.

Grupo 3	Algunas veces	Frecuentemente	Nunca	poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	26 (29,2%)	22 (24,7%)	10 (11,2%)	21 (23,6%)	10 (11,2%)	6
Ítem 2	6 (6,7%)	6 (6,7%)	16 (17,9%)	8 (8,9%)	53 (59,5%)	1
Ítem 3	21 (23,6%)	46 (51,7%)	2 (2,25%)	2 (2,25%)	18 (20,2%)	5
Ítem 4	12 (13,5%)	37 (41,5%)	0	0	40 (44,9%)	3
Ítem 5	6 (6,7%)	48 (53,9%)	0	0	35 (39,3%)	2
Ítem 6	25 (28,1%)	34 (38,2%)	0	10 (11,2%)	20 (22,4%)	4

De las preguntas de grupo 5 que valoran la excelencia del estudiante, se encontró que el ítem con el primer nivel de importancia para los estudiantes fue ítem 6 (Reconoce sus propias limitaciones) reconocido por la mayoría como el más importante y para el cual 47 estudiantes (52,8%) siempre la respetan. La característica o ítem con el menor nivel de importancia fue el ítem 1 que correspondía a “Manifiesta compasión” para el que 34 estudiantes (38,2%) refirieron “siempre” manifestarlo. Tabla 6.

Tabla 7. Variables de la escala que valora la excelencia.

Grupo 4	Algunas veces	Frecuente	Nunca	Poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	19 (21,3%)	26 (29,2%)	6 (6,7%)	4 (4,5%)	34 (38,2%)	6
Ítem 2	14 (15,7%)	58 (65,17%)	0	2 (2,25%)	15 (16,8%)	4
Ítem 3	16 (17,9%)	38 (42,7%)	0	2 (2,25%)	33 (37,1%)	3
Ítem 4	5 (5,6%)	35 (39,3%)	2 (2,25%)	0	47 (52,8%)	2
Ítem 5	21 (23,6%)	44 (49,4%)	0	1 (1,12%)	23 (25,84%)	5
Ítem 6	5 (5,6%)	38 (42,7%)	0	1 (1,12%)	45 (50,5%)	1

En cuanto a las variables que valoran el integridad y la honestidad ubicadas en el grupo 5 de preguntas se encontró que el ítem 1 (Asume su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente) fue el elegido como el más importante para la mayoría de los estudiantes donde 42 de ellos respondieron que siempre lo cumplían y el considerado como menos importante fue el ítem 3 (Informa sobre errores médicos o de investigación) al que 38 estudiantes (47,7%) respondieron que “algunas veces” lo cumplen. Tabla 7.

Tabla 8. Variables que valoran la integridad y la honestidad.

Grupo 5	Algunas veces	Frecuente	Nunca	Poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	8 (8,9%)	38 (42,7%)	0	1 (1,12%)	42 (47,19%)	1
Ítem 2	13 (14,6%)	54 (60,67%)	0	1 (1,12%)	21 (23,6%)	3
Ítem 3	38 (47,7%)	26 (28,2%)	2 (2,25%)	15 (16,85%)	8 (8,9%)	6
Ítem 4	8 (8,9%)	32 (35,9%)	0	0	49(55,1%)	2
Ítem 5	10 (11,2%)	42 (47,2%)	0	0	37(41,57%)	4
Ítem 6	9 (10,1%)	27 (30,3%)	1 (1,12%)	0	52 (58,4%)	5

Por último para las variables del grupo 6 que valoran el respeto se encontró que el ítem 1 (Defiende los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal) fue catalogado como el aspecto más importante (nivel de importancia de 1) y para el que el 49.4 de los encuestados respondió que “siempre” lo cumplen. El nivel de importancia 6 en este grupo de preguntas fue para el ítem2 (Divulga los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales) donde 37,1%“frecuentemente” lo hacen. Tabla 8.

Tabla 9. Variables de la escala que valoran el respeto.

Grupo 6	Algunas veces	Frecuente	Nunca	Poco	Siempre	Nivel de importancia
Ítem 1	9 (10,1%)	34 (38,2%)	2 (2,25%)	0	44 (49,4%)	1
Ítem 2	24 (26,9%)	33 (37,1%)	8 (8,9%)	8 (8,9%)	16 (17,98%)	6
Ítem 3	6 (6,7%)	28 (31,46%)	0	0	55 (61,8%)	2
Ítem 4	10 (11,2%)	55 (61,8%)	0	4 (4,5%)	20 (22,4%)	3
Ítem 5	22 (24,7%)	37 (41,5%)	2 (2,25%)	2 (2,25%)	26 (29,2%)	4
Ítem 6	3 (3,37%)	21 (23,6%)	0	0	65 (73,03%)	5

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El profesionalismo se considera actualmente como un conjunto de valores, conductas y relaciones que fundamentan la confianza que el público deposita en los médicos. En gran medida la calidad de la atención médica depende de las actitudes y conductas del personal de la salud⁶³. Por esta razón se quiso realizar este trabajo, con el fin de tener la posibilidad de identificar el estado actual de profesionalismo médico en estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana, y posteriormente generar algunas conclusiones sobre las actitudes más frecuentemente encontradas y el mayor orden de importancia para cada una.

