

# MODELO DE FORMACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES SOBRE SU ACTITUD Y ÉTICA PROFESIONAL

Recibido: 5 diciembre 2016 \*Aprobado: 27 febrero 2017

MARÍA URBELINA FERNÁNDEZ VÁZQUEZ

UPAEP

maryurbefer@gmail.com

## Resumen

Dentro de los retos de las instituciones de salud, el poder aproximarse a conocer la realidad sobre los aspectos éticos en sus médicos residentes y poder incidir de manera más efectiva en los procesos educativos de las residencias médicas, debe ser una prioridad para poder reorientar la gestión de la mejora educativa y potenciar el trabajo académico. (Valdez, 2007).

El médico residente es aceptado por una institución de salud pública o privada con aval universitario, para ello, el médico general debe aprobar una evaluación nacional de carácter anual y entonces podrá ser residente dependiendo de la especialidad que haya solicitado, ENARM (2012).

El mundo actual y el medio hospitalario como formador pueden ser condicionantes de que los próximos médicos especialistas se conviertan en individuos deshumanizados ya que utilizan el conocimiento como mecanismo de poder; por lo que es pertinente realizar un análisis, sobre cómo se están llevando los procesos de formación de los próximos médicos especialistas y si esta formación infiere en la actitud y ética profesional, que existe entre la buena y la mala praxis.

*Palabras clave: Modelos de formación, actitud, ética profesional.*

## Abstract

Within the challenges of health institutions, being able to get closer to knowing the reality about the ethical aspects in their resident physicians, and to be able to have a more effective impact on the educational processes of medical residences should be a priority in order to reorient the management educational improvements and the empower academic work. (Valdez, 2007).

A public or private health institution with university endorsement accepts the resident physician. For this, the general practitioner must pass an annual national evaluation and then may be accepted into a residency depending on the specialty that was requested, ENARM (2012).

The present world and the hospital training environment can condition upcoming generations of Specialist Physicians to become dehumanized individuals using knowledge as a mechanism of power. Therefore, it is pertinent to carry out an analysis on how the training processes for these next generations of specialist physicians are being carried out and if this training infers in the attitude and professional ethics that exists between good and bad medical practice.

*Keywords: Training models, attitude, professional ethics.*



**D**urante las últimas décadas, la formación del personal de salud, específicamente la de los médicos especialistas ha promovido que diversos países de la Unión Europea y de América Latina, definan marcos conceptuales, modelos y metodologías para planear y formar al personal de salud de forma integral no solo en conocimientos sino más aspectos éticos y de actitud.

La educación surge para que el ser humano se realice en su plenitud, como menciona Maraón (2006), es una superación ética de los instintos, ésta surge como una actividad planeada y organizada, actualmente la educación se define como un sistema de modelos, (Gutiérrez, 2002).

La educación también se orienta para que el estudiante aprenda a trabajar, a investigar, a inventar, a crear y a no seguir memorizando teorías y hechos. El estudiante debe participar en el proceso educativo, prepararse para la auto-formación, auto-educación y auto-evaluación. Lo cual significa que debe adquirir la responsabilidad de orientarse a sí mismo y de manejar su propia formación. En una educación bajo esta concepción el educador debe ser un animador o estimulador y debe trabajar en equipo con sus alumnos para identificar y seleccionar los problemas.

Como parte de los retos de las instituciones de salud, el poder aproximarse a conocer la realidad sobre los aspectos éticos en sus médicos residentes y poder incidir de manera más efectiva en los procesos educativos de las residencias médicas, debe ser una prioridad para poder reorientar la gestión de la mejora educativa y potenciar el trabajo académico. (Valdez, 2007).

Actualmente, la atención médica se otorga con baja calidad, sin ser ecuánime y eficiente, suscitando una gran insatisfacción en el paciente, por lo que sería necesario otorgar una atención con esquemas nuevos e innovadores. Entonces, es pertinente realizar un análisis, sobre cómo se están llevando los procesos de formación de los próximos médicos especialistas y si esta formación influye en la actitud y ética profesional, que existe entre la buena y la mala praxis, con sus consecuencias respectivas, para que luego se pueda exigir un total conocimiento y cumplimiento estricto.

