



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

GRADO ACADÉMICO Y ACTITUD ÉTICA
PROFESIONAL EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

Dr. Marco Antonio Portillo Flores

Médico residente del Curso de
Especialización en Medicina Familiar
Matrícula: 99364422

E-mail: cirugiageneral2001@yahoo.com.mx

ASESORES:

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez

Matrícula: 8320616

E-mail: drarrieta@hotmail.com

Dra. Lidia Bautista Samperio

Matrícula: 58464004

E-mail: lidia6807@hotmail.com

2008





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRADO ACADÉMICO Y ACTITUD ETICA PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.

Dr. Marco Antonio Portillo Flores¹ Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez² Dra. Lidia Bautista Samperio³

I. RESUMEN.

Antecedentes

Todos los profesionales tienen cualidades comunes que incluyen: sentido del deber, disciplina y búsqueda de la excelencia, sin embargo a lo largo de la historia, se ha designado a la profesión médica valores y formas de comportamiento como atributos del buen medico tales como: altruismo, compasión, integridad, honorabilidad, veracidad, respeto y responsabilidad. Para comprender la importancia de dichos valores en la práctica médica debe entenderse la ética, bioética y deontología.

OBJETIVO: Medir la actitud ética profesional de los residentes de medicina familiar y compararla entre los diferentes grados de la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional analítico, prospectivo y transversal, en 43 residentes de Medicina familiar en la UMF. 94 del IMSS, que aceptaron participar. Utilizando la Encuesta de actitud ética profesional de autoaplicación que evalúa cuatro competencias: Cognitiva, social, profesional y afectivo-emocional. Análisis con estadística descriptiva, prueba de hipótesis ji cuadrada y Kruscal Wallis para ver influencia de variables, presentación de resultados en cuadros.

RESULTADOS. Las características sociodemográficas de la muestra fueron: rango de edad entre 28 a 38 años y media de 29 ± 2.84 años, 72% del sexo femenino, 69.7% casados. De las competencias que integraron la actitud ética-profesional se encontró positiva en 89.5% la cognitiva; 79% social; 100% ética y 93.3% afectivo-emocional; conforme al grado, sexo, edad y estado civil se obtuvo una $p > 0.05$

CONCLUSIONES. La actitud ética profesional no muestra asociación con el grado académico del médico residente, destacando las competencias ética y afectivo-emocional, sin influencia significativa de las variables sociodemográficas.

Palabras clave: Actitud, ética profesional, grado académico, residentes, competencias, rasgos.

¹ Médico Residente del Curso de Medicina Familiar UMF No. 94

² Médico familiar Profesor Adjunto del curso de Especialidad de medicina Familiar UMF No. 94.

³ Médico familiar Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF. 94.

AUTORIZACIONES

Dra. Elena A. Vilchis Guizar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. Guadalupe Garfías Garnica
Coordinador Regional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF. 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educ. e Investig. En Salud UMF. 94

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar UMF.94
Asesor de tesis

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez.
Médico familiar UMF. 94
Asesor de tesis

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios nuestro señor por la oportunidad que he tenido de aprender, mejorar y de crecer junto a personas tan especiales para mí y compartir con ellas.

A mi madre quien me infundió la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida y el apoyo que me sostuvo para terminar el camino emprendido.

A mi esposa por su respaldo y ayuda durante estos tres años y a mi hijo quien me acompañó durante las jornadas de trabajo aún dentro del vientre de su madre gracias por estar a mí lado y por existir. "Marco Antonio".

A mí hermana por confiar en mí y en su apoyo.

A mis asesores de Tesis, Dra. Lidia Bautista Samperio y Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

INDICE

Contenido	Página
RESUMEN ESTRUCTURADO	2
AUTORIZACIONES	3
AGRADECIMIENTOS	4
MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVO	23
EXPECTATIVA EMPÍRICA (HIPÓTESIS)	23
IDENTIFICACION DE VARIABLES	23
VARIABLE DEPENDIENTE	23
VARIABLE INDEPENDIENTE	23
VARIABLE UNIVERSALES	24
MATERIAL Y MÉTODOS	24
DISEÑO DEL ESTUDIO	24
UNIVERSO DE TRABAJO	24
POBLACION	24
MUESTRA	24
DETERMINACION ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	24
TIPO DE MUESTREO	24
CRITERIOS DE INCLUSION	24
CRITERIOS DE NO INCLUSION	24
CRITERIOS DE ELIMINACION	24
DISEÑO METODOLÓGICO	25
INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA	25
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
DIFUSION DEL ESTUDIO	25
DESCRIPCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE TRABAJO	25
DESCRIPCION DEL PLAN DE TRABAJO	26
RECURSOS DEL ESTUDIO	27
ASPECTOS ÉTICOS	28
RESULTADOS	28
ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	31
SUGERENCIAS	31
ANEXOS	32
BIBLIOGRAFIAS	46

MARCO TEÓRICO

La preocupante tendencia internacional a la deshumanización de la Medicina ha sido la motivación fundamental para abordar aspectos medulares de la más importante relación profesional en el campo de la Salud, La relación médico-paciente.

Desde 1991 se ha presentado una situación que ha agravado la relación médico-paciente y es la presencia de empresas de medicina pre-pagada y una ley que extiende la seguridad social a toda la población, la cual fomenta la creación de empresas promotoras de la salud, con animo de lucro, cuyo papel es financiar aquellas entidades que prestan los servicios por medio de médicos, odontólogos, enfermeras y demás personal análogo, en estas condiciones, el médico se convierte en un mero intermediario para vender un servicio al paciente, al que ya ni si quiera se le llama así, si no simplemente se le denomina “el cliente”, el aspecto crematístico que predomina tales circunstancias dificultan aún más la buena relación médico-paciente.⁽¹⁾

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial como las desarrolladas al preguntar la hora a un transeúnte, y otras de carácter mucho más complejo como las que se establecen con los familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio y con la persona amada. Estas son las relaciones interpersonales, que deben cumplir con los 3 parámetros establecidos por *Pedro Lain Entralgo*, el relevante médico e historiador español.

- Saber ponerse en el lugar de la otra persona (fase coejecutiva).
- Sentir como él o ella (fase compasiva).
- Disponerse a asumir como propios sus éxitos y dificultades (fase cognoscitiva).⁽²⁾

Todos los profesionales tienen cualidades comunes que incluyen: sentido del deber, disciplina y búsqueda de la excelencia; sin embargo a lo largo de la historia se ha designado a la profesión médica valores y formas de comportamiento como atributos del buen medico, valores como el altruismo, compasión, integridad, honorabilidad, veracidad, respeto y responsabilidad.⁽³⁾

Debemos de abordar aspectos como la ética, la bioética, la ética medica y la deontología para comprender estos valores que el medico debe tener y llevar durante su práctica diaria.

Iniciaremos por definir que es la ética. Definiéndola como parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, así como "el conjunto de normas morales" que rigen la "conducta humana". Se trata, pues, de normas, cuyo seguimiento dependerá de la voluntad del individuo de regirse por las mismas. Frecuentemente puede observarse confusión entre la interpretación de la ética y los derechos humanos; entendiendo por estos últimos: como los derechos inalienables y pertenecientes a todos los seres humanos. Estos derechos son necesarios para asegurar la libertad y el mantenimiento de una calidad de vida digna, y están garantizados a todas las personas en todo momento y lugar. Pero

debe haber normas que los regulen y rijan es aquí donde la ética juega un papel importante. De aquí se deriva lo concerniente al respeto a la decisión libre e informada del paciente, respeto a su elección en cuanto al facultativo y a la libertad de tratamiento, son el origen y dan el sentido al consentimiento informado en la medida en que esas elecciones suponen una alternativa, respeto a la vida, a la dignidad de la persona, a la vida privada y al secreto profesional. Al respecto Bentham (1748- 1832), discierne que "El médico deberá respetar los derechos de los pacientes". Pero la ética sobrepasa el derecho debido a que éste es satisfecho por el respeto a la norma en el marco de una interpretación estricta. La ética exige del médico que sea igualmente bueno, honesto y desinteresado, en la interpretación más amplia del concepto, lo cual no puede garantizarlo ningún derecho.⁽⁴⁾

Hortal (2002), menciona que el término ética profesional se aplica a la conducta presumiblemente libre y responsable de una persona. Es una disciplina filosófica que investiga la conducta humana orientada hacia el bien. La ética general propone el cuadro de principios/valores básicos que han de servir de norte para que las personas puedan estructurar un proceder habitual en todos los órdenes. Por ejemplo, el principio y valor de la justicia, aplicable a todas las relaciones humanas. Por otra parte, están las éticas aplicadas, que introducen los principios de la ética general a ámbitos, problemas o a las actividades profesionales. En este caso hay que diferenciar entre Ética General de las Profesiones y las éticas profesionales concretas, es decir, la ética específica de cada profesión.

Entenderemos por ética profesional la disciplina que tiene por objeto determinar el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación al ejercicio de una profesión. Tanto la ética general de las profesiones como las *éticas profesionales* son éticas que en sus principios y directrices buscan el bien de los clientes o usuarios de los servicios, de la sociedad y de los propios profesionales.⁽⁵⁾

La bioética es la frontera en donde las cuestiones relacionadas, con la vida y la ética se juntan dentro de un ámbito de interacción fundamental. A ésta se accede desde el mundo de las ciencias biomédicas, y la medicina, pero también desde lo que es el campo de la filosofía, en una vertiente de la filosofía moral. Es donde encontramos a las ciencias sociales y a las humanidades en un sitio verdaderamente de privilegio, la práctica médica está constantemente reclamando la necesidad de darle respuesta a problemas de carácter bioético.

La bioética tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y de su vinculación con el ámbito del derecho de las ciencias humanas. Dicha finalidad implica la elaboración de lineamientos éticos fundados en los valores de la persona y en los derechos humanos, respetando todas las confesiones religiosas, con una fundamentación racional y metodológica científicamente apropiada. Tales lineamientos tienen también por finalidad la de poder ser aplicados por la orientación que se le dé, los instrumentos de estudio de la bioética proceden de la metodología interdisciplinaria específica que se resumen en tres momentos:

- a) El análisis, profundo y actualizado, de la naturaleza del hecho biomédico (momento epistemológico)
- b) Evidenciar las implicaciones en el plano antropológico (momento antropológico).
- c) Construir las soluciones éticas y las justificaciones de orden racional en que se sustentan (momento de aplicación).

