



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

**PERCEPCIÓN DE LA OBEDIENCIA EN LA RESIDENCIA  
MÉDICA: ESTUDIO TRANSVERSAL CON ANÁLISIS  
CUALITATIVO**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:  
DRA. EVA TOVAR HIRASHIMA

TUTOR: DR. JORGE ALBERTO MENA MADRAZO



**INCMNSZ**

MÉXICO, D.F.

JUNIO DEL 2010



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.

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”**

---

**Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez**  
**Director de Enseñanza**

---

**Dr. Alfonso Gulías Herrero**  
**Profesor Titular de Medicina Interna**

---

**Dr. Jorge Alberto Mena Madrazo**  
**Profesor Adjunto de Medicina Interna**  
**Asesor de Tesis**

*La tesis está dedicada a aquellos que hablaron para darnos voz*

*Gracias a papá, mamá y Kena*

## Índice

	Página
Introducción.....	6
Stanley Milgram y el Experimento de Obediencia.....	10
<i>El Experimento de Milgram</i> .....	10
<i>Sujetos de Estudio</i> .....	11
<i>Procedimiento</i> .....	11
<i>Nociones Preliminares</i> .....	13
<i>Resultados</i> .....	14
<i>Variaciones del Experimento Original</i> .....	14
<i>Reflexiones e Impacto del Experimento</i> .....	16
Especialidades Médicas, Residencia y Residentes.....	19
<i>Historia Contemporánea de las Especialidades Médicas en México</i> .....	19
<i>El Programa de Actual Residencias Médicas</i> .....	21
<i>El y La Residente</i> .....	23
Material y Métodos.....	27
Diseño y Muestra.....	27
Recolección de Datos.....	28
Resultados.....	29
Análisis Cuantitativo.....	29
Análisis Cualitativo.....	36
<i>Dos Categorías y 5 Sub-Categorías de Obediencia</i> .....	38
<i>Obediencia Surgida por el Conocimiento y Experiencia del Superior</i> .....	39
<i>Obediencia que Emanada de la Estructura Jerárquica</i> .....	40

<i>Obediencia por Respeto al Orden .....</i>	<i>40</i>
<i>Obediencia que Reduce al Subordinado a un Estado de Agente.....</i>	<i>40</i>
<i>Obediencia para Seguir Formando Parte del Status Quo.....</i>	<i>41</i>
<i>Obediencia para no Recibir Castigo.....</i>	<i>42</i>
<i>Obediencia Impuesta.....</i>	<i>43</i>
Discusión.....	44
Referencias.....	49
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	53

## **Introducción**

Hay dos hechos que me parecen relevantes: el orden es fundamental para el buen funcionamiento de los sistemas y la obediencia es necesaria para mantener el orden. Estas premisas son el sustento para justificar la estructura jerárquica de la residencia médica.

Los beneficios del orden y la obediencia son claros, pues permiten la adecuada transferencia del conocimiento y promueven la calidad de la atención de la salud de los pacientes, ya que son los individuos con mayor experiencia, los responsables de la toma de decisiones; por lo tanto, las probabilidades de cometer errores son menores. Sobra decir que la eficiencia de un sistema en donde sus miembros son responsables de la vida y de la muerte de otro individuo, es una prioridad. Sin embargo, es justamente por esto, que la evaluación del sistema, es necesaria con el propósito de mejorarlo.

Existen diversos estudios dirigidos a dilucidar los conflictos éticos (Rosenbaum et al., 2004), los trastornos de ánimo (Rosales et al., 2005; Sepúlveda et al., 2006) y las condiciones de fatiga y privación de sueño (Landrigan et al., 2004; Lockley et al., 2004; Barger et al., 2005) a las que están sometidos los residentes durante el programa de especialidad médica. Sin embargo, hay pocos datos acerca de la estructura de poder a la que dichos individuos están sometidos. Dos artículos representativos sobre el tema son los de Mejía y Cumplido. En el primero, cuyo objetivo era describir la situación de maltrato durante la capacitación de los médicos residentes en hospitales de Argentina, los autores concluyeron que los principales perpetradores de actos de la violencia eran los residentes de años superiores (Mejía et al., 2005). El segundo, realizado en un hospital del IMSS en México, mostró que la jerarquía predominó en la residencia médica al señalar,

**Los médicos residentes de mayor jerarquía tenían como subordinados a los de menor jerarquía. Un médico residente de primer año se consideraba un aprendiz, prácticamente sin voz ni voto y dispuesto al trabajo (Cumplido et al., 2007).**

Es de notar, que en ninguno de los 2 casos anteriores se buscó indagar la percepción de la obediencia que prevalecía entre los residentes así como de la estructura de poder al cual estaban sujetos y que determinaban sus acciones. Con respecto al efecto de la obediencia y de la estructura jerárquica sobre las decisiones de un individuo, existen estadísticas muy ilustrativas que se pueden obtener del Consejo de Seguridad del Transporte Aeronáutico estadounidense (NTSB por sus siglas en inglés). Blass, analizó los datos recolectados por la NTSB y se propuso identificar las causas de los errores serios que conducían a accidentes durante los vuelos comerciales (Blass, 2000). Los hallazgos revelaron que 80% de las veces, el copiloto había omitido monitorizar y/o cuestionar las decisiones del piloto, lo que había desencadenado en 25% de los casos un accidente aéreo. El autor concluyó que el exceso de obediencia fue un factor causal para la ocurrencia de los siniestros (op. cit.). La autora de esta tesis no conoce de estudios similares en que se evalúe el impacto de la obediencia en el campo de la medicina.

Entonces, en base a la suposición de que existe una estructura jerárquica en la residencia médica y que ésta tiene una influencia sobre las acciones de los subordinados, el objetivo de este trabajo es analizar la percepción de la obediencia que tienen los residentes de las especialidades médicas, así como dilucidar el efecto que poseen las estructuras de poder y las percepciones individuales, sobre las decisiones y acciones de los residentes durante su labor asistencial. En particular, me interesa investigar el valor que le confieren los residentes médicos a sus principios éticos y si sitúan éstos por encima de la estructura jerárquica a la cual pertenecen.

Para abordar el tema, mencionaré los hallazgos de Milgram, que son considerados como un parteaguas para el entendimiento de la obediencia y en donde introduzco conceptos que abordaré durante la tesis. Posteriormente, haré una descripción de las especialidades médicas, la residencia y los residentes para contextualizar al lector en el universo en el cual se desenvuelve el residente. Después detallaré la metodología y los resultados del estudio que llevó a esta tesis y finalizaré con una breve discusión.

**“...civilization means, above all, an unwillingness to inflict unnecessary pain. Within the ambit of that definition, those of us who heedlessly accept the commands of authority cannot yet claim to be civilized men.”**

Harold J. Laski (1929) “The Dangers of Obedience” Harper’s Monthly Magazine **159**: 1-10

## **Stanley Milgram y el Experimento de Obediencia**

En 1963, el psicólogo estadounidense Stanley Milgram (1933-1984) publicó el primero de una serie de artículos destinados a describir la dinámica de la obediencia a la autoridad. En palabras del autor, “la obediencia es un elemento básico de la estructura en la vida social” (Milgram, 1963). Su estudio cobra particular importancia después de conocerse los sucesos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial que resultaron en el Holocausto, debido a que los Juicios de Núremberg revelaron que el asesinato de millones de personas durante 1933-45, requirió que un vasto número de subordinados siguiera órdenes (*op. cit.*).

En el experimento Milgram ahondó en lo propuesto previamente por la filósofa Hannah Arendt (quien en 1961 fue testigo del juicio de A.K. Eichmann, Teniente Coronel de la SS nazi) en relación a la *banalidad del mal* (Arendt, 1963); ya que diseñó un estudio que le permitió observar si un individuo ordinario era capaz de cometer acciones contrarias a sus principios con tal de acatar el orden establecido. En 1974, Milgram resumió de la siguiente manera el experimento, en un artículo titulado ‘*Peligros de la Obediencia*’:

**Los aspectos legales y filosóficos de la obediencia son de enorme importancia, pero dicen muy poco sobre cómo la mayoría de la gente se comporta en situaciones concretas. Monté un simple experimento en la Universidad de Yale para probar cuánto dolor infligiría un ciudadano común a otra persona simplemente porque se lo pedían para un experimento científico. (...) La extrema aquiescencia de los adultos de aceptar casi cualquier requerimiento ordenado por la autoridad constituye el principal descubrimiento del estudio (Milgram, 1974).**

## **El Experimento de Milgram**

Para cumplir con su objetivo, Milgram tuvo que idear un mecanismo que le permitiera evaluar qué tan lejos iría un individuo sometido a las órdenes de una autoridad aparentemente

legítima. Para lo anterior, creó un experimento ficticio en el cual contaba con dos cómplices, una supuesta silla eléctrica, y un instrumento que simulaba dar choques eléctricos. El sujeto experimental, desconocía cuál era el verdadero objetivo del experimento.

### ***Sujetos de Estudio***

Los sujetos experimentales fueron reclutados a través de anuncios en el periódico así como de invitaciones enviadas por correo, en donde se solicitaba su participación para un supuesto estudio de memoria de la Universidad de Yale. Se les ofrecía una remuneración económica de \$4.50 dólares por participar. De esta manera, 40 hombres de entre 20-50 años residentes de la localidad de New Haven y Bridgeport, Connecticut fueron reclutados. La distribución de la ocupación de los participantes fue la siguiente: 40% obreros, 40% oficinistas y 20% académicos.