Es preocupante el incremento de la deshumanización a nivel mundial en el área de la Medicina que se ve reflejado en el momento de la práctica clínica, esto debido a que los modelos formativos para los próximos médicos especialistas le dan prioridad al desarrollo tecnológico, el cual ha sido considerado más importante incluir en la educación del médico, condicionándole incertidumbre ante las perspectivas éticas, ante los problemas de diagnóstico y tratamiento de los enfermos y la manera de resolverlos, (Rodríguez, 2016).

Silver (1999) acuñó el término <<abuso sobre los estudiantes de medicina>> (Medical Student Abuse) y fue el primero en mencionar que los médicos en formación tienen un cambio en la actitud por el maltrato y ambiente sancionador que sufren durante los años de residencia en las instituciones de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un análisis sobre el Error y Conflicto en el Acto Médico. Se aplicó una encuesta a 168 alumnos que estaban terminando su año de internado de UNAM e Iztacala, misma que constó de 18 preguntas para explorar los contenidos de ética médica en los programas. Las conclusiones mostraron que los programas educativos de las residencias médicas, son el mejor momento para instruir en ética para la toma de decisiones clínicas y evitar conflictos reales y de conciencia.

Es importante que los futuros médicos especialistas que se encuentran en formación admitan que sus actitudes y la ética profesional son parte integral de la práctica clínica, estén conscientes de la amplia gama de asuntos éticos en el manejo de los pacientes y que posean los conocimientos y habilidades de comunicación necesarios para tomar decisiones médicamente adecuadas y éticamente justificables.

Es por ello, que las instituciones de salud al fomentar actitudes favorables hacia la ética profesional, aseguran que sus estudiantes desarrollen la intención de mostrar comportamientos favorables relacionados con la ética profesional.

### **Objetivo general**

Evaluar el impacto que tiene el modelo de formación de médicos residentes sobre la actitud y ética profesional orientada a la atención de los pacientes.

### **Contexto**

Al comienzo de la práctica clínica en las instituciones de salud, el médico residente continúa siendo sujeto moral en formación. Como menciona Consejo y Viesca (2005), los sistemas formales de conocimiento con los que ingresan a su nueva realidad, son los que traen de su educación familiar y lo aprendido en el tiempo de la educación elemental y universitaria, la cual no es suficiente ante los conflictos éticos a los que se tendrán que enfrentar ante el modelo del médico, que dista mucho de lo idealizado; un proceso de formación complejo.

Consejo y Viesca (2005), definen este fenómeno como una desidealización traumática que lleva al residente a desmotivarse y mostrar descontento con los docentes que lo guían durante su proceso de formación o deformación de sus sistemas de valores. Es por ello que la enseñanza es un proceso en el que ambas partes se retroalimentan y en el cual la presentación de ética y valores es inseparable de la tarea docente.

En México, desde el año 2002 se realiza un proyecto interinstitucional sobre ética profesional coordinado por la Dra. Hirsch de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, el cual tiene como objetivo conocer cuáles son las actitudes y valores profesionales de estudiantes y docentes de diversas áreas de formación. La Escala de Actitudes sobre Ética Profesional se aplicó en la Universidad Nacional Autónoma de México, a grupos de alumnos de los cuarenta posgrados. La muestra resultó de 1086 estudiantes, que representa el 11% de la población total que cursó el posgrado en 2004.

El campo temático se fue consolidando, cuestión que se reflejó en diversos productos para la docencia en forma de seminarios de posgrado, asesoría de tesis, y difusión y extensión académica (ponencias nacionales e internacionales y publicaciones). Hasta ese momento lo obtenido estaba concentrado en una sola institución de educación superior: la UNAM.

Por ello, se consideró que un mayor desarrollo del campo requería la incorporación de la diversidad existente en otras universidades públicas y privadas del país. A partir de 2006 se invitó a participar en el proyecto de investigación a 16 instituciones de educación superior de distintas regiones del país, organizándose un proyecto interinstitucional sobre valores y ética profesional, para poder explorar y analizar, a partir de los instrumentos elaborados y validados, las actitudes de los propios docentes para favorecer un cambio positivo hacia un mayor compromiso ético con la profesión (Hirsch, 2005).