Recientemente la reflexión respecto a la responsabilidad de la toma de decisiones contextualizándose de acuerdo a los cambios sociales, demográficos, políticos y médicos, entre otros, han dado cabida a que organismos colegiados relacionados con la Medicina, propusieran desarrollar un marco de referencia de la práctica profesional, de lo cual surge el Código de bioética en la especialidad, en éste se asume que la dimensión moral de la Medicina exige del profesional de dicha especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de las ideas morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas de manera individual, familiar y social; de esta manera al médico en formación o en ejercicio se le reclama su participación y disposición de otorgar con calidad y bajo los principios de moral, bioética y principios fundamentales de vida, su desempeño profesional en cualquiera de los escenarios en que se encuentre. Existe la necesidad de constituir un código de bioética, que contenga las normas necesarias para guiar la conducta del medico ante los nuevos dilemas éticos/deontológico y que a su vez, servirán para normar la calidad de su actuación profesional.

Este Código de bioética en Medicina consta de cinco capítulos, en los que en cada uno de ellos se vinculan aspectos de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral; principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; así como valores fundamentales como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad. Dichos capítulos se resumen en:

- Deberes y responsabilidades del Médico para con las personas, la familia y la sociedad.
- Deberes y responsabilidades para con los demás profesionales de la salud.
- Deberes y responsabilidades para la formación de recursos humanos en medicina familiar
- Deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina (investigación)
- Deberes y responsabilidades de carácter administrativo.

De esta manera al médico en formación o en ejercicio se le reclama su participación y disposición de otorgar con calidad y bajo los principios de moral, bioética y principios fundamentales de la vida, y el desempeño profesional bajo las normas necesarias para guiar la conducta del medico ante los nuevos dilemas éticos/deontológico y que a su vez, sirvieran para normar la calidad de su actuación profesional.⁽⁶⁾

En la segunda mitad del siglo XX, se experimentaron cambios importantes en el ejercicio de la medicina destacando: una visión de la Ética médica a partir del movimiento de la bioética; y una nueva actitud de la sociedad hacia los servicios de salud, derivada de una mayor conciencia de los derechos de los pacientes y de una amplia difusión de los conocimientos médicos. Es innegable que una de las bases de dicha ética, es la Declaración de Helsinki, en Finlandia (1964), la cual a su vez tiene como antecedentes el juicio de Nuremberg (del 20 noviembre 1945 al 1 octubre 1946), que dio paso como concepto al respeto por las personas y origen al consentimiento informado, después de la segunda guerra mundial, en donde se juzgó el Holocausto judío; y el Informe Belmont el cual surge de un estudio de salud en Macon Alabama EE.UU, una comunidad negra donde se les negó el tratamiento para la sífilis solo para ver la historia natural de la enfermedad en un periodo que comprendió de 1932 a 1972, dicho informe destacó el principio de la beneficencia en la investigación, la justicia, como principios fundamentales para la realización ética de los investigadores en participantes humanos. ⁽⁷⁾

La ética Médica es la disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. Al decir "actos médicos", hacerse referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.

El "acto médico", como concepto, no tiene que ver sólo con lo relativo al médico y a un paciente dado. El médico actúa en función profesional también en actividades distintas a las clínicas y a las quirúrgicas, como son a la salud pública, al laboratorio clínico, a la patología, a la medicina legal, a la investigación biológica, etc. Precisamente, uno de los defectos que tuvo la ética tradicional, la hipocrática, fue que en el juzgamiento moral del médico redujo su campo de acción a lo que hiciera al lado del lecho del enfermo o en el quirófano. Hoy, vale reconocerlo, el médico no sólo tiene compromiso con su paciente, sino también con toda la sociedad.

Cuando se habla de ética médica (para distinguirla de la ética humana normativa, o simplemente de la ética), en lo que se piensa es en una mezcla de tradiciones morales, mandamientos religiosos y obligaciones legales que tienen la misma vigencia y la misma aplicación para los médicos que para los pacientes, para los sanos y para el resto del universo, de hecho el término mismo está tan vacío de contenido que si se desea criticar la acción de algún colega médico y permanecer impune, basta decir "no creo que su comportamiento sea ético ...", mientras se hace un gesto de preocupación autorizada y condescendiente, y todos los oyentes estarán de acuerdo, aunque no se haya dicho específicamente nada.

A lo largo de la historia han surgido varios documentos con los cuales se ha tratado de objetivar los aspectos relacionados con el actuar ético del médico, así se tiene: El Código Hammurabí, que data del año 1700ac. se trata de una enorme piedra negra, un bloque de diorita pulida de más de dos metros de alto, grabado con las 282 leyes del rey Hammurabi, este código contiene 20 leyes de la 206 a la

226, donde se menciona al médico, siempre en relación con la magnitud de sus honorarios o de su castigo, según el tipo de operación realizada y sus resultados, sin embargo no es un código ético médico, sino una serie de mandatos que intentan regular la práctica de la cirugía, para los casos en que el médico no opera no hay legislación.

El segundo que brilla en la historia como una fuente de ética médica es el llamado "Juramento Hipocrático". No hay duda de que ha regido (por lo menos de nombre) la actitud profesional en la medicina y que, a través de muchos siglos, los médicos lo han considerado como un código ético médico completo.

Si aceptamos que la ética médica es ética humanista por cuanto se fundamenta en la ciencia del hombre, no puede aceptarse, sin beneficio de inventario, que mientras más científico sea el actuar del médico, más ético es. Sin embargo, debe ser juzgado a la luz de la ética humanista cuando al tiempo hace abstracción plena del componente espiritual, afectivo, del paciente y lo maneja simplemente como un objeto de experimentación. El médico que ejerce así procede dentro del marco de la ética humanista.⁽⁸⁾

La ética médica, no se reduce a simplemente a unas normas o recomendaciones sobre buenas maneras de etiqueta y cortesía profesionales. El médico debe comprometerse de manera tal que no ofenda a los que lo rodean ni hiera la dignidad de su profesión y de su persona. Si logra conjugar ambas cosas enaltecerá la medicina y se enaltecerá a sí mismo.⁽⁹⁾

A partir de la propuesta de Beauchamp y Childress. Se han revitalizado principios como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, el principio de autonomía significa un giro de 180 grados en las consideraciones sobre la relación médico-paciente en comparación con lo que sucedía en un pasado no muy lejano, que estuvo dominado por el principio de beneficencia en la forma de una de sus expresiones más comunes, el paternalismo el modelo tradicional (hipocrático) en las interacciones entre el médico y el paciente.

Estos han prevalecido por más de 2000 años, que le concede al médico una autoridad casi absoluta, de tal manera que constituye una relación totalmente asimétrica en la que el paciente sólo obedece ya que se le escatima su capacidad de decisión, dado que carece de información técnica sobre la medicina, y se le considera incapaz, por ello el médico tiene que tomar las decisiones.

Ahora han surgido el principios como el de benevolencia, autonomía, y justicia, entendiendo por benevolencia: la simpatía y buena voluntad hacia otras personas, y por autonomía: el derecho del paciente de participar en las decisiones médicas que le conciernen e incluso negarse a seguir las prescripciones del médico si no le parece conveniente. Por supuesto que hay requisitos para ejercer directamente este derecho, como son el que el paciente esté informado a través de un lenguaje claro, comprensible para él para que pueda tomar una decisión.

La autonomía significa entonces libertad para elegir de manera razonada y libre una decisión en relación con la terapéutica propuesta con base en el conocimiento de complicaciones y riesgos, dando paso a la creación de: el conocimiento informado o consentimiento bajo información que, lejos de ser un mecanismo para proteger a los médicos de demandas y reclamaciones posteriores, sino más bien un documento para resguardar a los pacientes de eventuales abusos por parte de los médicos o del sistema de salud.

El principio de justicia esta vinculado con la equidad, con la posibilidad de ofrecer oportunidades iguales a todos los individuos, pero también, tiene que ver con la necesidad de racionar los recursos y los servicios. Si partimos del reconocimiento de que las necesidades son siempre mayores que los recursos y que incluso el tiempo de los médicos es un bien escaso que tiene que racionarse.

Para los médicos el mejor criterio es el que se basa en la necesidad del paciente actuando con responsabilidad y comportarse con honestidad, respetar la confidencialidad, tener buenas relaciones con los pacientes, mejorar continuamente la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud, contribuir a la justa distribución de los recursos. ⁽¹⁰⁾

Ross señaló los principios morales que servirán para fundamentar la nueva ética médica son:

- a) Fidelidad (Ej. Decir la verdad, cumplir una promesa),
- b) Reparación (restituir de alguna forma el daño causado).
- c) Gracitud.
- d) Beneficencia (existen seres cuyas condiciones podemos mejorar).
- e) No maleficencia (no hacer daño a otro).
- f) Justicia (distribución de los recursos de acuerdo con los méritos y necesidades de las personas).
- g) Por último de automejoramiento o autoperfección.

Es por ello que la ética médica se sustenta entonces en tres pilares o bases sólidas principales:

- a) Beneficencia,
- b) autonomía
- c) justicia

La medicina ha sufrido cambios sustanciales en lo que va del presente siglo, pues sin desentenderse del individuo, ha contemplado también lo mucho que puede aportar al bienestar social de la comunidad, para ello algunas escuelas de medicina han proporcionado con indudable acierto, profesionistas capacitados para manejar al paciente como componente central del núcleo social primario como es la familia, ya que el bien que se le pueda brindar a aquel, va a redundar en beneficio de ésta. ⁽¹¹⁾

La relación médico-paciente es el elemento primordial en la práctica médica, para que sea satisfactoria, debe constituir un compromiso reciproco de deberes y derechos dentro de un marco de mutua confianza. Por parte del médico, supone el empleo de métodos morales científica y legalmente válidos, realizados con prudencia, pericia, diligencia, cariño, caridad, y pasión. ⁽¹²⁾

La ética médica en este momento debería incluir como actividades indispensables y absolutamente necesarias (y por lo tanto éticamente esenciales), las tres siguientes:

- 1) Curar y aliviar en la medida de sus humanas limitaciones, a todos los enfermos que lo soliciten, cualquiera que sean su condición social, su raza su religión o su ideología política.

- 2) Enseñar y divulgar los conocimientos de su profesión a alumnos, pacientes, familiares y otras personas que lo escuchen y puedan beneficiarse de este aprendizaje.
- 3) Contribuir a aumentar los conocimientos que le permitan mejorar la calidad de la atención médica que presta a sus pacientes y el contenido en la docencia que imparte entre los alumnos, enfermos y otras personas.