En este trabajo se enfatizaron en 6 elementos que definen el profesionalismo médico. La responsabilidad, es uno de los elementos evaluados dentro de la definición de profesionalismo médico, en esta encontramos que mantener relaciones médico/paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales, en orden de importancia, fue elegida como el ítem más importante, además la gran mayoría de la población evaluada (87%) siempre y frecuentemente la mantienen, lo cual se relaciona con estudiantes que piensan que el mantener estas buenas relaciones les va permitir tener un nivel más alto de aprendizaje y una mejor relación con los docentes, además que va a permitir que la evolución de los pacientes sea más benévola, pues los estudiantes se consideran parte importante del grupo tratante en los centros de salud, como lo describe Beca 2011, en donde habla sobre los estudiantes de medicina como parte de los equipos de salud⁶⁴.

En el ítem 2 correspondiente a mantener los estándares científicos y basar las decisiones en evidencia científica y experiencia, el 80% siempre y frecuentemente lo mantienen, aunque pareciera no importante para un porcentaje de estudiantes cercano al 20%. Beca en 2007 realizó un estudio en cuanto a la relación médico-paciente "Los estudiantes tenemos derecho a tener un paciente con quien aprender, pero siempre y cuando cumplamos con nuestros deberes de tratar bien al enfermo, ser respetuoso y no hacer algo que no sabemos. Aunque lo sepa, si incomodo al paciente no debemos hacerlo"⁶⁵. En el ítem 3 en cuanto a que se toman el tiempo para revisar el trabajo de sus colegas y suministrar comentarios y sugerencias significativas y constructivas para mejorarlo el 46% algunas veces lo hacen. El 66% siempre reporta información de manera consistente, precisa y honesta y en el mismo porcentaje buscan el mejoramiento personal, de acuerdo a Bauchamp-Childress, "se actúa en conciencia si se ha intentado con la debida diligencia determinar qué es lo correcto. Si se realiza el esfuerzo adecuado para ello y si estamos motivados para hacer lo correcto por el mero hecho de serlo"⁶⁶.

El 47% frecuentemente evitan hacer comentarios ofensivos y críticas indelicadas o injustas hacia otros compañeros en su labor diaria dentro su profesión.

Suarez 2007, definió que el altruismo es una forma de beneficencia que implica, no obstante, ir más allá de las obligaciones morales básicas y vinculantes para todos y todas.

En este sentido el altruismo podría ser visto también como un acto supererogatorio, pues implica sacrificarse en pos de los demás, lo cual no es una obligación moral, aunque sí un ideal^{67,68}. El 76% de los encuestados siempre y frecuentemente se rehúsan a violar su propio código de conducta personal y profesional, fue el ítem más importante en el elemento que evalúa el altruismo. La mayoría de los estudiantes, equivalente al 90% de los encuestados, siempre y frecuentemente aprecian y respetan la naturaleza diversa de los sujetos de investigación y/o pacientes y honra dichas diferencias en su trabajo, como es explicado por el Consenso Kalamazoo II en 2004 “la experiencia comunicativa se debe integrar a las habilidades interpersonales y orientar hacia las habilidades emocionales y relacionales”. El ítem 1 sobre mostrar interés en iniciar y ofrecer ayuda para el desarrollo profesional y personal de un colega fue el tercero en orden de importancia, aunque el 23% solamente algunas veces lo muestran. Alrededor del 70% les preocupa promover el bienestar y desarrollo del profesorado joven. El 87% les parece importante trabajar respetuosamente en colaboración con el equipo en beneficio de proveer un mejor cuidado del paciente o como contribución a la investigación, especialmente por el cuidado integral de la salud, el aporte al bienestar del paciente y sobretodo la piedra angular de nuestra profesión que es parte fundamental el ejercicio diagnóstico y clínico.

Aunque el 48% frecuentemente y siempre manifestaron asistir a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo, es el ítem de menor orden de importancia referente al altruismo; es importante recordar que esta una de las características del código de conducta personal y profesional (Código de Ética Médica, ley 23 de 1981)⁶⁹ en la que hace referencia a estar dispuesto a aprender y ampliar los conocimientos que obtenga por sí mismo o a través de la capacitación, para mejorar el desempeño de las actividades que tiene encomendadas.

En un estudio realizado en el 2006 en la Universidad de Leeds sobre la percepción de los actores del cuidado del paciente sobre su percepción del profesionalismo, revela que el altruismo es un componente positivo de la motivación que deriva en la atención interesada del paciente. La contraparte de las acciones altruistas son aquellas acciones motivadas por el deseo egoísta y propio de figurar en el ámbito

laboral, y queda la duda de la practicidad que representa el altruismo en la práctica moderna. Los hallazgos de nuestro estudio, contrastan con lo expresado anteriormente, porque la gran mayoría de los estudiantes considera la atención desinteresada al paciente como factor clave del servicio⁷⁰.