A los académicos de posgrado de la UNAM se les preguntó qué contenidos sugerirían para la materia de Ética Profesional; propusieron temas heterogéneos que, para poder codificarlos, se construyeron cuatro categorías:

Ética, moral y valores (25.69% del total de respuestas) incorpora ideas como: principios de la ética, ética en diversos ámbitos, conductas éticas, principios filosóficos básicos, conciencia moral, autores y conceptos sobre ética, valores en general, escala de valores, ética de los valores humanos, valores vinculantes entre la ética en general. La ética profesional (19.59% del total de respuestas) y rasgos vinculados directamente con la ética profesional (41.30% de las respuestas). La mayor parte de los académicos coincidió en la necesidad de utilizar metodologías interactivas, y de promover la participación y conciencia de los estudiantes universitarios respecto a la ética profesional (Hirsch, 2005).

Hirsch (2005) describe que la gran mayoría de los trabajos de investigación que ha realizado, se enfocan en buscar cuáles son los valores que consideran fundamentales los estudiantes o profesores de distintos niveles educativos, y que será esencial formarse en ellos. Esto quiere decir que la investigación educativa en el tema se orienta hacia la búsqueda de cuáles valores son deseables o cuáles valores están siendo priorizados por los actores dentro del sistema educativo actual. En Medicina, los cuatro principales rasgos positivos son: conocimiento, respeto, competencias técnicas y honestidad. Los de menor

puntuación son: actuar con principios morales, trabajar en equipo y prestar el mejor servicio a la sociedad.

En el año 2008, 14 universidades colaboraban en el proyecto sobre ética profesional, entre ellas la Universidad Autónoma de Yucatán, UADY. El estudio cuenta con un instrumento válido y un marco teórico en constante construcción.

Por lo que respecta al IMSS existen compromisos de formación educativa, donde se debe de reflexionar e investigar sobre qué modelos de médicos residentes está generando el IMSS, ser conscientes que la formación de buenos profesionales y actitudes éticas debe ser el objetivo central. Hay dos actitudes preferentes para la mejora de la atención al paciente, actualización constante sobre competencias profesionales, respetar al paciente y ganarse su confianza (Moratalla, 1996).

Con base en lo anterior, las actitudes éticas por parte de un individuo se enmarcarán en la honestidad, amor, respeto, justicia, entre otras, de que la relación de la persona con el otro se sustenta en las normas o estilos de comportamiento que no son creación del sujeto ni del otro, están pautadas desde afuera por costumbres sociales, por un deber ser comúnmente aceptado para la mejor salud de la sociedad (Figueroa, 2007).

### **Metodología**

La investigación se llevó a cabo con una metodología de combinación de cuantitativo y cualitativo, con enfoque fenomenológico, ya que es importante darle sentido al fenómeno social que se presenta con respecto a la actitud y ética profesional de los médicos residentes con los pacientes, la realidad que se observa en la institución de salud y que es importante estudiar el fenómeno.

De acuerdo al tipo del estudio: Descriptivo. De acuerdo a las características: Observacional. De acuerdo a la temporalidad: transversal. De acuerdo a la direccionalidad: Prospectivo.

### **Muestreo**

El Universo de trabajo se conforma por Médicos residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Puebla que tiene un total de médicos residentes divididos en 11 Especialidades: Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia Oftalmología, Anestesiología, Radiología, Cirugía General, Urgencias Médico Quirúrgicas. Se dividen en dos Unidades Médicas de Alta especialidad, Un Hospital General Regional 36 y Hospital General de Zona Número 20, Tres Unidades de Medicina Familiar.

Actualmente, el docente del área de la salud está ante la necesidad de una transformación amplia y de reflexión sobre su actuar y cómo está realizando su práctica, en los momentos actuales se busca que el docente tenga una preparación que le permita ser competente formar buenos profesionales.

El Instrumentos que utilizamos para valorar la actitud y ética profesional fue realizado por el Dr. Juan Escamez de la Universidad de Valencia y su sustento teórico de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (Escámez, 1988 y 1991). Al cual vía correo se solicitó la autorización para poder utilizar el instrumento que evalúa actitud ética. Se clasificaron en 4 tipos de competencias:

1. Cognitivas
2. Sociales
3. Éticas
4. Afectivo - Emocionales

Este instrumento consiste en un cuestionario estructurado, cerrado, con 55 ítems, con cinco opciones de respuesta con escala del uno al cinco de satisfacción al acuerdo o desacuerdo máximo en cada una de ellas.