El médico, en general tiene la obligación moral de participar mínimo en éstas tres acciones señaladas (ejercicio médico, docencia y/o investigación), es importante mencionar que frecuentemente se relaciona la calidad con la súper especialización, se ve como incompatible el mezclar la asistencia (por el gran número de demanda), la docencia (por el requerimiento del tiempo para capacitarse), y la investigación (por la visión que ésta debe tener estrictamente un espacio tranquilo para meditar) en la cotidianidad del ejercicio profesional del médico.

Es importante que el médico tenga la obligación moral de mantenerse en capacitación continua, de seguir aprendiendo, de seguir puliendo su intelecto y entrenando sus sentidos para servir cada vez mejor a sus enfermos; no hacerlo es una grave falta de ética profesional. Aquí participa de manera fundamental la docencia ya que no hay mejor manera de aprender y de comprender algo que a través del esfuerzo que representa enseñar.

En otras palabras, una de las muchas formas en que la docencia contribuye a elevar el nivel de ejercicio profesional de la medicina es creando la necesidad de saber muy bien lo que se enseña; en otras palabras los profesores son responsables de enseñar a los alumnos a ejercer la profesión en la forma más actualizada y más eficiente, a impartir sus conocimientos claramente a todos los que puedan beneficiarse de ellos, y a realizar investigación con objeto de ampliar la información y poder brindar cada vez mejor servicio y docencia. ⁽¹³⁾

Lo que nos lleva a definir que es la deontología. Es la ciencia por medio de la cual el profesional de la salud se debe de conducir y guiar su práctica; en ella se conjunta la bioética y la ética medica.

En 1832, en París, el inglés Bentham (1748-1832) en su obra Science de la Morale, propone por primera vez el término de "Deontología", teniendo como pretensión tener una alternativa más liberal del concepto de ética, el cual para ésa época se había moralizado considerablemente debido a que se utilizó como concepto laico de la "moral (costumbres).

La deontología ayuda a la búsqueda del bienestar, y lo hace poniendo a su disposición los medios más adecuados. Entiéndase que la voluntad se somete siempre a la razón, y que la deontología también es una forma de vida que podemos asumir.

Debe quedar muy claro que el concepto de deontología se refiere al estudio de los problemas relacionados con la intervención sobre la vida de los demás seres vivos (plantas, microorganismos y animales) y, en general, lo que se refiere al equilibrio del ecosistema. Es una disciplina que tiene por objeto estudiar las

normas de comportamiento profesional específico de las profesiones sanitarias. Esta disciplina incluye tres órdenes de normas e instrumentos:

- a) Las normas morales, objeto de la ética médica tradicional, y que hoy se consideran dentro de la bioética, para cuya construcción la ética médica preparó el terreno. Su instrumento es el estudio de dichas normas.
- b) Las normas deontológicas propiamente dichas, recogidas en los códigos, así como por toda la tradición oral y escrita de la profesión médica. Implica el compararlas constantemente con los códigos nacionales e internacionales respectivos.
- c) Las normas jurídicas de cada país. Cuya finalidad es la profundización esencial y la actualización de las normas y reglas de conducta de la profesión médica. Se estudian bajo perfil del derecho vigente y del que cada país ha de formular con la finalidad también de buscar una correspondencia con los valores deontológico.⁽¹⁴⁾

La deontología, entonces, tiene la capacidad de imponer las normas éticas a los profesionales que, como Hipócrates, suscriban un juramento o, en el caso actual de los códigos deontológico, formen parte de una organización regida por un código de conducta. Queda bien ilustrado en Capítulo I , artículo 2 de la Comisión de Estudios de Deontología Médica (CEDM) que "los deberes que impone este código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen". Aplicando las normas éticas con las que debe de conducirse los profesionales de la salud, toman continuamente decisiones que influyen, en mayor o menor grado, en la calidad y duración de vida de sus pacientes.⁽¹⁵⁾

La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y guían la conducta profesional del médico. De acuerdo con esto, la Organización Médica Colegial, como representante de los médicos colegiados de España, asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la deontología profesional, y contempla en sus estatutos un Código Deontológico cuyos deberes afectan a todos sus miembros. El código contiene los siguientes puntos:

1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetará la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.
2. El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al enfermo ni le atenderá de manera negligente, y evitará cualquier demora injustificada en su asistencia.

5. Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.

6. En situaciones de catástrofe, epidemia o riesgo de muerte el médico no puede abandonar a los enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio.

También tiene implicaciones en la relación del médico con el paciente a través de los siguientes puntos:

1. En el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o sus allegados y se abstendrá de imponerles las propias.

2. El médico actuará siempre con corrección, respetando con delicadeza la intimidad de su paciente.

3. Cuando el médico acepte atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello al enfermo o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá la información oportuna, se haga cargo del paciente.

4. Si el paciente debidamente informado no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerase necesario, o si exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.

5. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas.

6. Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.

7. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la atención médica por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

8. En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de responsabilidad del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o allegado más íntimo o a otra persona que el paciente haya designado para tal fin.

9. En beneficio del paciente puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave. Aunque esta actitud debe considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente a decidir sobre su futuro.

Así como en el secreto profesional del médico:

1. El secreto del médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente para su seguridad.

2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualesquiera que sea la modalidad de su ejercicio.

3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional.

4. La muerte del enfermo no exime al médico del deber del secreto.⁽¹⁶⁾

El profesional de la medicina toma continuamente decisiones que influyen, en mayor o menor grado, en la calidad y duración de vida de sus pacientes, la sociedad debería insistir en que tales individuos estén regidos por un código ético claramente definido, no solo en sus posibilidades de acción, sino en sus limitaciones y castigos. Desde los años sesentas, en vista de la complejidad cada vez más creciente de la medicina y de la necesidad de reforzar la relación médico-paciente se juzgó deseable tener un estatuto que indicara de una manera más sistemática los deberes y derechos de los médicos. Y así, a la par de proteger el responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina, se busco garantizar a la sociedad en general, el que se desarrolle de manera ética y eficiente. El médico por lo que representa para la sociedad está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de moral universal, la asistencia médica se fundamenta en la libre elección del médico por parte del paciente.

El médico solo responderá por el riesgo que no previó cuando era previsible, del que previo pero confió imprudentemente en poder evitar, dedicara a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica, no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos que no se justifiquen, solo empleará medios diagnósticos o terapéuticos aceptados por las instituciones legalmente reconocidas, no expondrá a su paciente a riesgos injustificados, pedirá su consentimiento para aplicar tratamientos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, rehusará la prestación de sus servicios para los actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pone en práctica un Código deontológico aplicado a sus profesionales en enfermería que laboran en sus unidades los cuales rigen su actividad diaria; así como la transparencia de los funcionarios públicos, para el demás personal administrativo y de confianza que labora en la institución. ⁽¹⁷⁾

En el año 2001 en el IMSS, en varias unidades médicas y centros hospitalarios (HGZ Troncoso, Siglo XXI, la Raza, etc.), se realizó un estudio por el departamento de filosofía y letras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en médicos internos de pregrado y residentes adscritos, llegando a las siguientes conclusiones: el interno de pregrado y el residente, siguen siendo sujetos morales en formación; el sistema formal de conocimientos con que cuenta para enfrentar ésta nueva situación, deriva de lo adquirido desde la infancia en casa, la escuela elemental e incluso en los primeros años de la Universidad. Estos médicos inician su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y/o de sus maestros. Sin embargo, ante los conflictos éticos, iatrogénicos y mala praxis, el contraste entre estos principios y lo que sucede ante sus ojos en su quehacer cotidiano, puede llegar a ser violento. El alumno, al ingresar a una institución y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y de una profesión que ha idealizado y preconcebido, contra la realidad que se le devela. Los médicos en proceso de formación se enfrentan en no pocas ocasiones con una realidad que suele resultar

contradictoria y difícil. De inicio aspectos de Ética y poder: formación de residentes e internos con frustración, desilusión, malos entendidos y las irritaciones que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica. Y otros elementos como: la auto percepción, disminución en el aprendizaje, autoestima, expectativas de convertirse en médico y especialista, factores que en conjunto lo pueden conducir a desilusión y menosprecio hacia sus maestros e incluso hacia la profesión.

Autores como Kay afirma que la necesidad de confirmación del individuo no solo se da en la niñez, sino en la adultez, en donde se ve forzado a adoptar modelos idealizados por referentes de si mismos.

Otros autores hacen referencia que la exposición de los médicos en formación a eventos “antitéticos” realizados por médicos de mayor jerarquía, en los que incluso tuvieran que participar, puede influir en la formación e incluso deformación de sus sistemas de valores y en la confirmación o creación de sus códigos de ética, con ello se genera una lucha interna que los confronta como sujetos y profesionistas con el medio hospitalario.

Este ámbito Lyoid lo describe como hostil; donde existe carencia de modelos médicos a seguir, lo cual contrasta con las definiciones hipocráticas vigentes hasta por lo menos en el siglo XX, en las que el paciente era considerado el punto central de referencia, y el profesor, la figura que encarna un modelo de conocimiento y actitud moral.

En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía a raíz del exceso de trabajo rutinario, rígido y repetitivo, y excluyente del trabajo, es en este escenario en el que el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y enfrentarse al mundo laboral.

Si los alumnos ven a sus profesores trabajar de esta manera, no dudo que lo aprenderán, aunque nadie se los exponga en clases teóricas o seminarios, por el contrario, si los profesores solamente predicán con la palabra, pero actúan de otra forma el resultado será que los alumnos aprenderán lo que ven.

El cambio parece muy radical y se antoja incluso no factible de alcanzar, sin embargo la mayoría de escuelas y profesores han implementado y están realizando al menos dos de las acciones propuestas para fomentar la ética médica, que sería el ejercicio óptimo de su profesión y la enseñanza de todos aquellos que así lo decidan, faltaría entonces impulsar más la investigación en ellos, pero sobre todo en sus seguidores es decir en sus alumnos.

En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía a raíz del exceso de trabajo rutinario, rígido y repetitivo, del individualismo y de la “especialización excluyente del trabajo”. Existe un “desarrollo de un horizonte reflexivo estrecho”, en el cual el trabajador es “ajeno a su contexto laboral, cultural, social, e histórico” a los que considera “ajenos a su quehacer y hacia los que ha desarrollado creciente desinterés”. Es en este escenario en el que el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y enfrentarse al mundo laboral.⁽¹⁸⁾

Por otra parte el aprendizaje de estos preceptos no garantiza una conducta moral acorde con ellos y por el otro, los dilemas y conflictos del estudiante de medicina no son siempre los mismos que los del médico ya formado, incluso ante el propio paciente, para el estudiante de medicina se plantean otros aspectos agregados al

desempeñarse como tal frente al paciente o sus familiares de ahí pueden surgir algunas situaciones, una es rendir atributo a la verdad y que el personal en formación se presente como estudiante, pudiendo generar desconfianza en el paciente con la consecuente retracción y abandono del tratamiento, en detrimento de su pronóstico.