Al indagar por el servicio, uno de los elementos importantes del profesionalismo médico el ítem más importante para los estudiantes fue el de no buscar avanzar en su carrera a costa de otros, el 60% dieron como frecuencia que siempre no lo buscaban, aunque el 27% aproximadamente manifestaron no interesarles, este cuestionamiento dentro de la escala termina siendo ambiguo. El 93% siempre y frecuentemente respetan los derechos, la individualidad y diversidad de pensamientos de colegas y estudiantes y el 7% algunas veces lo hacen. El ítem 4 que habla sobre el cumplimiento de las obligaciones y compromisos de manera seria fue siempre y frecuentemente marcado por 87% de los estudiantes, de la misma manera como dicta el *American Board of Internal Medicine* en 1990 que el deber es la libre aceptación del compromiso del servicio, honradez, honestidad, integridad, adopción de altos estándares de conducta y la indivisibilidad de los propios principios. El 11% poco trabaja en contribuir significativamente a la misión de enseñanza del departamento y la Escuela de medicina. En quinto orden de importancia encontramos al ítem 3 sobre ofrecer voluntariamente sus experiencias y habilidades para el bienestar de la comunidad, el 72% de los estudiantes siempre y frecuentemente lo hacen, el 24% algunas veces lo hacen y al 4% restante no le importa o interesa muy poco. Un estudio realizado en Chile sobre las expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil médico esperado en el año 2006, donde se encontró que al preguntar sobre actitudes y valores ético-morales, los estudiantes consideran que el médico debería actuar de acuerdo a principios éticos, con actitud de servicio, humildad, altruismo e integridad⁷¹.

Adicionalmente, Delors, en el informe a la UNESCO (1996), define cuatro pilares básicos de la educación, que pueden considerarse a la vez como pilares para el desarrollo de la formación integral, entre los cuales aparece la relación con otros (aprender a convivir-servicio)⁷². Aproximadamente el 35% no se interesa por participar en procesos de acción correctiva en contra de aquellos que incumplen con los estándares de conducta profesional y fue el ítem marcado como menos importante para esta actitud. Los estudios reportados indican que el trato adecuado y respetuoso con los colegas, así como desplegar paciencia, buena actitud y un sentido fraternal son claves esenciales del comportamiento profesional, y precisamente aquellos que actúan de manera contraria son considerados no profesionales⁷³.

La excelencia particularmente es el compromiso en la actualización y el aprendizaje continuo en ir más allá de lo que se sabe y espera la sociedad (*American Board Internal Of Medicine* 1990), es evaluada como actitud en esta escala y el hecho de reconocer sus propias limitaciones fue remarcado como el de mayor orden de importancia para los estudiantes y manifestado como siempre y frecuentemente alrededor del 93% de ellos. Teniendo en cuenta los tres principios fundamentales de la ética médica, beneficencia, autonomía y justicia encontramos que el 92% de los encuestados respetan la autonomía de los pacientes y les ayudan a tomar decisiones informadas. La autonomía del paciente es clave en el mantenimiento y fortalecimiento de la relación médico-paciente, ya que permitirle ser parte del proceso y estar al tanto de su evolución, sus posibilidades y responder todas sus inquietudes, genera confianza y brinda transparencia al quehacer médico⁷⁴. El 78% siempre y frecuentemente promueven la justicia dentro del sistema de salud demostrando su esfuerzo por eliminar la discriminación dentro del mismo y el 18% algunas veces lo hacen. El pensamiento de la Academia Nacional de Medicina, en el prefacio del informe Ley 100: Reforma y Crisis de la Salud y con el concepto de Branch 2000, donde considera que en el ambiente medico clínico, el médico que atiende un paciente debe exhibir dos atributos primarios: receptividad y responsabilidad⁷⁵. Aunque la receptividad crea el fundamento para la atención el asumir la responsabilidad es la manera como se realiza la atención, los estudiantes deben aprender a traducir receptividad en responsabilidad. Y “asumir la responsabilidad en el marco de la ética de la atención, quiere decir atender a otra persona a pesar de los obstáculos, sean estos institucionales o personales”⁷⁶. El ítem 2 sobre demostrar adaptabilidad al responder a necesidades y prioridades cambiantes es el cuarto en orden de importancia, aunque el 15% solamente algunas veces lo demuestran, no es más que un reflejo del interés que pueden presentar los estudiantes para su mejoramiento y autorregulación de habilidades, poniéndolas a disposición de la comunidad cuando sea preciso y de la manera que sea requerida. Mucho énfasis se ha puesto en la necesidad de priorizar los fines y preparar de manera holística a los estudiantes más allá de las técnicas, estas no deja de ser importantes para la seguridad del paciente, el afianzamiento de la confianza y el crecimiento recíproco⁷⁷. El 75% siempre y frecuentemente asumen el liderazgo en el manejo del paciente y el 24% algunas veces lo hacen, sin embargo fue marcado como el quinto en orden de importancia explicado seguramente porque el líder natural es el especialista médico, pero del mismo modo es considerado un factor clave forjado a través de la comunicación, el trabajo en equipo, el manejo adecuado del tiempo y el pensamiento crítico.