Las competencias cognitivas se dividen en 4 partes:

1. Conocimiento, formación, preparación, y competencia profesional (2 proposiciones)
2. Formación continua (4)
3. Innovación y superación (6)
4. Conocimiento y habilidades técnicas (1)

Las competencias sociales se integran por 4 rubros:

1. Compañerismo y relaciones (2 proposiciones)
2. Comunicación (3)
3. Saber Trabajar en equipo (2)
4. Ser trabajador (2)

Las competencias éticas se conforman por 6 rubros:

1. Responsabilidad (3 proposiciones)
2. Honestidad (2)
3. Ética Profesional y personal (4)
4. Actuar con la idea de prestar un servicio a la sociedad (6)
5. Respeto (2)

6. Actuar con sujeción a principios morales y valores profesionales (6)

Las competencias afectivos – emocionales se integran por:

1. Identificación con la profesión (4 proposiciones)
2. Capacidad emocional (6)

El instrumento sobre la Escala de actitudes sobre ética profesional, consta de una primera parte donde se debe describir: concepto del buen profesional y debe indicar lo que a su juicio son los cinco adjetivos que califican a un buen profesional.

La segunda parte es una Escala de actitudes hacia la ética profesional donde se marcará con una equis el número que corresponda al grado de acuerdo que tiene con cada proposición con base en la escala siguiente:

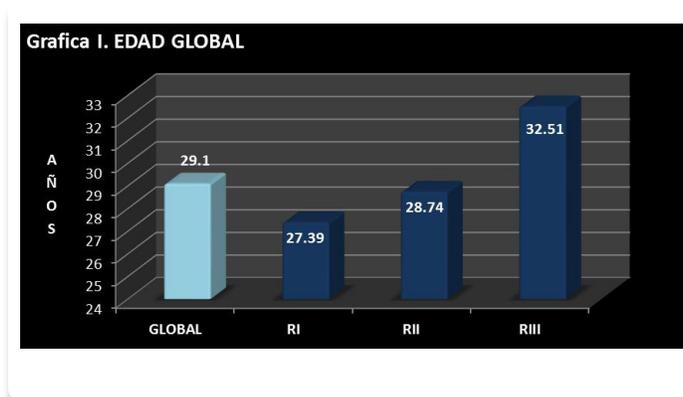
Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Ni en acuerdo ni desacuerdo, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo.

### Resultados

Se aplicaron 194 encuestas a médicos residentes -sin contar a médicos internos de pregrado y otras áreas afines a la salud; ellos se encuentran distribuidos en 11 especialidades y 4 subespecialidades por lo que la formación de estos médicos especialistas tiene como objetivo principal el desarrollo de valores y una preparación cognitivo-científico-sólida. El estudio se desarrolló utilizando el instrumento <<Escala de Actitudes sobre ética profesional>> elaborado por el Dr. Juan Escamez Ana Hirsch Adler en 2005.

La recolección de la información se llevó a cabo de junio 2015 a julio 2016, tomando en cuenta sólo las especialidades cuya formación es de tres años, eliminando las especialidades de 4 años y médicos rurales. La muestra se calculó en 299 (100%) médicos residentes; sin embargo, al momento de la aplicación no se logró alcanzar la muestra calculada por causas imponderables como rotaciones externas (fuera del estado), vacaciones y por actividades medicas prioritarias de su especialidad, quedando una muestra de 218 (73%) instrumentos aplicados los cuales 24 fueron eliminados por encontrarse respuestas incompletas y respuestas sin relación a las preguntas solicitadas; subsistiendo un total de 194 instrumentos admisibles que corresponde al 97.48% de la muestra calculada.

La edad promedio global de la muestra (N=194) de residentes de primero, segundo y tercer año de las especialidades estudiadas fue de 29.1 años (DE= 3.87 EE= 0.27) y rango 23-44 años; divididos por año el promedio de edad de primer año fue 27.39 años, (DE=2.85, EE= 0.30) y rango 23-35 años, segundo año 28.78 años (DE=2.51, EE=0.33) y rango 24-41 años y para tercer año fue 32.51 años (DE= 4.57 EE=0.65) y rango 26-44 años, expuesto en la Gráfica 1.