### ***Procedimiento***

El experimento requería, además del sujeto experimental, de dos cómplices:

- 1) el investigador
- 2) la víctima.

El papel del investigador era desempeñado por un hombre de 31 años cuya verdadera profesión era un profesor de biología de educación media superior. Por otro lado, la víctima era representada por un contador de 47 años de ascendencia irlandesa.

Al llegar a las instalaciones universitarias, el investigador o sea el profesor de biología, le otorgaba al sujeto experimental los \$4.50 dólares prometidos y le explicaba a éste y a la víctima, que fingía ser un recluta más, que participarían en un estudio cuyo objetivo era dilucidar la relación entre el castigo y el aprendizaje. Para lo anterior, debía de escogerse a un maestro y a un

alumno a través de un sorteo. Los resultados eran manipulados para que el sujeto experimental fuera siempre el maestro y la víctima, el alumno.

Una vez definidos los roles y ante la presencia del sujeto/maestro, el profesor/investigador colocaba a la víctima/alumno en una “silla eléctrica”, lo ataba a ésta “para impedir movimientos excesivos” y le colocaba electrodos. En ese momento, la víctima/alumno hacía referencia a un problema cardíaco mientras que el investigador señalaba que las descargas podían llegar a ser extremadamente dolorosas pero que no provocarían daños irreversibles.

A continuación, el profesor/investigador conducía al sujeto/maestro a un módulo separado del de la víctima/alumno. Lo sentaba en frente de una máquina que aparentaba ser el generador de choques eléctricos. El “generador” tenía 30 interruptores cuyo rango de voltaje era de 15V a 450V con incrementos entre cada uno de 15V. Aunado a lo anterior, el panel de los interruptores tenía leyendas con descripciones cualitativas que iban desde “Choque Ligero” hasta “Peligro: Choque Severo” y finalmente “XXX”.

El profesor/investigador entonces le explicaba al sujeto/maestro que debía leerle una lista con pares de palabras a través de un micrófono a la víctima/alumno. Posteriormente, el sujeto/maestro leería únicamente la primera mitad de los pares de palabras dando a la víctima/alumno cuatro posibles respuestas para cada una de ellas. Ésta debía indicar cuál de estas palabras correspondía con su par leída presionando 1 de 4 botones disponibles. Si la respuesta era errónea, el sujeto/maestro debería suministrarle a la víctima/alumno una descarga iniciando en 15V. Con cada respuesta incorrecta la intensidad de la descarga debería ser aumentada 15V más hasta un máximo de 450V. En caso de responder correctamente, el sujeto/maestro debería de pasar a la siguiente palabra. Antes de iniciar la sesión y para aumentar la autenticidad del instrumento, el sujeto/maestro recibía una verdadera descarga de 45V proveniente de una batería localizada en el “generador”.

Las respuestas de la víctima/alumno a la lista de palabras estaban predeterminadas dando una respuesta correcta por cada tres respuestas incorrectas. Con respecto a la reacción de la víctima/alumno a los supuestos choques eléctricos, ésta estaba también sistematizada: a partir de los 300V la víctima/alumno golpeaba la pared del cuarto donde se encontraba atado a la “silla eléctrica” y tales golpes eran escuchados por el sujeto/maestro. A partir de ese momento, la víctima/alumno rehusaba contestar las preguntas del sujeto/maestro. Este último era instruido por el profesor/investigador para contar la ausencia de respuesta como incorrecta. Los golpes en la pared provenientes de la víctima/alumno eran escuchados por el sujeto/maestro hasta llegar a los 315V, posterior a este nivel dichos golpes cesaban.

En caso de que el sujeto/maestro expresara deseo de suspender las descargas, el profesor/investigador le respondía con una serie de órdenes consecutivas dichas de manera educada pero firme:

1. Continúe, por favor.
2. El experimento requiere que usted continúe.
3. Es absolutamente esencial que usted continúe.
4. Usted no tiene opción alguna. *Debe* continuar.

Si después de la última orden el sujeto/maestro se negaba a continuar, se daba por terminado el experimento. En caso contrario, se detenía después de que el sujeto/maestro hubiera administrado la descarga máxima de 450V

### ***Nociones Preliminares***

Antes de llevar a cabo el experimento Milgram pidió a catorce estudiantes del último año de psicología provenientes de la Universidad de Yale, sus predicciones en cuanto a la conducta

esperada de los sujetos experimentales. De acuerdo a sus estimaciones entre 0-3% llegarían a administrar la descarga máxima de 450V.

### **Resultados**

Veinte y seis de los sujetos, es decir el 65%, llegaron a administrar la descarga máxima de 450V. Cinco, rehusaron seguir las órdenes más allá de los 300V; cuatro, administraron una descarga más (315V) antes de desafiar al investigador; mientras que un sujeto se detuvo a los 345V, otro a los 360V y un último a los 375V. Es decir, solamente el 35% de los sujetos (n=14) desafiaron las órdenes del investigador (Milgram, 1963). Resulta relevante enfatizar que el investigador no contaba con mecanismos coercitivos tangibles para ejercer su autoridad.

Los resultados de éste y otras variaciones del experimento original, llevaron a que Milgram en 1965 declarará:

**Los resultados observados y sentidos en el laboratorio son para el autor inquietantes. Ya que conducen a la posibilidad, de que la naturaleza humana -o más expresamente- la clase de carácter producida en la sociedad democrática americana, no impide que sus ciudadanos realicen acciones brutales e inhumanas bajo la dirección de autoridades malévolas. Una proporción sustancial de personas hace lo que se le dice, independientemente del contenido de la acción y sin limitaciones de conciencia, siempre y cuando perciban que la orden es dada por una autoridad legítima (Milgram, 1965).**

### **Variaciones del Experimento Original**

Milgram condujo 4 variaciones del experimento con respecto a la respuesta de la víctima/alumno a las descargas. La intención era que en cada variación la víctima/alumno era acercada de manera “psicológica” al sujeto experimental, responsable de las descargas. Milgram después comparó la obediencia de los sujetos en las 4 variaciones del experimento (*op. cit.*).

La primera variación denominada “retroalimentación a distancia” fue la utilizada en el experimento antes descrito. Es decir la víctima/alumno era colocada en otro cuarto y no podía ser vista ni escuchada por el sujeto/maestro hasta los 300V cuando la víctima golpeaba las paredes. Después de 315V cesaban los golpes.

La segunda variación llamada “retroalimentación con voz”, era exactamente igual a la anterior, excepto que el sujeto/maestro escuchaba los quejidos de la víctima/alumno a través de una puerta que se dejaba intencionalmente abierta. Los sollozos de la víctima/alumno estaban estandarizados para que a partir de los 75V se produjeran. Éstos aumentaban paulatinamente hasta que a los 120V la víctima/alumno vociferaba al profesor/investigador que las descargas eran dolorosas. A los 135V y a los 150V la víctima/alumno increpaba “Investigador déjeme salir”, mientras que a los 180V exclamaba “No soporto el dolor”. A los 270V la respuesta a la descarga era un grito de franca agonía e insistía en su deseo de detener el experimento. A los 300V la víctima/alumno en un chillido desesperado declaraba su intención de no contestar más preguntas y finalmente a los 315V, después de un aullido violento reafirmaba vehementemente su renuncia al experimento. A partir de ese momento, la víctima/alumno no contestaba preguntas y solamente reaccionaba con alaridos de dolor a las descargas administradas.

En la tercera variación conocida como “retroalimentación con proximidad”, el sujeto/maestro era ubicado en el mismo cuarto que la víctima/alumno a menos de 0.5m. En esta condición la víctima/alumno era por lo tanto audible y visible al sujeto/maestro.

La última variación, la de “retroalimentación con tacto y proximidad”, era idéntica a la tercera excepto que la mano de la víctima/alumno debía descansar sobre una placa metálica para poder recibir las descargas. A partir de los 150V, la víctima/alumno exigía ser liberado de la silla eléctrica y rehusaba colocar la mano sobre la placa metálica. El profesor/investigador ordenaba al

sujeto/maestro forzar la mano de la víctima/alumno sobre la placa metálica por lo que en esta condición se agregaba contacto físico con la víctima/alumno.

Al igual que en el experimento original se reclutaron 40 individuos para cada experimento. El porcentaje de individuos que obedecieron hasta administrar la descarga máxima de 450V fue de 66% en el de retroalimentación “remota”; 62.5% en el “de voz”; 40% en el de “proximidad”; y 30% en el de “tacto y proximidad”.