Todos estos son puntos destacables dentro del profesionalismo, y a su vez, permiten crear espíritu de liderazgo, esencial para fortalecer a su vez la responsabilidad, las discusiones, el trabajo y el desempeño beneficiando así al paciente⁷⁸. De manera llamativa en orden de importancia el ítem 1 sobre manifestar compasión fue el de menor relevancia para los estudiantes, al 11% no

les interesa manifestarla, el hecho puede en cierta medida ser alarmante debido a que profesar compasión dentro de la práctica clínica se relaciona con buen quehacer y su carencia se corresponde con negligencia fallas que pueden resultar lesivas para el cuidado de las personas, desde su parte emocional o física, ignorando y dejando a un lado la humanidad e individualidad de quien nos necesita⁷⁹.

El error en nuestra profesión es hacer algo que no debe hacerse o no hacer algo que sí debiera haberse hecho. En medicina el error tiene especial significación ya que este se vincula, por lo general, con una actividad que pone en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes. Se parte de la base de que el error nunca es intencional, ya que en ese caso deja de ser tal para transformarse en delito. Existen factores que favorecen que la actividad médica sea proclive a que se cometan errores; entre ellos se encuentra la constante aparición de nuevos conocimientos en el área de patología humana y cambios en su aplicación, a lo cual debe agregarse la predictibilidad, sólo probabilística que ofrecen los conocimientos médicos⁸⁰. Teniendo en cuenta lo anterior, llama la atención la mayoría de los ítems van de la mano y son claves dentro de la honestidad e integridad, como cualidades en profesionalismo en medicina. De los estudiantes encuestados el 91% siempre y frecuentemente asumen su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente, en siguiente orden de importancia otro 91% de estudiantes su comportamiento demuestra un compromiso hacia la confidencialidad. El 84% frecuentemente y siempre participa en actividades enfocadas a lograr una excelencia en el cuidado de los pacientes.

Alrededor del 89% siempre y frecuentemente adoptan estándares uniformes y equitativos hacia el cuidado de los pacientes y el 11% restante algunas veces lo hacen. Solamente el 1% no demuestra empatía al momento de entablar una relación con los pacientes y en el menor nivel u orden de importancia se encuentra el ítem 3 sobre informar de errores médicos o de investigación, manifestado de poco o nada de interés por el 19% del total de encuestados.

Podemos decir que el trabajo médico está sujeto a error y por lo mismo exige ineludiblemente dominio del arte y de los conocimientos apropiados que nos permitan actuar con profesionalidad. Exige vocación y sobre todo una conducta ejemplar que nos posibilite actuar en conciencia, con honestidad intelectual e integridad moral⁸¹. La *American Board Internal Of Medicine* 1990 habla del respeto en todas las direcciones del equipo de salud, con el enfermo, la familia, colegas, estudiantes y la misma sociedad.

En términos generales los estudiantes encuestados tienen afinidad por cada uno de los ítems que definen esta actitud dentro de la escala y como cualidad dentro del profesionalismo médico. El 89% en primer orden de importancia siempre y frecuentemente defienden los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal. Sox 2002 en su publicación *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*, publica tres principios fundamentales, dentro de los cuales hace mención de la primacía del bienestar del paciente sobre cualquier otro interés del médico o de las instituciones del sistema de salud⁸². Además Kahn 2010, puntualiza que debemos establecer que no todo lo que "se puede" se "debe hacer". El límite entre lo posible y lo aceptable lo establece la ética. El respeto a la dignidad personal debe prevalecer sobre cualquier otra consideración⁸³. Además se debe asegurar la autonomía de los pacientes y proteger a los que tienen la autonomía limitada. El vestirse de manera profesional y respetuosa hacia los demás fue caracterizado en el segundo orden de importancia. Solamente alrededor del 5% no le importa responder a la crítica constructiva buscando mejorar sus capacidades en el área criticada, satisfaciendo el hecho de contar con estudiantes que buscan un mejoramiento continuo en beneficio de los demás. Otro 5% aproximadamente no está comprometido en la implementación de un cuidado rentable del paciente, aunque sea un porcentaje menor se puede observar las consecuencias del deterioro de la relación médico-paciente, médico-sociedad por culpa de la desconfianza generada por el sistema de salud que promueven el descontento y frustración de profesionales por nuevas exigencias empresariales, menos tiempo en la orientación al paciente y que todo ello acumulado va llevando a la deshumanización cada vez más mediática de nuestra profesión⁸⁴.