Si los alumnos ven a sus profesores trabajar de esta manera, no dudo que lo aprenderán, aunque nadie se los exponga en clases teóricas o seminarios, por el contrario, si los profesores solamente predicán con la palabra, pero actúan de otra forma el resultado será que los alumnos aprenderán lo que ven. El cambio parece muy radical y se antoja incluso no factible de alcanzar, sin embargo la mayoría de escuelas y profesores han implementado y están realizando al menos dos de las acciones propuestas para fomentar la ética médica, que sería el ejercicio óptimo de su profesión y la enseñanza de todos aquellos que así lo decidan, faltaría entonces impulsar más la investigación en ellos, pero sobre todo en sus seguidores es decir en sus alumnos.

Al tomar conciencia de la importancia de esto, las escuelas suelen responder con programas educativos destinados a consolidar en los estudiantes los valores tradicionales de la profesión, muchos de ellos enunciados en códigos, juramentos, o dogmas, no siempre confrontados con los valores del propio alumno. Las cualidades que el médico expresa desde el punto de vista ético, se manifiesta a través de la capacidad de tomar decisiones apropiadas en el momento oportuno y ejecutarlas en términos éticos, al hacerlo con base en los propios valores del paciente y los de la sociedad, la formación de valores trasciende ciertamente los límites de la escuela de medicina y de las unidades de atención médica.

Por otra parte el aprendizaje de estos preceptos no garantiza una conducta moral acorde con ellos, y por el otro los dilemas y conflictos del estudiante de medicina no son siempre los mismos que los del médico ya formado, incluso ante el propio paciente, aunque si existe un código universal para el manejo de los mismos.⁽¹⁹⁾

En la última década, el impacto de los eventos de abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento, ha cobrado creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica. Silver en 1992 acuñó el término “abuso sobre los estudiantes de medicina” (medical student abuse), siendo el primero en sugerir que el trato hostil y punitivo en la escuela de medicina influía en los cambios de actitud de los egresados. Autores como Lubitz y Nguyen encontraron que el abuso experimentado por los médicos internos durante su rotación por las diferentes especialidades, ejercía una influencia significativa sobre el tipo de especialidad elegida, resultando favorecidas especialidades como medicina familiar y rechazadas especialidades quirúrgicas, en las que se vivió un mayor abuso.

Igualmente Silver y Glick en 1992, afirman que de acuerdo al género las médicas presentaron mayor devaluación en su confianza, como resultado de la suma cotidiana de eventos traumáticos acumulativos.

Recordando a Bourdieu éste explica a la sociedad como el resultado del intercambio de capital, es decir todo aquello que tiene valor simbólico en una sociedad determinada (cultural, material, económico, etc.); así el estudiante de medicina ingresa a una comunidad, con características específicas, con códigos,

normas y valores particulares, a la cual va a intentar pertenecer y en la que buscará ser aceptado. Cuando existe una diferencia importante entre éstos y los valores del estudiante y la comunidad, el resultado es la generación de conflicto. Finalmente debemos de fomentar la adquisición de la conciencia y razón de sí en sujetos en formación, que permitirá una mayor reflexión filosófica, que podría traducirse en la formación de sujetos críticos que cuestionen su entorno y, mejor aún, de sujetos creativos que no sólo aporten un servicio a una institución, sino que ayuden a transformar su medio laboral como parte fundamental de su desempeño profesional. ⁽²⁰⁾

La Universidad Nacional Autónoma de México, en cooperación con la universidad de Valencia en España, realizaron la construcción y aplicación de la Escala de Actitudes sobre Ética Profesional es la última de las tres actividades de un proyecto de investigación sobre ética profesional, que se desarrolló en el Centro de Estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)). Las otras dos acciones previas fueron: la construcción del marco teórico y entrevistas a académicos vinculados con la temática en varias universidades españolas. Dicha investigación, forma parte del proyecto colectivo “Valores, universitarios y profesionales de los estudiantes de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)”, financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM (2003-2005). La construcción de la Escala fue una propuesta del Dr. Juan Escamez Sánchez, Catedrático de Filosofía de la Educación, en el Departamento de Teoría de la Educación, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de Valencia. Estuvo asesorada por él y la Dra. Rafaela García López, Profesora Titular en el mismo Departamento, quien además supervisó su aplicación en la Universidad de Valencia y la captura de dicha información.

La construcción de la escala tiene como sustento la propuesta de investigación elaborada por el Dr. Juan Escámez Sánchez, con base en la Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (Escámez, 1988 y 1991). Uno de los fundamentos de ese modelo teórico es la concepción del hombre como ser racional, que usa la información para hacer juicios, evaluaciones y tomar decisiones. Afirmando que aquél, tiene la capacidad para explicar la interrelación entre los factores sociales, cognitivos, afectivos y conductuales que intervienen en la formación y el cambio de actitudes.

Existen dos tipos de creencias: conductuales y normativas (Escámez, 1991): Las primeras se refieren al convencimiento que tiene el sujeto, de acuerdo con la información que posee, de que realizando una determinada conducta obtendrá para él, resultados positivos o negativos. Las normativas se vinculan con el convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones, importantes para él, esperan que realice una determinada conducta. Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes y las creencias normativas generan las normas subjetivas.

Por actitud se entiende como “una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado”. Tiene tres componentes: cognoscitivo, afectivo y comportamental. El

primero denota conocimiento, opinión, idea, creencias o pensamiento en torno al objeto, la persona, resultado o el suceso.

El afectivo se refiere a los sentimientos o evaluación de la persona sobre algún objeto, persona, resultado o suceso, y el comportamental se refiere a la conducta en presencia del objeto, persona, resultado o suceso, y por intención se entiende como “la decisión del sujeto de realizar o no una determinada conducta” y tiene que ver con el contexto en que se pretende realizar. Cuando la actitud y la norma subjetiva son del mismo signo (positivas o negativas), se concretarán en la intención o en la no intención de realizar una conducta. Cuando son de signo contrario, la intención dependerá de la intensidad de cada una de ellas.

Además del de actitud, en el modelo hay otros cuatro conceptos clave: creencia, norma subjetiva, intención y conducta. Considera también variables externas como: rasgos de personalidad y referentes culturales. De acuerdo con Escámez (1991), “creencia es la categoría que subsume toda la información que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud. Engloba conceptos como idea, opinión, información y todo aquello que está relacionado con el ámbito del conocimiento”.

La Escala de Actitudes sobre Ética Profesional se construyó a través un largo proceso, en ello se requirieron varias fases: La primera fase consistió en indagar con una pregunta abierta, en términos generales, al juicio de los 131 entrevistados “los cinco rasgos más significativos de ser un buen profesional”; con ello se construyeron 18 rasgos y se clasificaron en cinco tipos de competencias.

En la segunda fase se realizó un análisis por parte de los jueces. Se extrajeron 49 rasgos de ser un buen profesional, que fueron analizados numéricamente por 10 jueces, considerados expertos en el campo en estudio: cinco profesores universitarios, principalmente en el área de educación y filosofía y cinco profesionales en ejercicio de las siguientes disciplinas: medicina, enfermería, leyes, administración y arquitectura.

Se obtuvieron los siguientes datos enumerándolos en forma jerárquica y decreciente por cada una de las competencias:

I. Competencia cognitiva-técnicas, el conocimiento, formación, preparación y competencias profesionales fueron los rubros más importantes para los encuestados, seguidos, de la formación continua, formación y superación y las competencias técnicas.

II. Competencia social los datos más importantes obtenidos fueron: compañerismo y relaciones, comunicación, saber trabajar en equipo, ser trabajador.

III. Competencia ética los datos obtenidos fueron los siguientes: responsabilidad, honestidad, ética profesional y personal, prestar el mejor servicio a la sociedad, respeto y actuar con principios morales y valores profesionales.

IV. Competencias afectivo- emocional los datos obtenidos son los siguientes: Identificarse con la profesión, capacidad emocional.

De acuerdo a estos resultados como una tercera y última fase se realizó un instrumento de evaluación que después de varios procesos de depuración se concluyó con un instrumento de 54 ITEMS. ⁽²¹⁾

Durante el curso de especialización en medicina familiar se hace hincapié en aspectos éticos profesionales, donde se resalta al medico residente en formación de la importancia que está tiene, y además de aplicarla en su actividad diaria toda esta tiene un alcance mayor debido a que se refuerza a través del curso en línea sobre los aspectos éticos que el profesional de la salud debe tener, conocer y aplicar en su practica diaria este curso impartido por la Universidad Autónoma de México (UNAM), durante el año 2006, donde todos los médicos residentes de medicina familiar en formación participaron, por lo que el residente debe de tener una mayor actitud ética profesional conforme mayor sea su grado académico.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En un estudio llevado a cabo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, de la Secretaría de Salud en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en el año 2004, donde quisieron comprobar el grado de actitudes y jerarquización de valores en médicos residentes de la especialidad de gineco-obstetricia del 1° al 4° grado, así como en los médicos de base valorando el grado de compromiso, responsabilidad, conocimiento, honestidad, compasión etc., los resultados evidenciaron que para los médicos residentes la benevolencia y la compasión fueron los aspectos más destacados; en tanto que en los médicos de base prevaleció: conocimiento, honestidad, prestigio, benevolencia, lealtad al gremio. Concluyendo que el profesionalismo es importante en la residencia, de manera tripartita y equivalente con el conocimiento y las habilidades.