Milgram especuló sobre las diferentes razones, predominantemente psicológicas, que explicaban las diferencias observadas. Entre ellas se encontraban los distintos grados de empatía y de negación externados por el sujeto/maestro en las diversas situaciones. Sin embargo, lo que sí afirmó en base a los hallazgos observados fue lo siguiente:

**La presencia concreta, visible y próxima de la víctima juega un papel importante en contrarrestar el poder del investigador y generar desobediencia (op. cit.)**

### ***Reflexiones e Impacto del Experimento***

Para explicar sus hallazgos, Milgram introdujo un nuevo concepto, el de la reducción del sujeto/maestro a un *estado de agente* en el cual éste delegaba su responsabilidad a la autoridad y de esta manera resolvía el conflicto de seguir órdenes contrarias a sus principios. En palabras de Milgram:

**Las consecuencias más relevantes del “estado de agente” es que el individuo se siente responsable hacia la autoridad sin embargo, dicho individuo no siente responsabilidad por el contenido de las acciones derivadas de la orden emitida por esa autoridad (Milgram, 1974).**

Las investigaciones de Milgram tuvieron un impacto importante en múltiples disciplinas además de la psicología, tales como: la filosofía, la ciencia política, la psiquiatría y la educación

entre otras (Blass, 1991). Sus aportaciones al marco conceptual de la conducta humana son para algunos, de las más singulares, penetrantes e inquietantes (Blass, 1999). Con el tiempo obtuvo mayor validez al observarse la reproducibilidad de sus hallazgos (Tabla 1).

**Tabla 1. Porcentaje de Sujetos Obedientes por Estudio y País. Reproducido parcialmente del libro *Obedience to authority: Current perspective on the Milgram Paradigm* (Blass, 2000)**

Estudio	País	% de sujetos Obedientes
Milgram, 1963	E.U.A.	
Experimento 1		65%
Experimento 2		62.5%
Experimento 3		40%
Experimento 5		65%
Experimento 6		50%
Experimento 8		65%
Experimento 10		47.5%
Rosenhan, 1969	Italia	85%
Mantell, 1971	Alemania Occidental	85%
Powers, 1972	E.U.A	83%
Kilham, 1974	Australia	28%
Shanab, 1978	Jordania	62.5%
Miranda, 1981	España	50%

En relación con el presente trabajo, la reflexión derivada del experimento de Milgram que me pareció pertinente, debido a las implicaciones que podría tener en general sobre el Sistema de Salud y en particular sobre los residentes de las especialidades que laboran dentro de tal sistema, es la siguiente:

**La psicología social de este siglo nos ha dado una lección importante: a menudo, no es tanto la clase de persona que un individuo es, sino la situación en la cual se encuentra, lo que determina sus acciones (Milgram, 1974).**

**“La nueva medicina se forjó en las salas de clínica y en los hospitales, no en las aulas”**

Dr. Ignacio Chávez Sánchez (1947) México en la cultura médica. El Colegio Nacional. México.

## **Especialidades Médicas, Residencia y Residentes**

De acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la protección a la salud es un derecho constitucional (Constitución, 1917). Los médicos especialistas y los residentes son herramientas que utiliza el Estado Mexicano a través del Sistema Nacional de Salud para cumplir con dicha garantía individual.

### ***Historia Contemporánea de las Especialidades Médicas en México***

El 5 de febrero de 1905 se fundó el Hospital General de México (HGM), inaugurándose con su apertura, diversos pabellones confinados a la práctica de múltiples especialidades. Con el tiempo se abrirían más pabellones y algunos se convertirían en la antesala de los institutos nacionales de salud. Por lo anterior, se considera al HGM como la cuna de la mayoría de las especialidades médicas.

En cuanto a la docencia, desde 1937 se impartían cursos de posgrado en el HGM. Sin embargo, no fue hasta abril de 1942 cuando los doctores Gustavo Baz, en ese entonces Secretario de Salubridad y Asistencia (SSA), y Aquilino Villanueva, director del HGM, fundaron la primera residencia hospitalaria de nuestro país. El plan académico de la residencia en el HGM tenía una duración de un año y comprendía rotaciones predominantemente en los pabellones de cirugía general, medicina interna y gineco-obstetricia. La segunda residencia se creó en el Hospital Militar e inmediatamente después apareció la del Hospital Infantil de México, ambos por influencia del Dr. Gustavo Baz. Así mismo, a medida que se inauguraban nuevas instituciones, como el Instituto Nacional de Cardiología (1944) y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), ahora conocido como Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCM y NSZ), se establecían programas estructurados de residencia médica (Quijano, 1988).

En 1960, se creó la primera residencia de especialidad con afiliación universitaria; consolidándose en 1964, cuando el Consejo Universitario aprobó el *Reglamento de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina*, pues se estipulaba que la formación de especialistas requería de una supervisión formal universitaria. En 1966, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ratificó los cursos de las primeras 22 residencias. Dichos cursos se empezaron a impartir en diferentes sedes con una duración de 4 a 6 semestres. Las instalaciones de la SSA, del IMSS, del ISSSTE y de los servicios médicos del DDF fueron utilizadas generalmente como sedes, ya que contaban con instalaciones, equipos, personal y actividades académicas indispensables para el adiestramiento de los residentes. En cuanto a las actividades de éstos, el Reglamento estipulaba que la especialización se alcanzaría primordialmente, a través del servicio hospitalario, completado con un currículum académico (Quijano, 1988).

El Dr. Quijano Pitman, quien formó parte de la generación fundadora de médicos residentes en el HGM, describiría la enseñanza en la residencia médica de la siguiente manera:

**La enseñanza ha sido eminentemente tutelar, por aprendizaje en servicios, pues los alumnos son a la vez residentes de los hospitales que se ocupan de diversas funciones asistenciales; su relación con los profesores es más estrecha que en el nivel licenciatura debido a que laboran juntos por tiempo completo; pasan a servicios de consulta externa, hospitalización y quirófanos -en las disciplinas que lo requieren- y, a la vez, participan en la docencia, ayudando a la enseñanza de residentes de años inferiores. El método de enseñanza incluye conferencias teóricas, sesiones académicas, auto enseñanza con lecturas dirigidas y discusiones coordinadas y, por supuesto, adiestramiento clínico en la atención diaria de enfermos. Hay por último, un adiestramiento clínico complementario consistente en trabajo de guardia en los hospitales, siempre bajo la supervisión de residentes con mayor experiencia o médicos de base que acuden al llamado expreso de los propios alumnos (Quijano, 1988)**

Continuando con la institucionalización que sufrió la residencia médica, en 1983, se fundó por decreto presidencial la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) la cual es presidida alternativamente por los secretarios de Salud y Educación. Dicha entidad está encargada, a través de su Comité en Enseñanza de Posgrado y Educación Médica Continua (CEPEC) de evaluar y hacer recomendaciones sobre la organización y funcionamiento de las residencias médicas; así como de la ejecución y evaluación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), requisito indispensable para ingresar a un programa de residencias (Vargas, 2005).

### ***El Programa Actual de Residencias Médicas***

En 1992 a iniciativa de CIFRHS se elaboró el Plan Único de Especialización Médica (PUEM) concertado principalmente por la UNAM, SSA, ISSSTE y la Academia Nacional de Medicina.

En abril de 1994 el PUEM fue aprobado por el Consejo Universitario extendiéndose al resto del país. En septiembre de ese año la Secretaría de Salud emitió la *Norma Oficial Mexicana (NOM) para la organización y funcionamiento de residencias médicas 090-SSA1-1994*. Actualmente el PUEM cuenta con 74 cursos de especialidades en 77 sedes hospitalarias. Los cursos de especialización tienen una duración de 2 a 5 años, según la especialidad y están conformados por 4 asignaturas: Seminario de atención médica, Trabajo de atención médica, Seminario de investigación y Seminario de educación. En cuanto a la metodología de enseñanza sugerida y las razones de ser de ésta, se manifiesta lo siguiente:

**...la metodología de enseñanza propuesta -centrada en la solución de problemas-, que ejercita la habilidad de pensar con sentido crítico y creador, de hacer discriminaciones y de adoptar decisiones inteligentes en la práctica médica cotidiana, se plantea como la estrategia pedagógica para habilitar al futuro especialista en la identificación y solución**

**debida de los problemas de salud propios de su ámbito profesional [...] Este vínculo entre acción-reflexión-acción es lo que permite al alumno avanzar significativamente en el dominio de las habilidades, procedimientos y competencias profesionales que habrá de mostrar en su ejercicio médico especializado (Posgrado, sin fecha).**

En cuanto a las limitaciones del PUEM de acuerdo con la misma Dirección de Posgrado, y los pasos a seguir para remediarlos, se hace la siguiente observación:

**Existe, así mismo, el convencimiento de que un plan de estudios, como cualquier acción humana compleja, puede mejorarse a través de diversos ajustes; por ello, está actualmente en proceso un amplio y riguroso proceso (sic) multimetodológico de evaluación [...] Se está consciente también, de la necesidad de establecer una mejor y más efectiva colaboración con las instituciones de salud, con base en el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, que nos permita tomar las mejores decisiones por consenso, en aras de formar médicos especialistas capaces de desarrollar una práctica profesional competente, con un profundo sentido humanista y vocación social de servicio, que garanticen mejores niveles de salud para la sociedad, y nos prepare, como país, para afrontar los retos del futuro con mayor calidad académica y competitividad profesional (Posgrado, sin fecha).**

Otras opiniones como las del Dr. Enrique Vargas Salgado, señalan que a pesar de los esfuerzos aún no se ha logrado fortalecer la interacción entre el sector de educación y el de la salud para coordinar la formación del médico especialista; lo que ha llevado a la sobre-especialización, a la excesiva tecnificación y a la consecuente deshumanización de la práctica médica (Vargas, 2005). En sus propias palabras, Vargas escribe lo siguiente:

...puesto que la vinculación entre los sectores es pobre, la influencia de la institución educativa es mínima, ya que participaron poco en la elaboración de los programas y la mayoría de ellos sigue los criterios y necesidades asistenciales, con los elementos de que se disponga, dejando de lado los aspectos académicos y formación universitaria (...)  
Resulta innegable que lo fundamental para los hospitales sede desde los puntos de vista económico y organizacional, así como desde la perspectiva de los administradores de hospitales y los jefes de los servicios es (y seguirá siendo) la atención de los pacientes; esto es, la parte asistencial de los programas. En consecuencia, hay un distanciamiento entre los programas universitarios y los programas educativos (Vargas, 2005).