Importante recalcar que el siguiente ítem en orden de importancia es sobre presentar información y actuar honestamente y que aunque sea el quinto en la organización, el 97% siempre y frecuentemente lo hacen y que el 3% algunas veces. Finalmente y en último orden de importancia para esta actitud o cualidad cerca del 18% de estudiantes encuestados no divulgan los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales.

Adaptado culturalmente por la Universidad de La Sabana las características psicométricas del instrumento validadas son consecuentes con la escala original, hay evidencia de que el elemento es confiable en el desarrollo del concepto de profesionalismo a través de estas 6 actitudes que agrupaban 6 ítems cada una y que por tal motivo es reproducible y aplicable en nuestro medio⁸⁵.

Para finalizar es importante recalcar que el profesionalismo médico ha sido motivo de un especial y creciente interés, hecho que se demuestra en 2677 artículos en *Medline*, de los cuales 1688 (63%) corresponden a los últimos 10 años y 989

(37%) corresponden a los últimos 5 años⁸⁶. Definirlo sustancialmente como un conjunto de principios con soluciones éticas y deontológicas y de valores que ayudan al autocontrol en nuestra profesión. Son esenciales tres elementos del profesionalismo (formación o título universitario, juramento hipocrático y el código de ética médica). Es evidente que el estudiante aprende de su docente mediante el ejemplo verbal y no verbal, ellos tienen al igual que la universidad y la academia una cuota de responsabilidad en su formación integral. Hay conductas no profesionales censurables como el abuso de poder, arrogancia, codicia, conflicto de interés, falsedad, incapacidad, falta de compromiso, falta de confidencialidad, los cuales cada vez deben irse dejando y tratar por mantener en un nivel muy oculto lo que podría conocerse como un currículum oculto: el altruismo, la comunicación asertiva, rendición de cuentas, calidez y calidad, respeto, honestidad, honor, todo esto basado en experiencia y evidencia.

La escala aplicada permite proporcionar una herramienta sólida que genere con el tiempo cambios en las actitudes hacia el profesionalismo médico, además, de evaluar los cambios de actitud antes y después de que las intervenciones educativas sean introducidas. Incluso permitir a los centros educativos y de salud generar cambios en los planes de estudio o permitir la evaluación de las necesidades institucionales, y a su vez dar herramientas para una adecuada selección del personal que ingresara a las instituciones.

Todo el trabajo realizado tiene como fin permitirle a la sociedad tener profesionales comprometidos con el paciente y con los recursos finitos que el sistema de salud proporciona y además, el de volver a definir el papel del profesional, pues la sociedad lo exige de forma prioritaria.

11. CONCLUSIONES

De manera general, las actitudes por parte de los estudiantes de pregrado fueron positivas y orientadas hacia el profesionalismo, demostrando respeto por el paciente y por los colegas, así como un deseo constante de mejoramiento personal.

Es importante reevaluar los diseños curriculares e incluir de manera explícita contenidos relacionados al profesionalismo para estudiantes de áreas clínicas. Esta escala evalúa actitudes y no comportamientos en un momento dado de tiempo y no garantiza que el encuestado se comporte de acuerdo a lo contestado.

Es indispensable que este instrumento sea aplicado en varios centros académicos con el fin de obtener una perspectiva más amplia en el profesionalismo.

Dado la subjetividad de la evaluación dada por la escala, sería ideal aplicar de manera concomitante métodos de evaluación del comportamiento

En cuanto a los resultados obtenidos en la Universidad de la Sabana y la Universidad Surcolombiana encontramos algunas similitudes y diferencias que nos permiten observar que aunque sean medios distintos en los cuales se forman los profesionales médicos, la labor social y el deber de mantener excelentes actitudes en la relación con los pacientes no se puede perder, ya que el fin único e ineludible de la profesión es aliviar de forma humanista todos los males por los que pueda estar pasando un individuo; aún en evidencia del deteriorado sistema de salud con el que contamos en Colombia.

Los grupos de actitudes mostrados en la escala en donde se encuentran más similitudes en cuanto a frecuencia y orden de importancia contestados por los estudiantes de medicina de las dos universidades son el de **ALTRUISMO y RESPETO** comparable por el hecho de entender que las personas que ingresan a estudiar medicina lo hacen convencidas que aunque no es una obligación moral, el sacrificio en pro de sus semejantes es importante para complementar el recorrido que llevan hasta el momento de sus vidas formado en las distintas instituciones académicas de las que provienen, pero aún más importante de sus propias casas y que finalmente se adquiere un compromiso con cada uno de los pacientes a los cuales vamos a brindar nuestros servicios, por ende el valor de respetar al ser humano delante de nosotros.