**GRÁFICA 1. EDAD GLOBAL.**

En la Gráfica 2 se describe el género global de los residentes encuestados, donde predomina el género femenino con 52.57% (n=102), y 47.42% (n=92) al género masculino.



**GRÁFICA 2. GÉNERO GLOBAL.**

La división por año de especialidad y género, se observó que en primer año el 57% (n=50) fueron mujeres y 43% (n=37) concernió a varones; en segundo año el 56.36% (n=31) mujeres y 44% (n=26) varones, para los residentes de tercer año el género se distribuyó con el 41% (n=21) mujeres y 59.18% (n=29) hombres. Gráfica 3.



**GRÁFICA 3. GÉNERO POR AÑOS DE RESIDENCIA.**

El cuadro I refiere el promedio de puntuaciones globales en la competencia cognitiva entre los tres grados encuestados, además de comparar los mismos por especialidad. El promedio en la especialidad de urgencias fue en R1=52.66, R2=53.5, R3=52.3, con promedio en los tres años de 52.9; en ginecología R1=56.2, R2=53, R3=52, para los tres años promedio de 55; en medicina interna R1=55.5, R2=49, R3=45.5, con promedio en los tres años de 50; en la especialidad de cirugía promedios de R1=54.7, R2=49, R3=55, y promedio entre las tres residencias de 52.9; en anestesiología promedios de R1=52, R2=59, R3=56.5, con promedio en los tres años de 55.8; para la especialidad de medicina familiar promedios de R1=52.5, R2=52.5, R3=54.4, con promedio en los tres años de 53.13; R1=55.6, R2=52.7, R3=51.5, con promedio en los tres años de 53.26 en la especialidad de oftalmología; los residentes de primer año en la especialidad de otorrinolaringología fue 53.6, segundo 55.5, tercer año 54.5, promedio general fue 54.5; en la especialidad de traumatología R1=60.3, R2=52, R3=49.6, con promedio en los tres años de 53.96; radiología R1=56.75, R2=56.30, R3=53.5, con promedio general en los tres años de 55.5; por último pediatría obtuvo promedio en primer año 53.5, segundo 52.8 y tercer años 52.3 y promedio de los tres años 52.8. Al comparar las puntuaciones entre especialidades con los tres grados de residencia aplicando la prueba Kruskal Wallis se obtuvo  $p=0.1509$ .

**CUADRO 1. PROMEDIOS GLOBALES ENTRE RI-RII-RIII EN COMPETENCIA COGNITIVA**

ESPECIALIDADES	RI			RII			RIII		
	P	DS	EE	P	DS	EE	P	DS	EE
Urgencias	52.66	1.15	0.66	53.5	3.53	1.75	52.3	2.98	1.49
Ginecología	56.2	8.7	3.89	53	4.24	2.1	53	3	1.73
Medicina Interna	55.5	6.27	1.98	49	2.82	1.4	45.5	16.3	7.93

Cirugía	54.71	2.98	1.12	49	11.34	3.78	55	4.09	1.67
Anestesia	52	3.91	1.95	59	0	0	56.5	0.7	0.3
Medicina Familiar	52.51	6.22	1.08	52.5	3.05	0.76	54.4	5.12	1.42
Oftalmología	55.6	2.5	1.12	52.7	7.13	3.56	51.5	2.12	0.9
Otorrinolaringología	53.66	4.32	1.76	55.5	1.87	0.76	54.5	0.7	0.25
Traumatología	60.37	4.3	1.52	52	7.25	2.56	49.6	14.9	5.25
Radiología	56.75	7.93	3.96	56.3	3.05	1.76	53.5	6.36	3.1
Pediatría	53.5	0.7	0.4	52.8	2.87	1.43	52.3	5.31	2.65

*Prueba de Kruskal-Wallis (Anadeva no paramétrico)  $p=0.1509$ . Promedio (P); Desviación Estándar (DS); Error Estándar (EE)*

Otra de las competencias que evalúa la Escala de Actitud Ética Profesional, es la correspondiente a la competencia social y los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de todos los médicos que integran las especialidades y años evaluados. En esta investigación se obtuvo  $p=0.1586$  por prueba de Kruskal Wallis y los promedios obtenidos entre residentes de primero año y especialidad se reportan en el Cuadro 2.