### ***El y La Residente***

Comúnmente se cree que el médico especialista en comparación con el médico general tiene: 1) Mayores ofertas de empleo; 2) Más probabilidad de recibir una mejor remuneración económica; 3) Mejor reconocimiento por parte de los pacientes y; 4) Mayor satisfacción personal.

Al observar los pocas estadísticas relacionados con el tema, en específico, la cuestión laboral, 1 de cada 3 médicos generales están desempleados en comparación con 1 de cada 20 especialistas (Frenk et al., 1999). La situación es aún más precaria entre las mujeres con casi 25% de desempleo entre ellas (Frenk et al., 2000). Por ende, no es sorprendente observar que la entrada a un programa de residencias sea competitiva. Para ilustrar lo anterior, se presentan los datos tomados del CIFRHS en donde se hace patente que en 2008, 21,386 médicos mexicanos sustentaron el ENARM; de ellos, 6,236 (29.16%) fueron seleccionados (CIFRHS, 2008). Es de notar, que el alumno deberá no solamente acceder sino permanecer y titularse del programa para convertirse en un médico especialista.

Una vez convertido en residente, el alumno se compromete a seguir los lineamientos establecidos tanto en la *NOM para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas*

090-SSA1-1994 como en los reglamentos internos específicos para cada una de las sedes hospitalarias; y por otro lado, como profesional de la salud también está sujeto a la Ley General de Salud. Es interesante observar la ambigüedad en la que se encuentra el residente, ya que por un lado es un estudiante de posgrado, y a la vez es un profesional de la salud con obligaciones asistenciales definidas y posibles implicaciones legales. De hecho, en cuanto a la cuestión laboral, las jornadas de trabajo a las que están sometidos son largas, muchas veces excediendo las 100 horas (h) por semana (Vargas, 2005), las cuales están muy por encima de las 80h recomendadas por la *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), institución que acredita los cursos de la mayoría de los 8,500 programas de residencias de los E.U.A (ACGME, 2003). Los límites en otros países son aún más estrictos, pues observamos que: en Dinamarca el límite de horas por semana son 37, en Francia 52.5, en el Reino Unido es de 56-64, y 72 en Nueva Zelandia (Iglehart, 2008).

Por otro lado, la estructura social a la que se incorpora el residente al ingresar al hospital, es jerárquica en donde el rango del individuo tiene una definida relación con el año de ingreso a la residencia siendo los de primer año quienes ocupan el último escalón. Los médicos adscritos seguidos por los Jefes de residentes son quienes se encuentran al principio de la cadena de mando. El respeto por dicha jerarquía es de suma importancia para la profesión ya que el adecuado funcionamiento de ésta es considerado como un pilar para la correcta instrucción de los residentes; su importancia puede ser apreciada al leer la NOM 090-SSA1-1994 en donde subraya que una de las obligaciones del residente es: “Cumplir debidamente las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo de las actividades inherentes a la residencia”(SSA, 1994). De hecho, la “insubordinación” y el “desacato de las órdenes de los superiores inmediatos” se consideran, en los diversos reglamentos internos de los hospitales sedes, como “infracciones mayores” y son motivo de sanciones tales como notas de demérito y

guardias extra, o incluso el “cese de nombramiento” o “suspensión definitiva” (INCMyNSZ, 2006; INNN, sin fecha; GEA, 2001; IMSS, 2005).

El origen de dicha estructura jerárquica tiene probablemente su antecedente en la relación de “maestro-aprendiz” descrito anteriormente por el Dr. Quijano. En aquella época, la supervisión rigurosa de las acciones y actitudes de los alumnos llevaron a la formación de personajes ilustres tales como: el Dr. Ignacio Chávez, Dr. Salvador Zubirán y el Dr. Manuel Campuzano entre varios otros (UNAM, 1992). Sin embargo, la masificación de la educación médica (Frenk et al., 1999) y la escasez de los profesores en los distintos programas de residencias (Vargas, 2005), han llevado a que hoy en día la supervisión de los residentes se haga predominantemente por los mismos residentes (Cumplido et al., 2007), aunque siguiendo la misma estructura, es decir, por aquellos de mayor jerarquía.

**“El hecho de que una persona actúe bajo las órdenes de su Gobierno o de un superior no le exime de la responsabilidad bajo las leyes internacionales, siempre que se demuestre que tenía posibilidad de actuar de otra forma.”**

Principio IV de los Principios de Núremberg

**“El R1 tiene piernas, no cabeza, no te olvides”**

Mejía et al. (2001) Correspondencia a Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes. Medicina

61: 114-120

## **Material y Métodos**

### **Diseño y Muestra**

Se entrevistaron residentes del INCMyNSZ el cual es un hospital de tercer nivel de atención médica ubicado en la Ciudad de México. Los entrevistados pertenecían a los programas de Medicina Interna y Cirugía. La entrada a dichos programas es altamente competitiva y requiere que el alumno además de pasar el ENARM, realice un examen interno del instituto y posteriormente, en caso de salir seleccionado, se presente a una entrevista. De entre 300 candidatos por programa, se aceptan a 30 residentes de primer ingreso a Medicina Interna y 6 a Cirugía. Los residentes de ambas especialidades realizan la mayoría de sus rotaciones dentro del INCMyNSZ. En cuanto al programa de Medicina Interna, las actividades de los residentes se divide a lo largo de la especialidad entre los siguientes servicios: Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa. La duración de dichas rotaciones es variable y depende de las necesidades institucionales. Por otro lado, el programa de Cirugía en el INCMyNSZ, a diferencia de la mayoría de los programas en México cuya duración es menor, es de cinco años ya que se contempla una rotación de un año en Medicina Interna durante los primeros años. La actividad de los cirujanos se desarrolla predominantemente en el quirófano, aunque realizan labores como inter-consultantes en el servicio de Urgencias y en los pisos de hospitalización. En cuanto al servicio social, los residentes de ambos programas, en cumplimiento de la NOM 090-SSA1-1994 laboran en su 4º año (R4) por 4 meses en hospitales de segundo nivel de atención médica distribuidos en diferentes estados de la República Mexicana.

Para determinar a quién entrevistar, se realizó en primera instancia, una selección aleatoria del 50% (para esto se utilizó EXCEL OFFICE®) de los residentes iniciando con la generación que ingresó a la residencia en el 2003 hasta la del 2006 (n=47). Sin embargo, por la poca disponibilidad de tiempo con que contaban las entrevistadoras, se logró capturar al 36% (n=17) de la muestra

original. Ahora bien, debido a que la intención de la autora de esta tesis no era hacer un análisis cuantitativo para determinar causalidad o asociación, se decidió hacer un muestreo selectivo de los participantes como ha sido descrito para los estudios cualitativos (Strauss y Corbin, 1988). Se eligieron al resto de los participantes en base a su disponibilidad para realizar la entrevista, es decir, aquellos que se encontraban en rotaciones electivas sin mucha carga asistencial. Bajo este método se efectuaron 9 entrevistas más.

### **Recolección de Datos**

Se elaboró un cuestionario que consistió de 30 preguntas, algunas abiertas (Anexo 1). Previo al inicio de la entrevista, se le explicaba al posible participante los objetivos y los métodos del estudio, así como se le hacía hincapié en la confidencialidad de su testimonio (Anexo 2); en caso de que el sujeto accediera, se proseguía con la entrevista grabada. Las entrevistadoras eran la autora y otra residente de Medicina Interna. Ellas iniciaron las entrevistas en 2006, cuando se encontraban en el primer año de su residencia y concluyeron en 2010. Las entrevistas eran conducidas por una entrevistadora cara a cara al participante y tuvieron una duración de 20 a 45 minutos. Para su elaboración se buscó, en lo posible, un lugar aislado y sin ruido para realizar la entrevista. Al final de la entrevista, se le ofrecía al participante una hoja en blanco para que en 10 minutos escribiera, si quisiera, agregar algo más. Todas las entrevistas fueron grabadas aunque, cabe destacar, que el cuestionario contaba con una parte escrita que era respondido de manera simultánea a la entrevista. Para asegurar el anonimato de los sujetos, las transcripciones se codificaron para su identificación, por lo que al analizar los datos, en el momento de redactar este texto, la autora desconoce la identidad de los participantes.