Las diferencias en los resultados empiezan por la población a la cual fue aplicada la escala en cada una de las universidades, mientras en la Universidad de la Sabana fue a una muestra de todos los estudiantes de medicina, desde 1-12 semestre, en la Universidad Surcolombiana fue desde 5-12. La actitud que mostró la mayor diferencia en cuanto a la frecuencia y orden de importancia fue el de **SERVICIO**, importante porque mientras el Ítem sobre cumplir con las obligaciones y compromisos de manera seria es el más importante para los estudiantes de la Sabana, el Ítem sobre no buscar avanzar en la carrera a costa de otros es el más importante para los estudiantes de la Surcolombiana, mirar entonces que en esta universidad el trabajo en grupo es importante y que se respeta la diversidad de pensamiento de los colegas.

12. RECOMENDACIONES

La propuesta curricular que podemos manifestar con este estudio es que la enseñanza del profesionalismo médico en nuestra universidad debe darse como un componente transversal, en donde se integre a todos los cursos y áreas del programa y no solamente en el desarrollo de las prácticas clínicas, ya que desde el primer semestre en los estudiantes debe crearse un pensamiento crítico y capacidad de solucionar problemas reales en la práctica médica cuando se ameriten, haciendo una transición desde capacidades genéricas, por no decir más, hasta capacidades que aumenten su complejidad en el proceso formativo de cada uno de los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E. Professionalism – an ideal to be pursued. *Lancet* 2000; 365: 156-159.
2. Cruess, S.R., Cruess, R.L. Professionalism must be taught. *BMJ*. 1997; 315: 1674- 1677.
3. Wojtczak A. Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med* 2006; 9: 144-5.
4. Sigerist HE. Primitive medicine. En: Sigerist HE, Ed. A history of medicine. New York: Oxford University Press, 1987; 105-213.
5. Zaragoza JR. La medicina de los pueblos mesopotámicos. En: Laín Entralgo, P: historia universal de la medicina, Tomo I, Era pretécnica. Salvat Editores, Barcelona, 1972: 67-93.
6. Lain EP. Historia de la relación entre el médico y el enfermo. En: Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983: 31-201.
7. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile*. 2006; 134 (3): 381-384.
8. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile*. 2006; 134 (3): 381-384. –REPITE-
9. Fasce E, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 746-752.
10. Beca I, JP, et al. Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud. *Rev. méd. Chile*. vol.139, n.4, pp. 462-466, 2011.

11. American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine, 1995
12. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ.* 1989;23:19–23.
13. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med.* 1994;69:670–9.
14. Stockley, A. Forbes, K. Medical professionalism in the formal curriculum: 5th year medical students' experiences. *BMC Medical Education* 2014, 14:259.
15. Fasce E, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 746-752.
16. Bustamante E, Sanabria Á. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical students. *Biomédica* 2014;34:291-9
17. Wojtczak A. Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med* 2006; 9: 144-5. –REPITE-
18. Quintana O. Los objetivos de la medicina. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 132-5.
19. Morales Ruiz J.C. Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educ Med* 2009; 12 (2): 73-82.
20. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-616
21. Sox H. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 243-6.

22. Morales Ruiz J.C. Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educ Med* 2009; 12 (2): 73-82. –REPITE-
23. ESGUERRA R. La desprofesionalización de la medicina. *Acta Med Colomb* 2000;25:207-209.
24. Quintana O. Los objetivos de la medicina. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 132-5. –REPITE-
25. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia, editado por J. F. Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina, Santafé de Bogotá, febrero de 1999.
26. Patiño Restrepo JF. El profesionalismo médico. *Rev Colombiana de Cirugía*. 2004; 19(3): 146-52
27. Patiño Restrepo JF. El profesionalismo médico. *Rev Colombiana de Cirugía*. 2004; 19(3): 146-52 -REPITE-
28. Bustamante E, Sanabria Á. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical students. *Biomédica* 2014;34:291-9
29. Patiño Restrepo JF. El profesionalismo médico. *Rev Colombiana de Cirugía*. 2004; 19(3): 146-52 -REPITE-
30. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-616 -REPITE-
31. Paez X. El profesionalismo en medicina o la buena práctica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, feb. 2008, vol.6, no.1, p.1-1.
32. Gicamonte, Oscar. Profesionalismo médico y su relación con la educación del siglo XXI. *Educación médica permaneten* – 1(1): 4.18. 2009

33. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384. –REPITE-
34. Langley GR. Ethics, professionalism and the Royal Collage. *Royal College Outlook*, Issue 1, Volume 1, Spring 2004.
35. Sigerist HE. Primitive medicine. En: sigerist he, Ed. *A history of medicine*. New york: oxford University press, 1987; 105-213. –REPITE-
36. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384
37. Lain EP. Historia de la relación entre el médico y el enfermo. En: Latín Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983: 31-201.
38. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384
39. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384
40. Platón. Las leyes, o de la legislación. En: Platón, *Obras Completas*. Madrid: Aguilar SA de Ediciones, 1969: 1274-520.
41. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384
42. Seifert J. The philosophical diseases of Medicine and their cure. En: *Philosophy and Medicine*, Vol. 82. Dordrecht: Springer, 2004.
43. Rodríguez P, JA. Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Rev. méd. Chile.* 2006; 134 (3): 381-384