**CUADRO 2. PROMEDIOS GLOBALES ENTRE RI-RII-RIII EN COMPETENCIA SOCIAL**

ESPECIALIDADES	P	DE	EE	P	DE	EE	P	DE	EE
	RI			RII			RIII		
Urgencias	35.33	5.03	2.9	32	1.41	1.7	33	4.54	2.27
Ginecología	38.8	5.21	2.33	33	3.53	1.76	34	4.58	2.64
Medicina Interna	35.2	5.73	1.81	29	0	0	33.5	3.53	1.4
Cirugía	35.42	2.57	0.97	31	9.41	4.7	33.7	3.88	1.58
Anestesia	35.25	4.11	2.05	32	0	0	36.5	3.53	1.41
Medicina Familiar	33.96	4.9	0.85	35	6.05	2.47	36.5	4.68	1.29
Oftalmología	34.6	3.78	1.69	35	8.04	4.02	34.5	3.53	1.41
Otorrinolaringología	33.16	2.92	1.19	37	3.61	1.47	37	4.24	1.93

Traumatología	39.62	5.55	1.96	36	5.65	2	34.4	10.5	3.71
Radiología	35.5	5.97	2.98	33	5.85	3.38	33.5	2.12	1.61
Pediatría	33	1.41	0.6	31	2.94	1.47	32.3	5.05	2.52

*Prueba de Kruskal-Wallis (Anadeva no paramétrico)  $p=0.1586$ . Promedio (P); Desviación Estándar (DS); Error Estándar (EE)*

La comparación de puntuaciones entre todos los grados estudiados de las especialidades evaluadas en la competencia de ética al aplicar la prueba de Kruskal Wallis se obtuvo  $p= 0.0347$  y los promedios encontrados en los residentes de primer año se reportan en el Cuadro 3.

**CUADRO 3. PROMEDIOS GLOBALES ENTRE RI-RII-RIII EN COMPETENCIA ÉTICA**

ESPECIALIDADES	P	DE	EE	P	DE	EE	P	DE	EE
	RI			RII			RIII		
Urgencias	94.66	5.85	3.38	94	2.82	1.4	87.3	4.92	2.46
Ginecología	101.8	13.91	6.22	88	10.6	5.1	96.3	3.51	2.02
Medicina Interna	93.6	6.85	2.16	85	1.41	0.76	76.5	19.1	9.04
Cirugía	83.28	35.13	13.3	82	20.7	10.34	93.5	5.08	2.07
Anestesia	96.5	17.44	8.72	96	0	0	90.1	3.24	1.97
Medicina Familiar	91.24	9.17	1.59	92	8.89	3.63	97.6	13.2	3.66
Oftalmología	98	5.29	3.39	92	16.1	8.03	92	2.24	1.97
Otorrinolaringología	90	7.34	3	95	6.04	2.46	92	9.89	3.95
Traumatología	109.1	7.43	2.62	93	15.9	5.61	89.3	27.7	9.79
Radiología	96	4.86	2.41	92	7.76	4.48	84	12.7	5.91
Pediatría	82.5	24.74	12.3	89	5.09	2.54	93	5.47	2.73

*Prueba de Kruskal-Wallis (Anadeva no paramétrico)  $p=0.0347$ . Promedio (P); Desviación Estándar (DS); Error Estándar (EE)*

La última de las competencias que evalúa la escala de "Actitud de ética profesional" es la Afectivo-Emocional y los resultados obtenidos en los tres años de especialidad valorados (Ver Cuadro 4), mostraron que para primer año el promedio global de todas las especialidades fue 45.33 con una puntuación mínima de 42 obtenida por la especialidad de Urgencias y el promedio máximo lo obtuvo la especialidad de Radiología con 50; en segundo año el promedio global fue de 43.27, promedio mínimo lo tuvo la especialidad de Cirugía con 36 y el máximo fue para la especialidad de Radiología con 49; finalmente para tercer año el promedio fue 43.91, promedio mínimo Medicina Interna con 39.5 y máximo la especialidad de Anestesiología con 49.5. Al comparar las puntuaciones de cada uno de los residentes por especialidades entre RI, RII y RIII con prueba de Kruskal Wallis se obtuvo  $p=0.1718$ .