Las variables categóricas de los encuestados (n=26) se analizaron con el uso de STATA 8. El análisis cualitativo se realizó basándose en la Teoría Fundamentada (Selden, 2005). Para esto, se

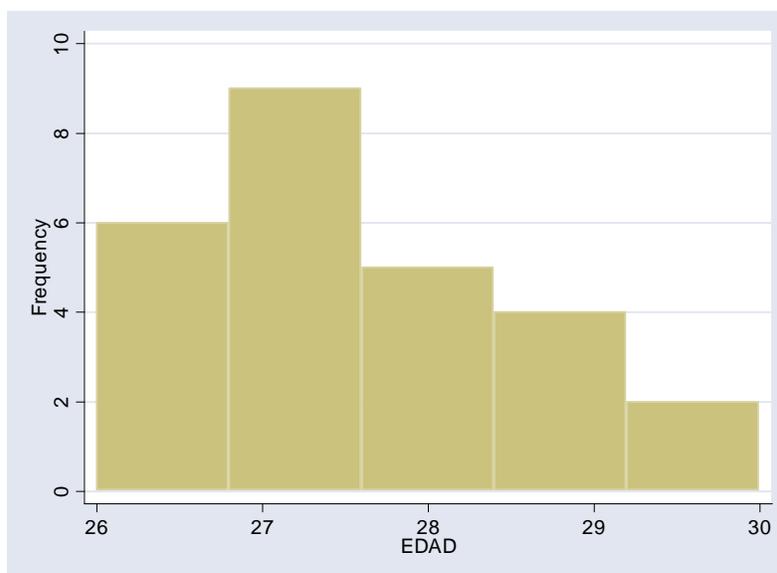
transcribieron las entrevistas grabadas y se codificaron las transcripciones a partir de categorías teóricas presentes de manera sistemática en los datos. Posteriormente se buscó la relación entre ellas e identificaron citas ilustrativas de los participantes. La transcripción de las entrevistas y el análisis cualitativo de los datos se suspendió al alcanzar el “punto de saturación” es decir, “hasta que uno escucha declaraciones (o testimonios) ya conocidas” (*op. cit.*). De esta manera se transcribieron 18 entrevistas en total.

## **Resultados**

### **Análisis Cuantitativo**

La edad promedio de los participante fue de 27.5 años ( $\pm 1.24$ ), la edad mínima fue de 26 y la máxima de 30 (Ilustración 1).

**Ilustración 1. Distribución por Edad (años) de Participantes (n=26)**



En la Tabla 2, se presentan otras características demográficas de la población estudiada. En ella podemos observar que la mayoría de los participantes, eran hombres, solteros, católicos y provenían de universidades públicas. Es de notar que en la especialidad de Cirugía todos los

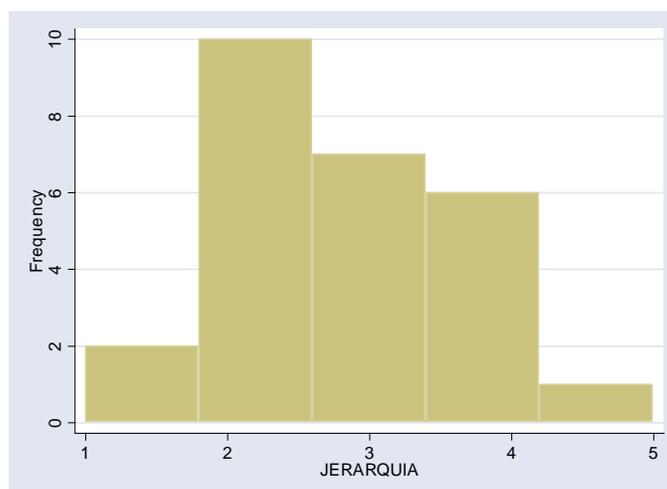
participantes eran hombres mientras que en Medicina Interna 6 de las participantes fueron mujeres.

**Tabla 2. Variables Demográficas de los Participantes (n=26)**

VARIABLE		% (n)
<b>GÉNERO</b>	<i>Mujeres</i>	23.08 (6)
	<i>Hombres</i>	76.92 (20)
<b>ESTADO CIVIL</b>	<i>Solteros</i>	80.77 (21)
	<i>Casados</i>	19.23 (5)
<b>RELIGIÓN</b>	<i>Católica</i>	57.69 (15)
	<i>Ninguna</i>	34.62 (9)
	<i>Otra</i>	7.69 (2)
<b>PROVENIENTE DE UNIVERSIDAD</b>	<i>Pública</i>	80.77 (21)
	<i>Privada</i>	19.23 (5)
<b>ESPECIALIDAD</b>	<i>Medicina Interna</i>	76.92 (20)
	<i>Cirugía</i>	23.08 (6)
<b>JEFE DE RESIDENTES</b>		3.85 (1)

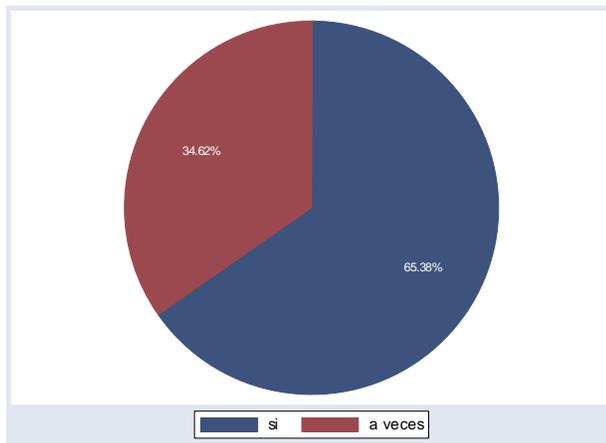
En cuanto a la jerarquía, la mayoría eran residentes de segundo año, seguidos por los de tercer año (Ilustración 2); uno de los entrevistados era Jefe de Residentes al momento del estudio.

**Ilustración 2. Distribución por Jerarquía de la Población (n=26)**



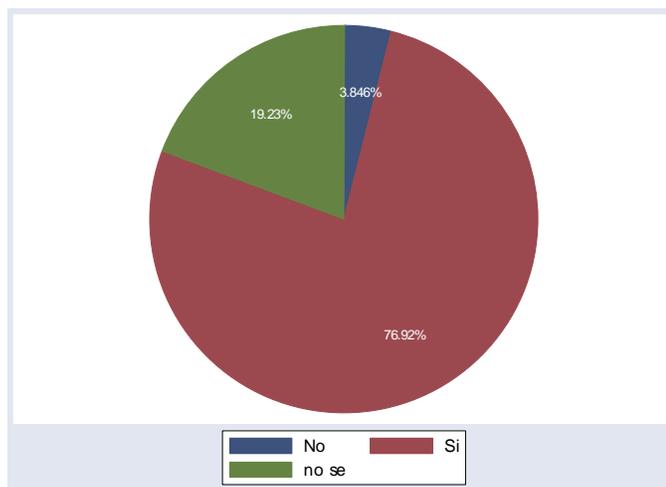
Con respecto a la pregunta expresa de si el participante se consideraba una persona ética, 65.38% respondieron que “sí” y 34.62% contestaron “a veces” (n=26) (Ilustración 3).

**Ilustración 3. Porcentaje de personas que se consideran éticas (n=26)**



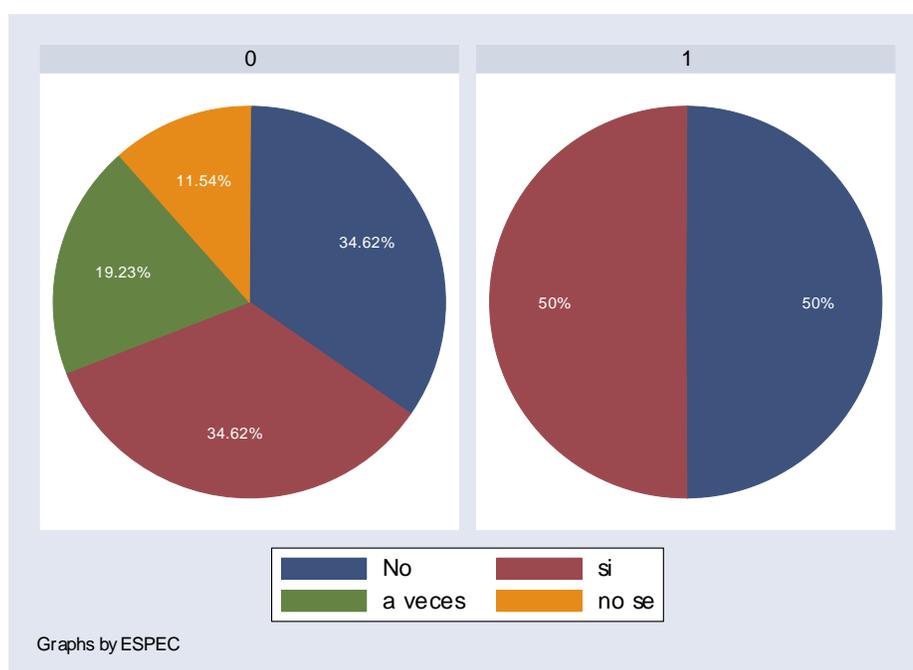
De los que respondieron “a veces”: 55.56% eran mujeres; por coincidencia 55.56% eran católicos; y 77.7% eran R2. Por otro lado, estratificado por especialidad, los valores fueron similares: 35% de los internistas manifestaron que “a veces”, mientras que 33.33% de los cirujanos revelaron lo mismo (Ilustración 4). De la misma manera, al preguntar si consideraban sus principios por encima del orden jerárquico establecido, 76.92% indicaron que “sí” (Ilustración 4).