44. Patiño Restrepo JF. El profesionalismo médico. *Rev Colombiana de Cirugía*. 2004; 19(3): 146-52.
45. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg* 2000;82-A:1189-1194.
46. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg* 2000;82-A:1189-1194.
47. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emmanuel LI. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999; 18: 1611-1616.
48. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emmanuel LI. Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999; 18: 1611-1616.
49. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and medicine's social contract. *J Bone Joint Surg* 2000;82-A:1189-1194.
50. Paez X. El profesionalismo en medicina o la buena práctica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, feb. 2008, vol.6, no.1, p.1-1.
51. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136:243-246.
52. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136:243-246.
53. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med*. 2002; 136:243-246.

54. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136:243-246.
55. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136:243-246.
56. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136:243-246.
57. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136:243-246.
58. Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136:243-246.
59. Blackall, GF, et al. Professionalism in medical education: The development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. *Medical Teacher.* 2007; 29: e58–e62.
60. Herdman M., Fox-Rushby J., Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual of Life Res* 1998; 7:323-335.
61. Nijsten T., Meads D., de Korte J., Sampogna F., Gelfand J y col. Cross-Cultural Inequivalence of Dermatology-Specific Health-Related Quality of Life Instruments in Psoriasis Patients. *J Invest Dermatol* 2007; 127:2315-2322.
62. Guyatt G., Patrick D. Evaluation of translation and cultural adaptation in global clinical trials included in Cochrane reviews. XV Cochrane Colloquium. Oct 23-27. 2007. Sao Paulo Brazil.

63. Paez X. El profesionalismo en medicina o la buena práctica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, feb. 2008, vol.6, no.1, p.1-1.
64. Beca I, JP, et al. Los estudiantes de medicina como parte del equipo de salud. *Rev. méd. Chile.* vol.139, n.4, pp. 462-466, 2011.
65. Beca I, JP, et al. Relación estudiantes de medicina – enfermo: Visión de los estudiantes. *Rev. Med. Chile.* 2007, Volumen 135, N. 12, pp 1003-1009.
66. Bauchamp T. L., Childress J. F., Virtudes e ideales de la vida profesional. *Principios de Ética Biomédica.* Barcelona, Editorial Masson, p. 454-457, 1999.
67. SUÁREZ, Fernando. y Díaz, Eduardo. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, volumen 13 (1), pp 107 – 113. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la OPS/OMS, 2007.
68. SUÁREZ, R. Comunicación personal. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, junio de 2009.
69. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Normas en Materia de Ética Médica. LEY 23 DE 1981 (18 de febrero).
70. Jha V, Bekker HL, Duffy SR, Roberts TE. Perceptions of professionalism in medicine: A qualitative study. *Med Educ* 2006;40:1027-36.
71. García-Huidobro M Diego, et al . Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Revista médica de Chile* 2006; 134(8): 947-954.
72. Delors J. La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana/UNESCO; 1996.

73. Salinas-Miranda et al. □ Perspectives on professionalism. 2014.
74. Falasco. Acta Bioquím Clín Latinoam 2005; 39 (2): 253-4
75. Branch, W. T. "The ethics of caring and medical education", Acad. Med. 2000, 75: 127-132.
76. Branch, W. T. "The ethics of caring and medical education", Acad. Med. 2000, 75: 127-132.
77. Rajesh Aggarwall. Qual Saf Health Care 2010;19(Suppl 2):i34ei43
78. Jorge MLSG, Coelho ICM, Paraizo MM, Paciornik EF. Sao Paulo Med J. 2014; 132(5):303-6
79. NEWDICK, Christopher; DANBURY, Christopher. Culture, compassion and clinical neglect: probity in the NHS
80. Madoery RJ y Crespo EI. El error en medicina. Experiencia médica. Edición especial, p 9-10, 2010.
81. Bauchamp T. L., Childress J. F., Virtudes e ideales de la vida profesional. Principios de Ética Biomédica. Barcelona, Editorial Masson, p. 454-457, 1999.
82. Sox. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter Lancet: 2002; 359: 520-2.
83. Khan A. Investigación clínica. Experiencia médica. Edicion especial, p 11, 2010.
84. ASCOFAME: II Conferencia Internacional de Educación Médica, Profesionalismo Médico en la Sociedad del Siglo XXI

85. Bustamante E, Sanabria Á. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical students. *Biomédica* 2014;34:291-9

86. Fasce E, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 746-752.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento.