**CUADRO 4. PROMEDIOS GLOBALES ENTRE RI-RII-RIII EN COMPETENCIA AFECTIVO-EMOCIONAL**

ESPECIALIDADES	P	DE	EE	P	DE	EE	P	DE	EE
	RI			RII			RIII		
Urgencias	42	3.6	2.08	46	1.41	0.71	44	1.82	9.91
Ginecología	42.6	10.01	4.47	42	6.36	3.7	47.3	1.52	0.88
Medicina Interna	45.8	4.15	1.31	41	0.7	0.3	39.5	13.4	7.41
Cirugía	45.57	2.5	1.94	36	14.8	7.33	45.5	3.39	1.38
Anestesia	44.25	4.5	2.25	49	0	0	49.5	0.7	0.23
Medicina Familiar	43.15	5.34	0.93	45	5.67	2.31	45	5.75	1.59
Oftalmología	46.6	2.3	1.29	41	5.37	2.68	43	0	0
Otorrinolaringología	43.33	4.08	1.66	43	2.87	1.17	44	4.24	1.2
Traumatología	49.33	1.4	0.49	41	6.79	2.4	42.1	13.3	4.68
Radiología	50	0	0	49	2.3	1.33	42	5.65	2.82
Pediatría	46	4.24	2.03	43	3.55	1.77	41.8	4.64	2.32

*Prueba de Kruskal-Wallis (Anadeva no paramétrico)  $p=0.1718$ . Promedio (P); Desviación Estándar (DS); Error Estándar (EE)*

En el Cuadro 5 se muestra por orden de frecuencia de mayor a menor, algunas de las cualidades, valores y actitudes que fueron prioridad en los residentes de los tres años calificados; I responsabilidad fue considerada con mayor frecuencia en 57.21% (n=111); ser competente obtuvo el 54.12% (n=105); ético tuvo 49.48% (n=96); honestidad alcanzó el 42.26% (n=82); respeto 41.75% (n=81); compromiso 37.62% (n=73) y ser humanitario correspondió el 32.47% (n=63); en menor cantidad fue la equidad 23.19% (n=45); ser generoso obtuvo 21.13% (n=41); disciplina 20.61% (n=40) y precisión el 19.58% (n=38); el resto de los atributos no alcanzaron el 15%.

**CUADRO 5. VALORES ÉTICOS GLOBALES POR GRADO DE RESIDENCIA**

VALORES	RI %	RII %	RIII %	PROMEDIO / %	DS	EE
Honestidad	34.48	50.9	46.15	43.80	8.45	4.88
Humanitario	31	32.72	34.61	32.80	1.81	1.04
Generosidad	21.83	21.81	19.23	21	1.5	0.86
Trabajador	12.64	10.9	3.84	9.13	4.66	2.69
Creatividad	6.89	3.63	3.84	4.79	1.82	1.05
Compromiso	48.27	27.27	30.76	35.40	11.3	6.5
Ético	48.27	47.27	53.84	49.80	3.54	2.04
Competente	54	58.18	50	54.1	4.09	2.36
Responsable	57.46	61.81	51.92	57.1	4.96	2.86
Respeto	40.22	41.81	44.23	42.1	2.02	1.17
Tolerancia	14.94	10.9	7.49	11.1	3.73	2.15
Liderazgo	3.44	9.09	5.76	6.1	2.84	1.64
Disciplina	19.54	20	23.07	20.9	1.92	1.11
Preciso	21.83	20	15.38	19.1	3.32	1.92
Lealtad	5.74	5.45	0	5.59	0.20	0.09
Constancia	2.29	0	0	2.29	0	0
Perseverancia	2.29	0	3.84	3.06	1.09	0.7

Justicia	3.44	7.27	7.49	6.07	2.28	1.31
Equidad	27.58	16.36	23.07	22	5.6	3.3
Asertividad	2.29	3.63	3.84	3.25	0.84	0.48

*Residentes primer año (RI); Residentes segundo año (RII) Residentes tercer año (RIII) Desviación Estándar (DS); Error Estándar (EE)*

### **Conclusiones**

Se concluye que las competencias éticas evaluadas son más altas en los médicos de recién ingreso a la especialidad que van disminuyendo de acuerdo al año de la especialidad que un factor determinante, esto se puede deber a que se carece de una base sustentable de formación de posgrado en los aspectos éticos y que esta deficiencia puede ser revertida por la acción coordinada de los responsables.