**Ilustración 4. Porcentaje de residentes que creen que sus principios son más importantes que la jerarquía (n=26)**



Lo anterior contrasta con la respuesta de más del 50% de los participantes quienes apuntaron que “si” o “a veces” ordenarían algo éticamente cuestionable (Tabla 3). Cuando se estratificó por especialidad, el 50% de los cirujanos aseveró de manera tajante que “si” ordenarían algo éticamente cuestionable. Esto se contrapone con los de Medicina Interna, quienes mostraron mayor incertidumbre: 19.23% afirmaron que “a veces” ordenarían algo éticamente cuestionable; 11.54% dijeron que estaban indecisos; y 34.6% señalaron que “no” (Ilustración 5).

**Ilustración 5. Respuesta a la pregunta "¿Ordenarías que se hiciera algo éticamente cuestionable?", estratificado por Especialidad (Izq. Medicina Interna; Der. Cirugía (n=26))**



En un intento para dilucidar si la razón por la que un residente estaría dispuesto a realizar algo que consideraba inapropiado solamente por seguir el orden jerárquico, se hicieron 2 preguntas:

- a) En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te ordenase alguien de **mayor** jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?
- b) En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te propusiera alguien de **igual** jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?

Casi 40% de los sujetos, respondieron que “sí” o “a veces” lo harían si fuera una orden; en contraste con el segundo escenario, en donde sólo 11.5% manifestó que “a veces” lo realizaría si un individuo de la misma jerarquía lo propusiera. Cabe destacar, que en la segunda pregunta nadie contestó que “sí” (Tabla 3).

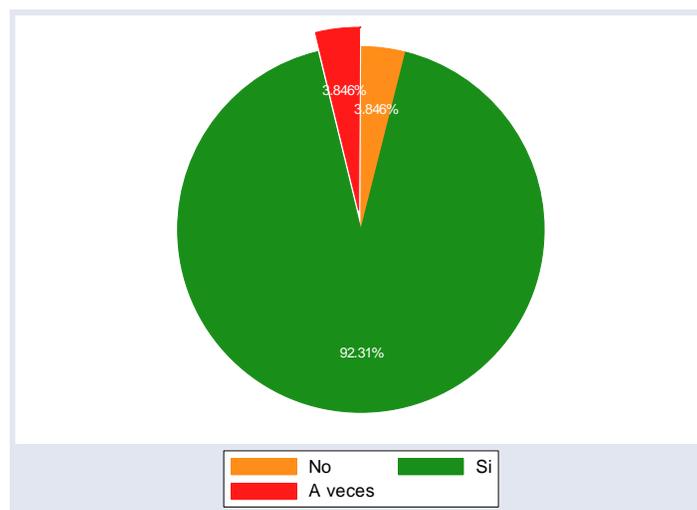
**Tabla 3. Ética y orden jerárquico entre residentes (n=26)**

PREGUNTA	% SI (n)	% A VECES (n) / NO SE (n)	% NO (n)
<i>¿Ordenarías que se hiciera algo que consideras éticamente cuestionable?</i>	34.62 (9)	19.23 (5)/ 11.54 (3)	34.62 (9)
<i>En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te ordenase alguien de mayor jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?</i>	3.85 (1)	34.62 (9)	61.54 (16)
<i>En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te propusiera alguien de igual jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?</i>	NR	11.54 (3)	88.46 (23)

NR=No hubo participantes que respondieran de esa manera

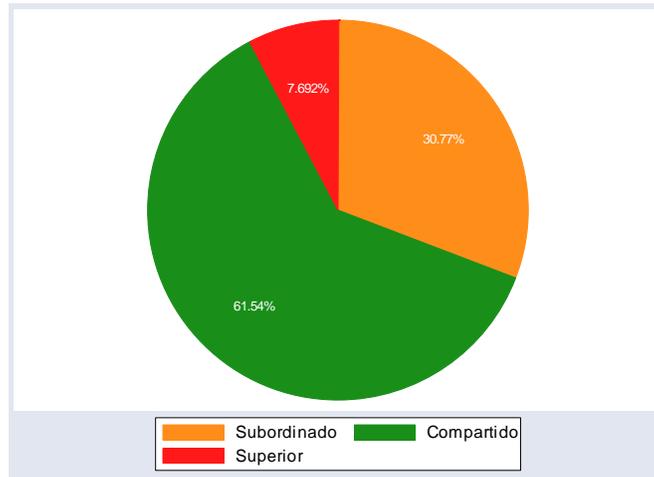
Por otro lado, se buscó indagar el peso que los residentes le asignaban a sus acciones cuando éstas eran consecuencia directa de una orden. Para lo anterior, se les preguntó si sentían responsabilidad al seguir una orden. Más del 90% reveló que “sí” (Ilustración 6).

**Ilustración 6. Percepción de responsabilidad del subordinado (n=26)**



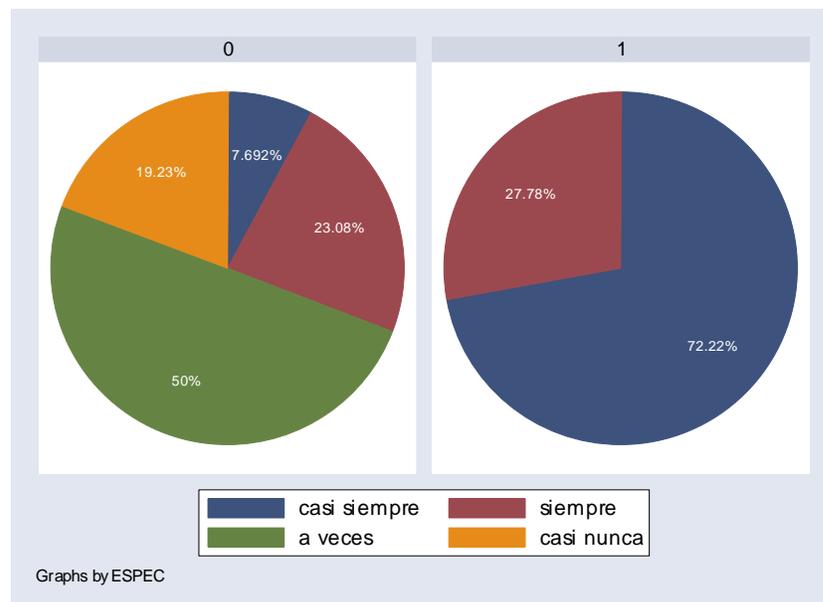
Continuando en la misma línea, se inquirió quién era más responsable si el superior o el subordinado. La percepción en general, fue que ésta era compartida seguida por la idea de que el subordinado era el más responsable (Ilustración 7).

**Ilustración 7. Percepción de quién es responsable de la acción desencadenada por una orden (n=26)**



En cuanto a cuestionar las órdenes, fue interesante observar que los cirujanos manifestaron que “siempre” o “casi siempre” lo hacían, en contraste con los médicos internistas quienes en su mayoría reconocieron que sólo “a veces” (Ilustración 8).

**Ilustración 8. Porcentaje de residentes que cuestionan al superior antes de seguir una orden, estratificado por Especialidad (Izq.=Medicina Interna; Der.=Cirugía (n=26))**



Al interrogar acerca de acciones que resultaron en detrimento del paciente, más del 80% (n=22) reveló que habían estado involucrados en al menos un evento. De éstos, 50% (n=11) declaró que la acción había ocurrido a pesar de tener el conocimiento previo de sus consecuencias; de esos, 90% (n=10) afirmó que el detrimento del paciente había sido desencadenado por una orden, mientras que 27.3% (n=3) alegó que era debido a no seguir órdenes (Tabla 4).

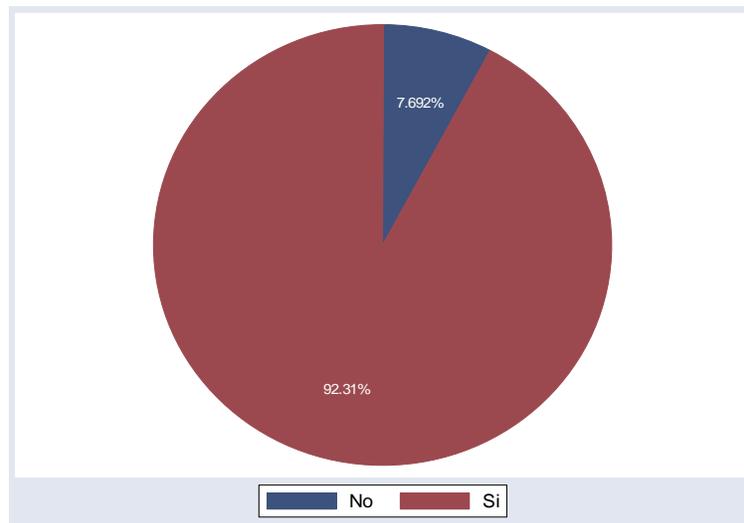
**Tabla 4. Órdenes y sus consecuencias**