En el año 2001 en el IMSS, en diversos hospitales escuela con los que cuenta, por nombrar algunos HGZ troncoso, Hospital de Especialidades CMN SIGLO XXI, CMN La Raza, HRGO No. 4 San Angel, etc. en el DF, se realizó un estudio en médicos internos de pregrado y residentes, hecho por una investigadora del departamento de historia y filosofía de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde ella hace las siguientes reflexiones, el interno de pregrado y el residente, siguen siendo sujetos morales en formación; el sistema formal de conocimientos con que cuenta para enfrentar ésta nueva situación, deriva de lo adquirido desde la infancia en casa, la escuela elemental e incluso en los primeros años de la Universidad. Estos médicos inician su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y/o de sus maestros. Sin embargo, ante los conflictos éticos, iatrogénicos y mala praxis, el contraste entre estos principios y lo que sucede ante sus ojos en su quehacer cotidiano, puede llegar a ser violento. El alumno, al ingresar a una institución y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y de una profesión que ha idealizado y preconcebido, contra la realidad que se le devela. En muchos casos, ve al médico como un personaje privilegiado en la sociedad, al que se le atribuyen características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y nivel económico deseables. Muchas veces la idea de convertirse en médico funciona como un mecanismo de resolución de conflictos sociales, como forma de compensar carencias percibidas, o como medio para la adquisición de poder.

Los médicos en proceso de formación se enfrentan en no pocas ocasiones con una realidad que suele resultar contradictoria y difícil. De inicio aspectos de Ética y poder: formación de residentes e internos con frustración, desilusión, malos entendidos y las irritaciones que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica. Y otros elementos como: la auto percepción, disminución en el aprendizaje, autoestima, expectativas de convertirse en médico y especialista, factores que en conjunto lo pueden conducir a desilusión y menosprecio hacia sus maestros e incluso hacia la profesión.⁽²²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ejercicio actual de la medicina atraviesa por una profunda crisis de valores éticos, favorecida por los procesos de súper especialización, las tendencias mercantiles, la burocratización creciente y la práctica de una medicina defensiva.

El Código de Conducta norma el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que han caracterizado a dicho gremio; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Estas conductas propician la armonía en el desempeño individual y grupal del prestador de servicio. Dicha ética está orientada al paciente, en donde se requiere que el profesional de la salud sea corresponsable de lo que experimente subjetiva u objetivamente el individuo. Hasta el siglo pasado durante el proceso clínico el médico se enfrenta a problemas éticos desde su etapa de formación, en donde pareciera mas relevante adquirir conocimientos, habilidades, destrezas, y actitudes, que la reflexión ética en la práctica médica, en el ámbito formal de la enseñanza de la medicina, la ética medica no se integra de manera explicita en los programas y hasta hace poco tiempo se ha observado un reconocimiento incipiente de una perspectiva humanista, que no debe ser ajena a ninguna especialidad médica.

La Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM, ofrecen a todos los profesionales de la salud que se desempeñan en el Sector un Código de Conducta que guíe sus actividades y acciones. En dicha tarea cabe resaltar que universidades como Valencia y UNAM se dieron a la tarea de constituir un instrumento denominado Escala de actitudes sobre ética profesional que de manera objetiva pudiera medir éste aspecto en profesionales y personal en formación.

JUSTIFICACION

El IMSS cuenta con un código de conducta médica, y de transparencia de los funcionarios públicos que apoyan a la Cruzada de la calidad; con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal, se puede argumentar que el médico familiar así como el médico en formación, es quien representa el líder del equipo de salud, es quien debe de aplicar en teoría en su práctica profesional los criterios de dichos aspectos éticos, en cada momento de su relación médico-paciente, por lo que se justifica este estudio con la finalidad de corroborar cuanto en la práctica real dichos aspectos son ejecutados por los mencionados profesionales y si existe alguna diferencia entre los ya formados y

aquellos en proceso de concluir la especialización, para ello se consideró que la UMF. 94 cuenta con la estructura y elementos para realizar esta investigación, sin contraponerse a la ética y políticas institucionales, ni de formación del personal involucrado, es por ello que surge la siguiente interrogante.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Existe diferencia en la actitud ética profesional entre los residentes de la especialidad de medicina familiar de acuerdo a su grado académico?

OBJETIVO

Comparar la actitud ética profesional del residente de medicina familiar entre los distintos grados académicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las competencias y rasgos de la actitud ética profesional del residente de medicina familiar en su relación médico paciente.
- Determinar los rasgos de la competencia cognitiva, de la actitud ética profesional que posee el residente de medicina familiar.
- Determinar los rasgos de la competencia social, de la actitud ética profesional que posee el residente de medicina familiar.
- Determinar los rasgos de la competencia ética de la actitud ética profesional que posee el residente de medicina familiar.
- Determinar los rasgos de la competencia afectiva-emocional de la actitud ética profesional que posee el residente de medicina familiar.

HIPOTESIS

A mayor grado académico mayor actitud ética profesional del médico residente de medicina familiar en su práctica clínica.

IDENTIFICACION DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE (ver anexo)

- Grado académico de la residencia.

VARIABLES DEPENDIENTE (ver anexo)

- Actitud ética profesional

VARIABLES UNIVERSALES (ver anexo)

- Edad
- Estado civil.
- Sexo.

MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Observacional, analítico, transversal, y prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

- Universo: Residentes de Medicina Familiar del Instituto Mexicano Del Seguro Social.
- Población: Residentes del Curso de especialización en Medicina Familiar inscritos en el ciclo escolar 2006 – 2007, en la UMF 94 del Instituto Mexicano Del Seguro Social.
- Muestra: No necesaria ya que se trabajo con la población de médicos residentes con adscripción a la UMF. 94
- Determinación estadística del tamaño de la muestra: No necesaria se trabajo con el total de los residentes.
- Tipo de Muestreo.
No probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Ser residentes de medicina familiar adscritos a la sede Unidad de Medicina Familiar No. 94.
- Que acepten participar en el estudio.
- De cualquier grado académico de la especialidad.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Aquello residentes que se encuentren en su semestre de campo

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no respondan completo el instrumento.

DISEÑO METODOLÓGICO.

INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA

El investigador principal, de manera personalizada invitó por grados a los médicos residentes que participaron en la investigación, para ello se les explicó el objetivo del estudio, se les explicó la forma de su participación y una vez que firmó el consentimiento informado. Se les aplicó la encuesta de actitud ética profesional.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (ver anexo)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de resultados se realizó con la aplicación de estadística descriptiva, con determinación de medidas de tendencia central; de dispersión y determinación porcentual para las variables universales. Para la comparación entre las variables dependiente e independiente se utilizó la prueba Kruskal Wallis con una p de (0.05).

DIFUSION DEL ESTUDIO

En sesión general de la UMF.94 y publicación en revista indexada.

DESCRIPCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE TRABAJO

Anexo 6: Escala de Actitud Ética Profesional desarrollada en la universidad de Valencia por el Dr. Juan Escames Sánchez, catedrático de filosofía de la universidad de la facultad de filosofía y letras de la Universidad de Valencia y; en la última de las tres actividades de un proyecto de investigación sobre ética profesional, que se desarrolló en el Centro de Estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Las otras dos acciones previas fueron: la construcción del marco teórico y entrevistas a académicos vinculados con la temática en varias universidades españolas, la última fase desarrollada en el periodo 2003-2005. Con una alfa de Cohombrach de 0.96.

Consiste en un cuestionario estructurado, cerrado, con 54 ITEMS, con cinco opciones de respuesta con escala del 1 al 5 de satisfacción al acuerdo o desacuerdo máximo en cada una de ellas. Considera cinco competencias (Cognitivas, técnicas, éticas, sociales y afectivo-emocionales) conformadas por 18 rasgos: Conocimiento, formación, preparación profesional, competencia profesional, compañerismo, responsabilidad, comunicación, preparación y formación continua, eficacia, eficiencia, conocimiento y competencia técnica, innovación e identificación con la profesión, respeto, honestidad, ética profesional y personal, actuar con sujeción a principios y valores; cuya distribución fue:

COMPETENCIA	RASGOS	NÚMERO DE ÍTEM
COGNITIVA	Conocimiento, formación, preparación Competencia Profesional.	1, 26*, 38
	Formación continúa.	5, 8, 12, 18, 22, 26
	Innovación y superación	31, 34
	Competencia Técnica	12*, 16

COMPETENCIA	RASGOS	NÚMERO DE ÍTEM
SOCIAL	Compañerismo y relaciones	2, 4, 39
	Comunicación	15, 19
	Saber trabajar en equipo	23, 27.
	Ser trabajador.	9, 35
COMPETENCIA	RASGOS	NÚMERO DE ÍTEM
ÉTICA	Responsabilidad	3, 10, 25, 50
	Honestidad	16*, 20, 47, 52
	Ética profesional y personal	13, 24, 33, 46
	Respeto	6, 20*, 28, 40, 53
	Actuar con principios morales y valores profesionales.	11, 30, 36, 37, 41, 44, 45
	Prestar el mejor servicio a la sociedad	32, 42, 48, 49, 51, 54
COMPETENCIA	RASGOS	NÚMERO DE ÍTEM
AFECTIVO-EMOCIONAL	Identificación con la profesión	7, 14, 17, 43
	Capacidad emocional	21, 29

En cada competencia del instrumento aplicado, se evalúo en función a la respuesta dada por el encuestado a cada uno de los rangos de los que consta cada una de las competencias de la Actitud ética profesional de acuerdo con sus respuestas al siguiente puntaje:

Positivo: Si califica en rango de 4 (de acuerdo) o 5 (muy de acuerdo)

Neutro: No tiene una opinion definida con respecto al contenido de la pregunta si la califica (3)

Negativo: Si califica 1 (esta muy en desacuerdo) o 2 (no esta de acuerdo)

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación de la Unidad, número 3515, se confirmó con los Coordinadores del Curso de especialización en

Medicina Familiar, de la Sede académica en la UMF. 94, el inicio de la recolección de los datos.

Para ello como se expresó en la integración de la muestra, el investigador responsable realizó invitación verbal y personalizada a los médicos residentes, con una programación en diferente día de acuerdo al grado académico. La actividad con el grupo consistió en la presentación del investigador del objetivo del trabajo y confirmar la forma de participación, posterior a ello se les entregó el formato de consentimiento informado para recabar su rubrica (ANEXO 5), e inmediatamente se les entregó el formato de recolección de datos denominado Encuesta de Actitud Ética Profesional, de autoaplicación, dándoles el tiempo requerido para su contestación, siendo recogidas el mismo día. De manera explícita se les indicó que aquellos participantes que desearan su retroinformación de resultados lo externaran y colocaran su nombre para ser posteriormente localizados e informados por el propio investigador. Se les pidió a cada participante no divulgar el contenido del instrumentos con ninguno de sus compañeros de diferente grado, con la finalidad de recuperar respuestas lo más fidedignas posibles.

Dicho procedimiento se realizó los días martes para el grupo de primer grado, el miércoles para segundo y el jueves para el tercer grado, realizando el mismo procedimiento con cada uno hasta completar el total de encuestados.