IN CULTURAL DE LA ESCALA DEL "THE PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE"
VALORAR EL PROFESIONALISMO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA



CUESTIONARIO SOBRE PROFESIONALISMO
Opinión de los estudiantes de medicina
Año Académico 2012

- Edad: _____
- Sexo: Femenino _____ Masculino _____
- Estado civil: Casado _____ soltero _____ Union libre _____
- Semestre que cursa _____
- Ciudad de origen _____
- Area de residencia: Rural _____ Urbana _____
- Estrato socioeconomico: 1. ___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___ 6. ___
- Estado civil de los padres: Casados _____ Solteros _____ Union libre _____ Divorciado _____
- Quien finacia su estudio: Padres _____ Credito _____ Recursos propios _____ Otros _____ Quién? _____
- Numero de personas a cargo del encuestado _____
- Numero de hermanos _____

Grupo 1	Grado al cual el enunciado refleja su definición (encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
1. Mantiene los estándares científicos y basa sus decisiones en evidencia científica y experiencia.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. Mantiene relaciones médico-paciente sin tratar de sacar provecho económico personal, de la privacidad o ventajas sexuales.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Se toma el tiempo para revisar el trabajo de sus colegas y suministrar comentarios y sugerencias significativas y constructivas para mejorarlo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Busca mejoramiento personal.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Reporta información de manera consistente, precisa y honesta.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Evita hacer comentarios ofensivos y críticas indelicadas o injustas hacia otros compañeros.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Grupo 2		
1. Muestra interés en iniciar y ofrecer ayuda para el desarrollo profesional y personal de un colega.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. Promueve el bienestar y desarrollo del profesorado joven.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Se rehúsa a violar su propio código de conducta personal y profesional.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Aprecia y respeta la naturaleza diversa de los sujetos de investigación o pacientes y honra dichas diferencias en su trabajo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Asiste a las reuniones de la facultad, a seminarios y presentaciones de las investigaciones de los estudiantes como demostración de apoyo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Trabaja respetuosamente en colaboración con el equipo en beneficio de proveer un mejor cuidado del paciente o como contribución a la investigación.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 3		
1. Participa en procesos de acción correctiva en contra de aquellos que incumplen con los estándares de conducta profesional.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. No busca avanzar en su carrera a costa de otros.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Ofrece voluntariamente su experiencia y habilidades para el bienestar de la comunidad.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Cumple con sus obligaciones y compromisos de manera seria.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Respeta los derechos, la individualidad y diversidad de pensamiento de colegas y estudiantes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Contribuye significativamente a la misión de enseñanza del departamento y la Escuela de Medicina.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Grupo 4		
1. Manifiesta compasión.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. Demuestra adaptabilidad al responder a necesidades y prioridades cambiantes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Promueve la justicia dentro del sistema de salud demostrando su esfuerzo por eliminar la discriminación dentro del mismo.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Respeta la autonomía de los pacientes y les ayuda a tomar decisiones informadas.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Asume el liderazgo en el manejo de pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Reconoce sus propias limitaciones.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Grupo 5	Grado al cual el enunciado refleja su definición (encierre en un círculo su respuesta)	Orden de importancia (1 al 6)
1. Asume su propia responsabilidad personal en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. Participa en actividades enfocadas a lograr una excelencia en el cuidado de los pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Informa sobre errores médicos o de investigación.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Su comportamiento demuestra un compromiso hacia la confidencialidad.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Adopta estándares uniformes y equitativos hacia el cuidado de los pacientes.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Demuestra empatía.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
Grupo 6		
1. Defiende los intereses del paciente o sujeto de investigación por encima del interés personal.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
2. Divulga los conflictos de interés en el desarrollo de los deberes y actividades profesionales.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
3. Se viste de manera profesional y respetuosa hacia los demás.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
4. Responde a la crítica constructiva buscando mejorar sus capacidades en el área criticada.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
5. Está comprometido en la implementación de un cuidado rentable del paciente.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	
6. Presenta la información y actúa honestamente.	Nunca - Poco - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre	

Este instrumento es una adaptación al idioma español del cuestionario sobre profesionalismo de la *Office of Medical Education H176, The Penn State College of Medicine, Box 850, Hershey, PA 17033*. © 2003 Todos los derechos reservados

Anexo B. Cronograma de actividades.

Actividad a desarrollar	FEBRE RO	MARZ O	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST O	SEPTIE MBRE	OCT UBRE	NOVI EMB RE	DICIEM BRE
Revisión de la literatura	X	X	X								
Redacción del cuerpo del trabajo		X	X	X	X						
Carta comité ética				X						X	
Aplicación prueba piloto				X							
Aplicación de escala y recolección de datos			X	X	X	X	X	X	X		
Tabulación de datos											X
Redacción de resultados y presentación											X

Anexo C. Presupuesto.

RUBROS	TOTAL		
	FINANCIAMIENTO PERSONAL	FINANCIAMIENTO EXTERNO	TOTAL
1. Personal	-	-	-
2. Equipos	-	-	-
3. Fotocopias	80.000	-	80.000
4. Salidas de Campo	-	-	-
6. Bibliografía	-	-	-
7. Software	-	-	-
Honorarios y Servicios			
9. Técnicos	40.000	-	40.000
12. Administración	-	-	-
13. Otros	-	-	-
TOTAL	120.000	-	120.000