<b>PREGUNTA</b>	<b>% SI (n)</b>	<b>% NO (n)</b>	<b>% A VECES (n)/ NO RECUERDO (n)</b>
<i>¿Alguna vez has realizado acciones que consideras hayan ido en detrimento del paciente?</i>	84.62 (22)	3.85 (1)	NR/11.54 (3)
<i>¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente se realizaron en alguna ocasión con el conocimiento previo de sus consecuencias?</i>	50 (11)	50 (11)	NR/NR
<i>¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente y que se realizaron con el conocimiento previo de sus consecuencias ocurrieron por seguir órdenes?</i>	90.91 (10)	9.09 (1)	NR/NR
<i>Antes de seguir la orden ¿cuestionaste el por qué a la persona que te dio la orden?</i>	80 (8)	NR	10 (1)/ 10 (1)
<i>¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente y que se realizaron con el conocimiento previo de sus consecuencias ocurrieron por no seguir órdenes?</i>	27.27 (3)	63.64 (7)	NR/9.09 (1)

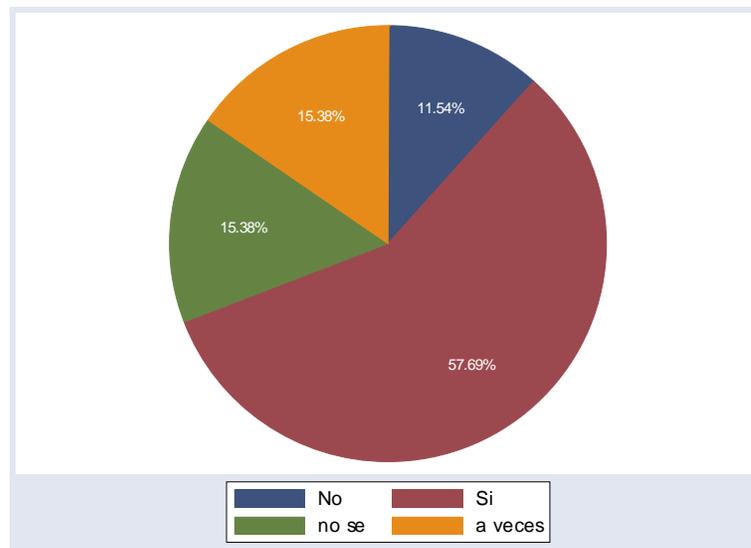
NR=No hubo participantes que respondieran de esa manera

En cuanto a las sanciones, más del 90% de los residentes creía que había otros métodos para mantener el orden (Ilustración 9). Sin embargo, casi el 60% de ellos penaría a un subordinado por desacato (Ilustración 10). Si bien la mayoría afirmó que castigarían a un subordinado por no obedecer, aproximadamente el 90% declaró que no, si el residente de menor jerarquía alegaba que no ejecutaba la orden ya que iba en contra de sus principios y le externaba esto al momento de la emisión de la orden (Ilustración 11).

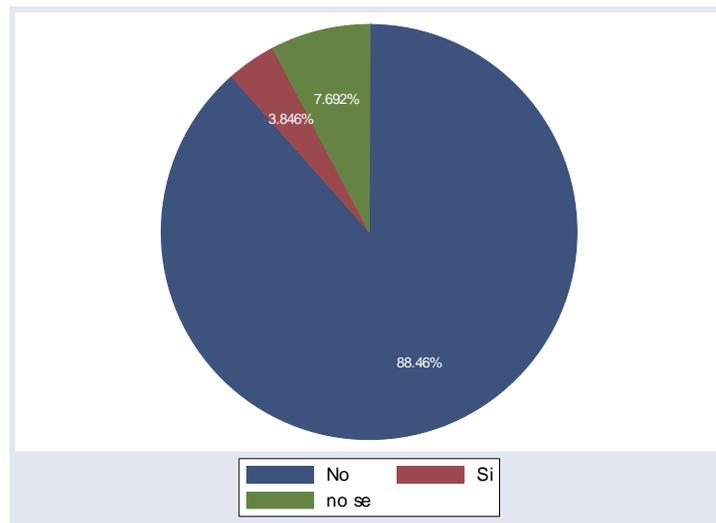
**Ilustración 9. Porcentaje de residentes que creen en otra alternativa además de los castigos (n=26)**



**Ilustración 10. Porcentaje de residentes que castigarían por desacatar una orden (n=26)**



**Ilustración 41. Porcentaje de residentes que castigarían por desobedecer algo que el subordinado considera éticamente cuestionable (n=26)**



Finalmente, al interrogar si creían que había manera de mejorar el sistema, tanto desde el punto de vista académico como el laboral, el 84% reconoció que “si”, el 8% que “no” y el resto no sabía (n=26).

### **Análisis Cualitativo**

Antes de proseguir, fue de notar que ciertos resultados observados en el análisis cualitativo contradijeron los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo. Lo anterior, parecía derivarse del conflicto que surgía entre los participantes al tratar de conciliar principios éticos con sus acciones, como se evidencia en la siguiente situación,

**Eso se contradice con lo que dije antes [se refiere haber respondido que “si” ordenaría algo éticamente cuestionable]...de que soy una persona ética. Y bueno si, desde el punto de vista médico si...pero por ejemplo, lo de la sedación y eso...hay situaciones en las que ves que un paciente ya no tiene por dónde mejorar y hay gente que tiende a ver las cosas muy optimistas y te das cuenta de eso...yo la idea que tengo es de no sedar, sólo dejar de apoyar.**

Por otro lado, la presencia de incongruencias en las respuestas de los residentes fue también apreciado. Por ejemplo, en primera instancia un residente respondió,

**...damos [se refiere a los residentes de mayor jerarquía] una orden que muchas veces no está bien dada porque no conocemos bien el caso [lo anterior es consecuencia de]...el miedo [que tienen los] residentes [de menor jerarquía] a decirnos con confianza...aunque no creo que sea el caso de este hospital porque no creo que existe eso [represalias].**

Sin embargo, el mismo participante respondió lo siguiente a la pregunta expresa de si ejecutaría una orden que considerara éticamente cuestionable,

**Pues sí, me sentiría obligado. La razón por la que lo haría es porque es mi superior y por temor a represalias.**

Una muestra, de la ambigüedad de algunas respuestas fue,

**Yo sí pondría mis principios primero. Pero si me están ordenando algo, lo tengo que hacer.**

### ***Dos Categorías y 5 Sub-Categorías de Obediencia***

Para analizar las percepciones que los residentes tenían sobre la obediencia, se clasificaron 2 categorías: obediencia surgida porque el subordinado reconoce que el superior tiene mayor experiencia y conocimiento; y aquella que surge por seguir la jerarquía. En la última, se documentaron 5 sub-categorías: la acatada por respeto al orden; la acatada porque el subordinado delega la responsabilidad al superior (es decir, el estado de agente descrito por Milgram); la acatada para seguir formando parte del *status quo*; la acatada para no recibir castigo; y la acatada por imposición directa del superior.

### **A) Obediencia Surgida por el Conocimiento y Experiencia del Superior**

Los residentes señalaron que una razón por lo que se daba la obediencia era porque reconocían en el superior a un individuo con mayor conocimiento y experiencia, tal y como se aprecia enseguida,

**Están en relación con la jerarquía [los beneficios de la obediencia]. Quien da las órdenes es quien lleva más tiempo estudiando y lleva más tiempo ejerciendo.**

Por lo que, de acuerdo a los participantes, la obediencia:

1) Confería beneficios directos sobre el adiestramiento del subordinado,

[El subordinado] **puede aprender a despejar las dudas que tenga de sus órdenes con las jerarquías superiores.**

2) Mejoraba la calidad de la atención del paciente,

[Existe] **el reconocimiento tácito de que la persona con mayor autoridad tiene mayor capacidad de tomar decisiones, por lo tanto la obediencia es igual a una mejor atención [del paciente] y una disminución de los errores [médicos].**

3) incidía favorablemente sobre la funcionalidad de la institución,

**Teóricamente se hacen las cosas más rápido...obviamente se supone que el que tiene más jerarquía tiene más experiencia y debe hacer las cosas más rápido**

O,

[La obediencia] **permite [que haya] un sistema relativamente funcional**

En algunos casos, se identificaba a la obediencia como un instrumento que conducían a la ética y al deber ser,

[La obediencia] **sirve para que se cumplan las labores asistenciales de una manera correcta y ética.**

## **B) Obediencia que Emanada de la Estructura Jerárquica**

El entendimiento de que el residente se encontraba dentro de una estructura jerárquica era evidente entre los entrevistados como se observa en la siguiente cita,

**Me parece que en este hospital prevalecen las jerarquías...a pesar de que no es uno de los más jerárquicos en lo absoluto.**

Ésta noción los llevaba a justificar sus acciones de cinco diferentes maneras, las cuales se presentan a continuación:

### **1. Obediencia por Respeto al Orden**

Entre los participantes, existía la idea de que el orden era necesario para el sistema y que la obediencia permitía la existencia del primero. Para ilustrar lo anterior, se presentan dos citas:

**[Si] la mayoría de las decisiones o todas, recaen sobre una persona que es la autoridad, teóricamente, el hecho de que los subordinados le obedezcan tiene como resultado que las cosas se hagan de una sola forma [...] que no cada quien haga lo que quiere.**

Y,

**También creo que [la obediencia] es indispensable para mantener el orden intrahospitalario, que no haya caos.**

### **2. Obediencia que Reduce al Subordinado a un Estado de Agente**

La propensión de los participantes de delegar responsabilidad a los superiores era patente como se puede ver en la siguiente cita,