Al concluir la recolección de la información ésta fue vaciada en una hoja de cálculo (anexo 4), la cual contiene número progresivo, folio, turno, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, cada una de las áreas de las que comprende la actitud ética profesional y los indicadores de cada uno de ellos, con la ayuda del programa SPSS V 12.0 en donde también se realizó su análisis, para su presentación se auxilió en tablas.

RECURSOS DEL ESTUDIO

RECURSOS MATERIALES: Cuestionarios de evaluación, lápiz goma y sacapuntas, calculadora, computadora, impresora.

RECURSOS HUMANOS: El investigador

RECURSOS FINANCIEROS: Los propios del investigador.

RECURSOS FÍSICOS: Aula.

ASPECTOS ÉTICOS

En este caso el estudio según la clasificación de los estudios de investigación es del tipo sin riesgo ya que no se tendrá ningún aspecto de intervención o manipulación pero es importante conocer los aspectos éticos que rigen los estudios de investigación.

Este trabajo se fundamenta legalmente en la Declaración de Helsinki, Ley General de Salud y Requisitos institucionales en materia de investigación.

La investigación propuesta corresponde a la clasificación de "sin riesgo" ya que no se realizará intervención alguna sobre los participantes, así como se mantendrá el derecho de participar bajo información. Se fundamenta en los siguientes principios de ética: el de beneficencia, ya que se busca tener un diagnóstico de la actitud ética profesional que el médico en formación de la Especialidad en Medicina Familiar aplica en su práctica diaria a través de la reflexión y respuesta de los participantes, El principio de justicia esta vincula con la equidad, con la posibilidad de ofrecer oportunidades iguales a todos los individuos a participar y respeto a la decisión de no participar en el estudio, y honestidad para guardar la información que se recabe durante la investigación.

RESULTADOS

El estudio incluyo al total (43) residentes de medicina familiar pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94, del Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS), del ciclo académico 2006-2007.

La distribución de los participantes conforme al grado académico fue para: Primero 15(34.9%); segundo 9(20.9%) y tercero 19 (44.2%). De acuerdo con la distribución de las variables sociodemográficas (cuadro 1), la edad fue: para el primer grado con un rango de 25-30 años y una media de 27.07 ± 1.75 años, en el segundo grado un rango de 28 a 38, una media 29.44 ± 3.53 años y para el tercer grado un rango de edad de 27 a 34, y una media de 30.32 ± 2.42 años, con una $p=0.002$. Respecto al sexo predominó el femenino en los tres grados siendo, en el primer grado 12 casos (80%); en el segundo 7(77.8%); y en el tercero 12(63.2%) con una p 0.268. De manera similar respecto al estado civil en los tres grados predominó el de casado teniendo para el primer grado a 10(66.6%), en el segundo 5(55.5%) y en el tercero 15(78.9%), con una $p=0.393$.

Las cuatro competencias evaluadas en el trabajo mostraron de acuerdo a los rasgos que las conforman los siguientes datos:

- En la competencia cognitiva (cuadro 2), los rasgos de conocimiento, formación, preparación y competencia profesional, destacaron como positivos en el segundo grado reportándose en 8 residentes (88.9%), como también el rasgo de formación continua en 7(77.8%). En relación con innovación y superación fue positiva mas frecuentemente en el tercer grado con 17 casos (89.5%). Finalmente el rasgo de competencia técnica se reporta positiva con mayor frecuencia en el segundo grado en 13(86.7%), con una p mayor de 0.05
- En la Competencia social (cuadro 3), los rasgos de compañerismo, las relaciones personales y la comunicación destacaron como positivas en el primer

año reportándose en 4 residentes (26.7%), el rasgo de saber trabajar en equipo fue positivo mas frecuentemente en los de segundo año en 6(66.6%) finalmente el rasgo de ser trabajador reporto una frecuencia positiva mayor en los de tercer año en 15(79.0%), con una p mayor de 0.05.

- En la competencia ética (cuadro 4), el rasgo de responsabilidad fue el mas frecuentemente positivo en los tres grados, predominando en el tercer grado en 19(100%), así como también rasgos como la honestidad y el respeto predominaron en los de tercer año en 12(63.2%), y finalmente los rasgos de prestar el mejor servicio a la comunidad, actuar con principios y valores morales y ética profesional se reportan positivos con mayor frecuencia en los de primer grado reportando una mayor frecuencia el prestar el mejor servicio a la comunidad en 8(53.4%), con una p mayor a 0.05
- En la competencia afectivo-emocional (cuadro 5), el rasgo de la capacidad emocional se reporto positivo con una mayor frecuencia en los de primer año en 14(93.3%) finalmente el rasgo de la identificación con la profesión reporto positivo más frecuentemente en el segundo año con 6(66.6%). Con una p mayor de 0.05.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El comportamiento de los datos sociodemográficos de ésta investigación son acordes con lo reportado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).⁽²³⁾, ya que predomina un rango de edad correspondiente a adultos jóvenes y conforme a la especialidad la distribución por sexo en su mayoría es femenino.

De manera similar a lo observado por Villanueva,⁽¹⁵⁾ para los residentes en este trabajo, los aspectos de la responsabilidad y honestidad, son rasgos importante en su práctica, más allá de lo estudiado por dicho autor, otros elementos de nuestro estudio fueron el respeto, actuar con principios y valores morales, ética profesional y personal y prestar el mejor servicio a la comunidad.

Es importante señalar que los elementos estudiados de la ética profesional, innegablemente actúan en forma integrada, sin embargo para fines didácticos separaremos los rasgos observados, es así como de acuerdo con los diferentes grados de la residencia en la especialidad destacan algunos de ellos, siendo de alguna manera esperado el resultado, ya que en el primer grado destacan en la competencia cognitiva aspectos de competencia técnica, en el segundo alcanza ya un giro en priorizarse el reforzamiento a través del conocimiento, formación y competencia profesional; y finalmente en el tercer grado es importante el despunte de la innovación y superación lo cual puede interpretarse como parte de la integración de los rasgos previamente adquiridos en grados académicos anteriores, lo que potencialmente puede favorecer la adaptación a un mercado laboral.

La segunda competencia que corresponde a la social, muestra resultados por demás interesantes, si bien se observa que en el primer grado de la especialidad el compañerismo, relaciones personales y la comunicación predominan, es probablemente el producto de iniciar una experiencia de formación, por lo que por estudios sociológicos el ser humano tiende a interactuar y apoyarse ante una circunstancia no conocida. Curiosamente en el segundo grado prevalece saber trabajar en equipo, hecho por demás importante ya que el sistema médico familiar requiere precisamente dentro de su filosofía poder realizar esto, para que a futuro se pueda integrar al equipo de salud y multidisciplinario de las instituciones. Sin embargo es de llamar la atención que en el tercer grado predomina el rasgo de ser trabajador, esto por un lado es favorable ya que se pretende que el médico que casi está en el siguiente escalón laboral como futuro médico de base sea responsable y trabajador como características de desempeño adecuado, sin embargo es importante el seguimiento de éstos residentes para que no se pierda la importancia de trabajar en equipo, rasgo que se presentó en menor proporción en éste grado.

Aunado a lo anterior la competencia ética, puede interpretarse con una muy positiva visión, ya que el rasgo que destaca en los tres grados es la responsabilidad, y en mayor proporción junto con el de honestidad y respeto para el tercer año; así mismo cabe destacar que para el primer año en esta competencia resaltaron los rasgos de prestar el mejor servicio a la comunidad, actuar con principios y valores morales y ética profesional y personal. Sin embargo es preocupante que en el segundo grado esta competencia fue calificada como neutra lo que nos obliga a considerar la implementación de estrategias en dicho grupo.

Finalmente lo observado en la competencia afectivo-emocional es muy relevante por un lado confirma que el rasgo de identificación con la especialidad destaca en el segundo grado, el remarcar aspectos técnicos y administrativos favorece el desarrollo del residente en áreas distintas al ámbito puramente biológico, sin embargo obteniendo un valor menos positivo en el rasgo de capacidad emocional, el cual de acuerdo a su acepción corresponde al manejo empático con el paciente. En éste ultimo aspecto es el primer grado el que se observa mas positivo, seguidos del grupo de tercer grado.

Indudablemente los datos vertidos en esta investigación, corroboran que independientemente del grado académico que se curse en la especialidad de medicina familiar, el residente mantiene una actitud ética profesional en su práctica clínica, y que algunos rasgos pueden acentuarse conforme al año académico. El trabajo finalmente al ser una evaluación inicial y dado que se dio a través de una encuesta, es factible de ser mejorado, dando pie a que esto se realice en un estudio de intervención en el desempeño de los profesionales evaluados, así como en escenarios diversos que competen a su práctica médica.

CONCLUSIONES.

El trabajo permitió determinar que en todas y cada una de las competencias que integran la actitud ética profesional, el personal médico residente participante, tiene una tendencia positiva a cada uno de los rasgos que componen dichas competencias.

Destacando en la competencia cognitiva, el rasgo constituido por: el conocimiento, formación, preparación, competencia profesional; seguido de la innovación y superación, como importantes para los médicos residentes.

En la competencia social el ser trabajador y saber trabajar en equipo.

En la competencia ética los rasgos de la responsabilidad, honestidad y el respeto. Y por último en la competencia afectiva-emocional destaca la capacidad emocional

Al comparar cada una de las competencias y rasgos que la conforman, entre los tres grados, se observó que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

SUGERENCIA.

Implementar acciones con los diferentes grados para desarrollar aquellas competencias cuyos rasgos no presentan un comportamiento regular, tales como ética profesional y personal, valores morales, y trabajo con la comunidad.

Proponer de manera extracurricular y si es posible en la curricula del personal en formación de la especialidad de medicina familiar el aspecto de ética clínica, además del aspecto de deontología médica y reforzar los contenido en investigación existentes.

Implementar mecanismos de seguimiento en aquellos aspectos que reportaron neutralidad en sus respuestas, para transformarlas en fortalezas en el personal en formación.

Proponer la aplicación de la Encuesta de Actitud Ética profesional, tanto en el personal en formación, como en el de base, con la finalidad de mantener y mejorar dicha actitud.

ANEXOS.