Los servicios de salud en México se han deteriorado eso reportan estudios de investigación 4 de cada 10 mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios públicos de agua, drenaje, teléfonos y transporte público.

En el Programa Nacional de Salud 2013-2018 asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Éste último se inserta en una estrategia adoptada en la nación: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. No hay investigación suficiente sobre esta temática, por lo que es importante obtener un conocimiento más amplio que permita hacer propuestas reales. Sin embargo, se sabe que en las universidades la ética profesional llega a ser un buen discurso que en la mayoría de las veces no trasciende. (Hortal, 2002).

Es importante reflexionar sobre reconsideración de las vocaciones, a la perversión del reconocimiento social y a la revaloración del compromiso que ha caracterizado históricamente a las profesiones relacionadas con la salud. La importancia de desarrollar esta investigación se debe al compromiso cada vez más amplio que tienen las instituciones de salud en formar a los próximos médicos especialistas no solo en conocimientos, sino también fomentar un conjunto de valores mínimos y deseables para responder a las demandas actuales.

Como menciona Ramírez, (2011) nos encontramos en una época que puede denominarse como "neoliberal", "globalizada", "posmoderna". De ahí la importancia del análisis sobre el modelo de formación en los médicos residentes con respecto a los aspectos éticos y actitudinales con el paciente, para enfrentar mejor la realidad.

## Bibliografía

- Consejo, C.; Viesca, C. (2008). "Ética y relaciones de poder en la formación de médicos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu", *Mex His Fil Med*, 11 (1), 16-20.
- ENARM. (2012). Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Información XXXXVI. Plazas ofertadas para médicos mexicanos civiles y lugares ofertados para médicos extranjeros. México D.F.: CIFRHS.
- Escámez, J.; Garcia, R.; and Jover, G. (2008). "Restructuring University Degree Programmes: a New opportunity for ethics education?" United Kingdom, *Journal of Moral Education*, (37) (1), March, 41-53.
- Escámez, J. (1988). "El marco teórico de las actitudes: I. El modelo de Fishbein y Ajzen". En J. Escámez y P. Ortega, *La enseñanza de actitudes y valores*, 29-50.
- Escámez, J. (1991). "Valores, Actitudes y habilidades en la educación para la salud, *Universidad de Valencia*, 41-59.
- Figuroa, L. (2007) "La dimensión ética en el currículum", *Tópicos emergentes en el currículum del SIGLO XXI*. Editora de Gobierno del estado de Veracruz, 215-23.
- Gutiérrez, I. (2002). "Modelos educativos paradigmáticos en la Historia de la Educación", *Arbor CLXXIII*, 681, 3-17.
- Hirsch, A. (2005). "Construcción de una escala de actitudes sobre ética profesional". *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, Universidad Autónoma de Baja California, 7(1).
- Hirsch, A. y Pérez, J. (2005) "Actitudes y ética profesional en estudiantes de posgrado en la Universidad de Valencia y la UNAM". *Rencuentro. Análisis de problemas universitarios*, 43, 26-33.
- Hortal, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 297pp.
- Mendoza, A. (2010). Ética y medicina: La experiencia del colegio médico del Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 28(4):670:75.
- Marañón, E.; Bauzá, E.; and Bello, A. (2006). "La comunicación interna como proceso dinamizador para fomentar valores institucionales y sustento de una identidad universitaria", *Iberoamericana de Educación*, 40(5),25 1-9
- Ramírez, I. (2011). El compromiso ético del docente. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(2), 1- 6.
- Rodríguez M.C (2005). " Sobre Ética y Moral". *Revista Digital Universitaria*, 6 (3)
- Rodríguez. (2016). Estado y perspectivas del nuevo modelo ético de enfermería en servicios quirúrgicos. 16, (2)
- Silver H.K. (1990). Medical student abuse: incidence severity, and significance. *JAMA*,263, 527-532.
- Tena, C. y Juárez, N. (2003). Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS*, 41 (6), 461-463
- Valdez, E., Bedolla, M. (2007). Comités de ética clínica en México: su desarrollo en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45 (3): 265-268