CUADRO DE VARIABLES

ANEXO 1

VARIABLE DEPENDIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALADE MEDICIÓN	CATEGORIA DE LA VARIABLE
ACTITUD ÉTICA PROFESIONAL	Es la postura que guarda el profesional de la salud conduciéndose en base a sus valores morales al realizar su actividad profesional	Una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a la practica clínica del residente de medicina familiar medida a través de "la Encuesta actitud ética profesional" que implica 4 competencias	*Competencia cognitiva: Considerada como la capacidad intelectual del individuo y los rasgos que la componen son: (Conocimiento, formación y preparación y competencia profesional). Formación continúa. Innovación y superación. Competencia técnica.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo. • Neutro. • Negativo.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALADE MEDICIÓN	CATEGORIA DE LA VARIABLE
			<p>* Competencia social: Se considera como la capacidad que tiene el individuo de relacionarse con su entorno y los rasgos que la componen son: Compañerismo y relaciones. Comunicación Saber trabajar en equipo. Ser trabajador.</p>	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo. • Neutro. • Negativo.
			<p>*Competencia ética: Entendiéndose como aquella actitud aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a su práctica clínica y los rasgos que la componen son: Responsabilidad Honestidad. Respeto.</p>	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo. • Neutro. • Negativo

			<p>Prestar el mejor servicio a la sociedad. Actuar con principios y valores morales.</p>			
			<p>*Competencia afectivo-emocional: Es la capacidad que el individuo tiene para responder ante una situación dada en su práctica clínica con empatía hacia los demás y los rasgos que la componen son:</p> <p>Identificación con la profesión. Capacidad emocional.</p>	Cualitativa	Ordinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo. • Neutro. <p>Negativo</p>

ANEXO 2

VARIABLE INDEPENDIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFICINION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALADE MEDICIÓN	CATEGORIA DE LA VARIABLE
GRADO ACADEMICO DE LA RESIDENCIA	Cada uno de los puestos jerárquicos dentro de la especialidad de medicina familiar	Año escolar que están cursando los residentes de medicina familiar	Cualitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero

ANEXO 3

VARIABLES UNIVERSALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE LA VARIABLE
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado por el individuo.	Cuantitativa	Intervalo	25 a 30 años 30 a 35 años 35 a 40 años
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en cuanto a las relaciones de matrimonio	Es la situación civil que el individuo tiene.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo.
SEXO	Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer	Condición orgánica que distingue al hombre y a la mujer.	Cualitativo	Nominal (dicotómica)	Masculino Femenino

ANEXO 4

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
 JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

HOJA DE CONCENTRADO DE DATOS.

NO.	NOMBRE (SIGLAS)	FOLIO	EDAD	GRADO ACADÉMICO	SEXO	ESTADO CIVIL	ÁREA COGNITIVA	ÁREA SOCIAL	ÁREA ÉTICA	ÁREA AFECTIVA

Anexo 5

FOLIO 001

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROYECTO DE INVESTIGACION

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **GRADO ACADÉMICO Y ACTITUD ÉTICA PROFESIONAL DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR** registrado ante el comité local de investigación médica con el número **R-2006-3515-2** con el objetivo de: **Medir la actitud ética profesional que presenta el residente de medicina familiar y compararla entre los diferentes grados académicos de la especialidad.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una Encuesta Estructurada de Actitud ética profesional, de 54 ítems. Que nos ayuda a evaluar la actitud del profesionista en su práctica diaria. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes.

Riesgos. Ninguno.

Inconvenientes: la inversión de tiempo para responder los instrumentos de evaluación, por parte de los residentes de medicina familiar lo cual es totalmente voluntario.

El beneficio, que este estudio nos proporcionará es saber cuales son la áreas en las que se debe trabajar con mayor insistencia para mejorar; que el futuro médico familiar debe de tener y practicar durante su actividad clínica diaria.

El investigador se compromete a darme los resultados de los instrumentos que se me aplicaron, así como responder a cualquier duda que le plantee. Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir la verdad sobre lo que se me pregunte y que no tendré ninguna represalia si me niego a no participar en el estudio en mi calificación o promoción para el siguiente año.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos serán manejados con confidencialidad

Nombre y firma del paciente

Nombre, Matricula y Firma del
Investigador

Testigo

Testigo

LUGAR Y FECHA

ANEXO 6

FOLIO 001

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

En la unidad de medicina familiar se esta llevando acabo una investigación sobre los valores profesionales en los residentes de medicina familiar le solicitamos su colaboración.

Las respuestas a este cuestionario- escala son anónimas. GRACIAS.

SEXO

HOMBRE ()

MUJER ()

EDAD: _____

ESTADO CIVIL _____

ESPECIALIDAD _____

GRADO ESCOLAR _____

INSTRUCCIONES DE PARA EL LLENADO DE LA ESCALA. Por favor valore de uno a cinco el grado de acuerdo con las siguientes proposiciones, sabiendo que (1) está muy en desacuerdo, y (5) muy de acuerdo.

CUESTIONARIO- ESCALA

PROPOSICIONES	1	2	3	4	5
Me gusta tratar con profesionales que tengan buenos conocimientos científicos.	1	2	3	4	5
Me siento mejor cuando tengo presente las necesidades profesionales de mis compañeros	1	2	3	4	5
Estoy Dispuesto (a) a asumir las consecuencias de mis errores.	1	2	3	4	5
Me gusta tratar con compañeros y superiores que toman en cuenta mi opinión	1	2	3	4	5
Me produce satisfacción la adquisición de nuevos conocimientos profesionales	1	2	3	4	5
Guardar la confidencialidad es importante en el ejercicio de mi profesión	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho (a) con la profesión que he elegido.	1	2	3	4	5
La puesta al día de los conocimientos es imprescindible para ser un buen profesional.	1	2	3	4	5
Me gusta que mis compañeros de trabajo valoren positivamente mi buen trato con las personas	1	2	3	4	5
El cumplimiento a tiempo de mis compromisos profesionales es importante	1	2	3	4	5
Es un gran logro hacer con profesionalismo lo que más me gusta.	1	2	3	4	5

Si no estoy preparándome continuamente no puedo resolver nuevas situaciones y problemas profesionales	1	2	3	4	5
No necesito ponerme en lugar de mis clientes o usuarios para comprender sus necesidades	1	2	3	4	5
Es más fácil desarrollar el trabajo si se esta identificando con la profesión	1	2	3	4	5
La solución de los problemas sociales es un asunto técnico que hace innecesario escuchar a los ciudadanos	1	2	3	4	5
Para no cometer errores en mi ejercicio profesional debo ser conciente de los límites de mis conocimientos y habilidades.	1	2	3	4	5
La profesión es un ámbito de identidad para sus miembros.	1	2	3	4	5
No me agrada prepararme continuamente.	1	2	3	4	5
Considero que puedo resolver importantes cuestiones profesionales escuchando a los demás	1	2	3	4	5
Debo ganarme la confianza de las personas para las que trabajo actuando con honestidad.	1	2	3	4	5
Actuó como un buen profesional cuando soy sensible a las necesidades de los demás.	1	2	3	4	5
Estoy dispuesto (a) a ocupar tiempo en actualizar mis conocimientos sobre algún aspecto de mi profesión	1	2	3	4	5
Prefiero trabajar en equipo porque el resultado es de más alta calidad	1	2	3	4	5
Hay decisiones éticas tan importantes en el ejercicio de mi profesión que no puedo dejarlas solo a criterio de las organizaciones.	1	2	3	4	5
Hacer lo correcto profesionalmente me permite estar en paz conmigo mismo	1	2	3	4	5
Estoy dispuesto a dedicar dinero a mi formación.	1	2	3	4	5
Se equivocan las instituciones que no promueven el trabajo en equipo de sus profesionales	1	2	3	4	5
Mientras la ciencia y la tecnología sigan avanzando no es necesario preocuparnos de sus consecuencias	1	2	3	4	5
En el ejercicio profesional ayuda mucho tener una actitud positiva ante la adversidad y la superación de retos	1	2	3	4	5
Me preocupo que pueda ejercer mi profesión de un modo rutinario.	1	2	3	4	5
Estoy convencido (a) de que para ser un buen profesional tendré que hacer algún sacrificio.	1	2	3	4	5
La formación en ética me puede ser necesaria para enfrentar conflictos en el trabajo profesional.	1	2	3	4	5
Para tomar buenas decisiones profesionales hay que tener seguridad en uno mismo.	1	2	3	4	5
Creo necesario hacer cosas nuevas para avanzar en la profesión.	1	2	3	4	5
Trabajar con ahínco es parte de mi realización personal.	1	2	3	4	5

Considero imprescindible tener en cuenta los aspectos éticos en el ejercicio de mi profesión	1	2	3	4	5
No debo tomar decisiones profesionales importantes sin antes valorar sus consecuencias	1	2	3	4	5
Disfruto cuando tengo que aprender algo nuevo.	1	2	3	4	5
A los profesionales no les corresponde la solución de los problemas sociales.	1	2	3	4	5
Es bueno tener aspiraciones pero no una ambición desmedida	1	2	3	4	5
Para ser un buen profesional no puedo limitarme a desarrollar sólo las habilidades técnicas.	1	2	3	4	5
Para ser un buen profesional no puedo ignorar los problemas de la sociedad en la que vivo.	1	2	3	4	5
No estoy dispuesto a ejercer mi profesión solo por dinero.	1	2	3	4	5
Considero conveniente aceptar el riesgo de equivocarme con tal de mejorar mi actividad profesional.	1	2	3	4	5
En la profesión ayudar a los demás es más importante que alcanzar el éxito.	1	2	3	4	5
No es preciso que conozca y practique los valores de mi profesión para poder ejercerla.	1	2	3	4	5
Lo que me interesa preferentemente del ejercicio de mi profesión es ganar dinero y prestigio	1	2	3	4	5
El éxito profesional no significa nada si no me permite ser una mejor persona.	1	2	3	4	5
De nada sirve un trabajo bien hecho si no contribuye a ayudar a los demás.	1	2	3	4	5
Un buen profesional debe darse tiempo para evaluar las consecuencias de sus acciones.	1	2	3	4	5
Seleccione mi carrera para ser útil a las personas.	1	2	3	4	5
La coherencia con los principios éticos es más importante que ganar dinero.	1	2	3	4	5
Respeto las opiniones de los clientes y usuarios sobre mi trabajo profesional.	1	2	3	4	5
Transmito mis propios valores a través del ejercicio profesional.	1	2	3	4	5

ANEXO 8

CUADROS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD						
Grado académico	Media		desviación estándar		Rango	
1er año	27.07		1.75		25-30	
2º año	29.44		3.53		26-38	
3er año	30.32		2.42		27-34	
P=0.002*						
SEXO						
Grado académico	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1er año	3	20	12	80	15	100
2º año	2	22.2	7	77.8	9	100
3er año	7	36.8	12	63.2	19	100
P=0.268**						
ESTADO CIVIL						
Grado académico	Casado		Soltero		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1er año	10	66.67	5	33.33	15	100
2º año	5	55.56	4	44.44	9	100
3er año	15	78.94	4	21.06	19	100
P= 0.393**						

Fuente: propia (estudio actitud ética profesional en residentes de medicina familiar).

* ANOVA las pruebas post hoc demostraron diferencia entre las medias del primer y tercer grado.

** Kruskal Wallis. (K-W)

CUADRO No. 2. INDICADORES DE LA COMPETENCIA COGNITIVA DE LA ACTIUD ÉTICA PROFESIONAL

COMPETENCIA COGNITIVA								
RASGO	ACTITUD	GRADO ACADÉMICO						
		1 ^{ER} año		2 ^o año		3 ^{ER} año		
		No.	%	No.	%	No.	%	
CONOCIMIENTO, FORMACIÓN PREPARACION COMPETENCIA PROFESIONAL	Y Y	POSITIVO	13	86.7	8	88.9	15	78.9
		NEUTRO	2	13.3	1	11.1	4	21.1
		NEGATIVO	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	K-W p= 0.750*							
FORMACIÓN CONTINUA		POSITIVO	9	60.0	7	77.8	12	63.2
		NEUTRO	6	40.0	2	22.2	6	31.6
		NEGATIVO	0		0		1	5.2
	K-W p=0.655*							
INNOVACION SUPERACIÓN	Y	POSITIVO	12	80.0	7	77.8	17	89.5
		NEUTRO	2	13.3	2	22.2	2	10.5
		NEGATIVO	1	6.7	0	0.00	0	0.00
	K-W p= 0.644*							
COMPETENCIA TÉCNICA		POSITIVO	13	86.7	6	66.6	14	73.6
		NEUTRO	2	13.3	3	33.4	5	26.4
		NEGATIVO	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	K-W p= 0.495*							

Fuente: propia (estudio actitud ética profesional en residentes de medicina familiar).

*Kruskal Wallis. (K-W).

CUADRO No. 3 INDICADORES DE LA COMPETENCIA SOCIAL DE LA ACTITUD ÉTICA PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR UMF 94

COMPETENCIA SOCIAL							
RASGO	ACTITUD	GRADO ACADÉMICO					
		1 ^{ER} año		2 ^o año		3 ^{ER} año	
		No.	%	No.	%	No.	%
COMPAÑERISMO Y RELACIONES	POSITIVO	4	26.7	2	22.2	3	15.8
	NEUTRO	7	46.6	4	44.4	13	68.4
	NEGATIVO	4	26.7	3	33.4	3	15.8
	K-W p= 0.904*						
COMUNICACION	POSITIVO	4	26.6	2	22.2	3	15.8
	NEUTRO	8	53.4	5	55.6	12	63.2
	NEGATIVO	3	20.0	2	22.2	4	21.0
	K-W p=0.870*						
SABER TRABAJAR EN EQUIPO	POSITIVO	7	46.6	6	66.6	12	63.2
	NEUTRO	6	40.0	3	33.4	6	31.6
	NEGATIVO	2	13.4	0	0.00	1	5.2
	K-W p= 0.439*						
SER TRABAJADOR	POSITIVO	7	46.6	5	66.6	15	79.0
	NEUTRO	5	33.4	4	44.4	3	15.8
	NEGATIVO	3	20.0	0	0.00	1	5.2
	K-W p= 0.128*						

Fuente: propia (estudio actitud ética profesional en residentes de medicina familiar).

* Kruskal Wallis. (K-W)

CUADRO No. 4 INDICADORES DE LA COMPETENCIA ÉTICA DE LA ACTITUD ÉTICA PROFESIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

COMPETENCIA ÉTICA							
RASGO	ACTITUD	GRADO ACADÉMICO					
		1 ^{ER} año		2 ^º año		3 ^{ER} año	
		No.	%	No.	%	No.	%
RESPONSABILIDAD	POSITIVO	14	93.3	8	88.8	19	100.0
	NEUTRO	1	6.7	1	11.2	0	0.00
	NEGATIVO	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	K-W p= 0.393*						
HONESTIDAD	POSITIVO	8	53.4	5	55.6	12	63.2
	NEUTRO	7	46.6	2	22.2	6	31.6
	NEGATIVO	0		2	22.2	1	5.2
	K-W p=0.781*						
ÉTICA PROFESIONAL Y PERSONAL	POSITIVO	3	20.0	0	0.00	2	10.5
	NEUTRO	4	26.6	7	77.8	14	73.7
	NEGATIVO	8	53.4	2	22.2	3	15.8
	K-W p= 0.326*						
PRESTAR EL MEJOR SERVICIO A LA COMUNIDAD	POSITIVO	8	53.4	4	44.4	10	52.7
	NEUTRO	6	40.0	4	44.4	8	42.1
	NEGATIVO	1	6.6	1	11.2	1	5.2
	K-W p= 0.866*						
RESPECTO	POSITIVO	8	53.4	5	55.6	12	63.2
	NEUTRO	6	40.0	2	22.2	5	26.3
	NEGATIVO	1	6.6	2	22.2	2	10.5
	K-W p=0.838*						
ACTUAR CON PRINCIPIOS Y VALORES MORALES	POSITIVO	7	46.6	2	22.2	7	36.8
	NEUTRO	7	46.6	6	66.6	9	47.4
	NEGATIVA	1	6.6	1	11.2	3	15.8
	K-W p= 0.519*						

Fuente: propia (estudio actitud ética profesional en residentes de medicina familiar).

* Kruskal Wallis. (K-W)

Cuadro No. 5 INDICADORES DE LA COMPETENCIA AFECTIVO – EMOCIONAL DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 94

COMPETENCIA AFECTIVO – EMOCIONAL							
RASGO	ACTITUD	GRADO ACADÉMICO					
		1 ^{ER} año		2 ^o año		3 ^{ER} año	
		No.	%	No.	%	No.	%
IDENTIFICACION CON LA PROFESIÓN	POSITIVO	8	53.4	6	66.6	12	63.1
	NEUTRO	6	40.0	3	33.4	4	21.1
	NEGATIVO	1	6.6	0	0.0	3	5.8
	K-W p= 0.788*						
CAPACIDAD EMOCIONAL	POSITIVO	14	93.3	7	77.7	15	78.9
	NEUTRO	1	6.4	2	22.3	4	21.1
	NEGATIVO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	K-W p=0.465*						

Fuente: propia (estudio actitud ética profesional en residentes de medicina familiar).

* Kruskal Wallis. (K-W)

BIBLIOGRAFIA

1. Lifshitz G, A Ética médica y humanización en salud, en: CONAMED 1998 Septiembre – Noviembre; 3:9: 230-45.
2. González D, C. El diseño curricular por competencias en la educación médica. *Revista Cubana Educación Medica Superior*, octubre.-diciembre. 2003, vol.17, no.4, p.20-30. ISSN 0864-2141.
3. Asociación medica mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en investigaciones biomédicas en humanos. Adoptada por la asociación medica mundial en 1964.disponible en la página www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm.
4. Cano V.F. Comisión nacional de bioética. En: antiguo claustro del hospital Juárez de México plaza San Pable Centro, disponible en www.bioeticaweb.com/content/view/1261/86/ - 39k
7. Rafaela G, M. Elaboración de instrumentos de medida de las actitudes y opiniones del profesorado universitario hacia la ética profesional docente y su papel como transmisor de valores. *Revista de Investigación Evaluación Educativa volumen 12*, número. 1, junio 2006 Pág. 40-9
6. Groot L.H. Experiencia internacional, la ley colombiana de ética médica, en: *Medicina interna de México 1998 Octubre –Diciembre*; 3.9: 10-12
7. Ramiro G.F La Nueva declaración bioética y derechos humanos de la UNESCO, en artículo original disponible en la página. www.bioetica.com/content/view/4115.htm
8. De la Fuente RJ. .capitulo 4, Relación médico-paciente. En: *Psicología médica: .2da edición*. Ciudad de México: fondo de cultura económica; 2004:pp177-221
9. Valenzuela P A Declaración de Helsinki; Hospital General Infantil de México 2001 junio; 1:4: pp 324-34.
10. González V.J. los valores bioéticos y La relación médico-paciente. En: *Revista CONAMED. 1998 Octubre-Diciembre*; 3:9: 6-9.
11. Ética general y ética medica.<file:///ética- médica-capitulo.htm>.
12. Ética medica disponible en: www.col-legidemetges.ad/castella/codide.html - 65k - 18 Sep 2005 –
13. Código ético disponible en la página web: www.imss.gob.mx/pdf
14. Lifshitz G, A La revolución de la bioética. Su influencia sobre la ética medica, en: *Medicina Interna de México 2002 noviembre-diciembre*; 18:6: pp. 307-11
15. Patiño R. J Ética, moral y deontología en la práctica médica. *Revista colombiana de medicina 2000*, mayo-junio; 19:7,pp. 200-210
16. Colegio oficial de medico de Santa Cruz Tenerife Código Deontológico, disponible en la pagina: www.comtf.es/Colegio/Deontologia.htm
17. Pérez T, R. Ética Médica; *Medicina Interna de México 2001*; septiembre- Octubre 17:5.pp249-55.
18. Pons A O. Código de bioética en medicina familiar. En: *archivos de Medicina Familiar*, Vol. 7 supl. 1 enero-marzo 2005, Vol. 1 no 3 pag 21-23.
19. Pérez S. A Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. *Rev Cubana Salud Pública*, ene.-mar. 2003, vol.29, no.1, p.65-72. ISSN

0864-3466.

20. Lifshitz G.A. La ética del estudiante de medicina. En: Medicina Interna de México 2001 Julio-Agosto; 17:4: p 202-9
21. Biseca T, C. Ética y Poder: formación de residentes e interno; Revista Médica del IMSS 2005; 43: 1-3.
22. Hirsch. A; Construcción de una escala de actitudes éticas profesional, Revista electrónica de investigación educativa. 2005, vol. 7, no. 1, pp. 45-50 Disponible en: [www.redie.uabc.mx/Vol. 7, no1contenido-hirsch.html](http://www.redie.uabc.mx/Vol.7,no1contenido-hirsch.html).
23. Villanueva LA, collado P, S Actitudes y Jerarquización de valores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia; Gineco Obstet 2004; 72:273-8
24. Comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, información sociodemográfica del ENARM. 2002-05, Disponible en: <http://www.enarm.cifrhs.org.mx/>.