**Definitivamente se diluye la responsabilidad. Al seguir una orden te sientes menos responsables de tus actos.**

Por un lado, la reducción del subordinado al estado de agente era visto como algo fomentando por el sistema, por ejemplo,

**Tiende a ser un sistema paternalista...es decir, siempre estas bajo las órdenes de alguien más [...] y eso limita un poco tu desarrollo. [El sistema favorece] una obediencia menos crítica y está última nos puede facilitar hacer las cosas sin razonarles tanto sobre todo cuando estamos muy cansados.**

Mientras que en otras instancias, representaba la respuesta del subordinado a la imposición férrea del superior, como se ilustra a continuación,

**Yo sí recuerdo, alguna vez que no he estado muy de acuerdo con lo que se está haciendo y me dicen “Hazlo”. Por otra parte, sabes que no puedes hacer mucho [...] ahí si siento que el superior es más responsable.**

### *3. Obediencia para Seguir Formando Parte del Status Quo*

Fue interesante observar que la obediencia era percibida como una condición necesaria para seguir siendo partícipe activo de la estructura y por ende, permitía al subordinado ascender en la estructura jerárquica. En la parte escrita de las entrevistas, un residente declaró,

**La obediencia es situacional. Existen situaciones en las que la obediencia es inaceptable. Sin embargo, el estándar que justifica a la obediencia es el ascenso que te puede dar (y en la mayoría de los casos te da). Depende de la ambición del poder de ella si sobrepasas o no tus principios.**

Un caso concreto fue el siguiente,

**Era mi residente responsable y él decidía cómo se iba a manejar [el servicio de] Urgencias. No me veía en la situación en donde pudiera decirle: “No lo mando” [con esto el subordinado se refería a no querer enviar al paciente a otro hospital para recibir atención**

médica], **porque salgo volando yo y el paciente no se iba a beneficiar en absoluto. Si no lo mandaba yo, lo iba terminar mandando él, pero sin mi residencia de por medio.**

#### 4. *Obediencia para no Recibir Castigo*

Las posibles sanciones a las que estaban sujetos los residentes iban desde castigos cuyo objetivo era mejorar la atención de los pacientes como se ilustra a continuación,

**Creo que castigar es malo. Sin embargo, por el trabajo que desempeñamos [en donde tenemos] una responsabilidad con humanos...siempre tratamos de corregir hablando primero, pero los castigos lamentablemente son necesarios.**

Hasta el franco abuso de poder como se ejemplifica a continuación,

**La obediencia [puede servir] como una forma de mitigación. Creo que muchos residentes utilizan la jerarquía para poder obtener cosas de Rs [residentes] más pequeños [tales como] favores personales, incluso trabajo, incluso labores de docencia y labor asistencial.**

Ya fuera por los castigos formales como “las guardia de castigo” o “dar clases de un tema” o por las represalias, el miedo a ambas era motor suficiente para ejercer la obediencia, esto fue documentado en los siguientes testimonios:

**El hecho de no ser obediente o que alguien piense que no eres obediente, como que estimula mucho estos métodos coercitivos...de castigo y señalamiento.**

O más explícitamente,

**Las hacemos [las órdenes] porque tenemos miedo de un castigo, más que otra cosa.**

## 5. *Obediencia Impuesta*

Existieron otras circunstancias en donde de acuerdo con los residentes, la obediencia era producto de la imposición directa, a pesar de los múltiples intentos -fútiles- del subordinado de no ejecutar la orden por creerla inapropiada. Por ejemplo,

**Expliqué dos [y hasta] tres veces, pero no hubo lugar a discusión...fue simplemente una orden.**

[El superior] **dijo “Mándalo”** [al paciente],

[Yo contesté] **“Pero es que mira, que está hipotenso”,**

[El superior respondió] **“Mándalo”,**

[Yo pregunté] **“¿Qué pongo en la hoja de referencia?”,**

[El superior replicó] **“Mándalo...no hay espacio** [físico en el servicio de Urgencias para el paciente].

[Cuando yo sabía que] **si había espacio.**

### **Discusión**

El análisis cuantitativo de los datos reveló resultados contradictorios, pues se observó que a pesar de que más del 70% de los residentes consideraba sus principios más importantes que la jerarquía y que el 90% se sentía responsable de la orden aún siendo el subordinado, aproximadamente 40% de los entrevistados dijo haber ejecutado una orden que había ido en detrimento del paciente a pesar de conocer las consecuencias y sólo una minoría respondió que no ordenaría acciones éticamente cuestionables.

La posible explicación a estos hallazgos no parece encontrarse en el concepto de estado de agente descrito por Milgram, pues el concepto presupone que el subordinado delega toda responsabilidad al superior, lo cual no fue el caso con los entrevistados como indicaron los resultados y como se ilustra en la siguiente cita,

**Yo me la pasaba mal en [el servicio de] Urgencias por eso, porque llegaba el cuate en uremia y estaba encefalópata, ósea a lo mejor no se iba a morir en las próximas horas, pero tú estás viendo a una persona igual que tú, en una condición terrible, y tienes que referirlo [a otro hospital]. En ese sentido me la pasaba mal, llegaba a mi casa y estaba de mal humor [...] Te sientes mal porque el mundo es como es y no como debería ser.**

Permanece la pregunta ¿Por qué un individuo decide ejecutar una orden que va en contra de sus principios? La respuesta la podemos intuir al leer al sociólogo Hamilton:

**La gente obedece para ser efectiva, poderosa, para ser vista como una persona influyente. En las organizaciones, poder y obediencia no son conceptualmente opuestos, más bien están fenomenológicamente relacionadas y por lo tanto son conceptualmente indistinguibles. El ser poderoso requiere que uno sea incluido en las estrategias y en la toma de decisiones, el ser incluido en las estrategias y en las decisiones de otros depende de la evaluación de la responsabilidad de uno, la cual a su vez, se basa en la disposición de uno de obedecer los estándares de conducta del grupo, que incluyen las normas del ejercicio del poder (Hamilton et al., 1985).**

Teniendo en mente lo anterior, un concepto utilizado en la economía conductual para explicar el diferente peso que le asigna un individuo a los acontecimientos futuros con respecto a las decisiones presentes, es el factor de descuento. Esta medida es utilizada para describir los patrones de cooperación que existe entre individuos o dentro de instituciones, en horizontes de tiempo infinitos (Stahler, 1998). Un individuo con un factor de descuento grande, ponderará en mayor medida los resultados futuros que las acciones presentes y por tanto, sus acciones presentes estarán determinadas por las expectativas futuras. Por el contrario, un factor de descuento bajo se asemejaría a la de un criminal o pistolero cuya expectativa de vida es corta y

por tanto, las acciones actuales serán las más importantes y no tendrán, en su juicio, consecuencias futuras. Este concepto puede ser trasladado al campo de las residencias médicas. El beneficio que el residente espera recibir al final de su entrenamiento es mayor que el costo de ejecutar órdenes que van en contra de sus principios; y debido a que seguir las órdenes es una acción necesaria para permanecer en y terminar exitosamente el programa, la persona decide realizar la orden a pesar de su costo; pues su factor de descuento es grande. De hecho, lo anterior explicaría satisfactoriamente las diferencias encontradas entre los cirujanos y los médicos internistas en donde 50% de los primeros estaban dispuestos a ordenar una acción éticamente cuestionable en comparación con un 34.6% de los segundos. Esto podría ser debido a que los cirujanos percibían un factor de descuento mayor ya que la entrada al programa es más competitiva y la permanencia en la residencia requiere más esfuerzo, puesto que las medidas disciplinarias impuestas desde la jerarquía son más severas que en Medicina Interna. Por lo tanto, al final de la ponderación los cirujanos concluían que el costo de ceder sus principios era menor que la ganancia de permanecer en el programa.

El análisis cualitativo, sin embargo, permitió entender con mayor cabalidad el fenómeno. Con él, se evidenció que existían diversas razones para explicar el por qué de la obediencia en la residencia médica. Por un lado, la obediencia era percibida como un fenómeno que confería beneficios francos tanto al subordinado como a la autoridad o institución, ejemplificados en *Obediencia Surgida por el Conocimiento y Experiencia del Superior* y en *Obediencia por Respeto al Orden*. No obstante, la obediencia que llevó a la transgresión de la ética fue también apreciada y las razones de ello fueron detalladas. Como era de esperarse de todo fenómeno complejo, la etiología era multicausal, en donde estuvo involucrada tanto la noción del estado de agente como la obediencia por permanecer en el *status quo*. A la vez, se describieron otras dos: aquella impuesta por la mano de hierro del superior, como la que surgía del miedo a los castigos. La

importancia de identificar lo anterior, radicó en que el esclarecimiento del fenómeno permitió buscar soluciones.

Para finalizar, se presentan posibles alternativas para mitigar el impacto de cada una de las 4 sub-categorías de obediencia que fomentaron el quebrantamiento de la ética, es de notar que las propuestas surgieron de los mismos residentes entrevistados:

1. *Enseñar ética médica*

**Yo no me he enterado de que alguien en vez de aprenderse el ciclo de Krebs o las guías del ACLS, se lea libros de ética médica, creo que es algo que hemos descuidado mucho, si hay libros deben de servir para algo...**

2. *Normativizar conductas apropiadas en caso de conflictos éticos*

**Pues que todo el mundo tenga un concepto claro de cuáles son los principios éticos que vamos a respetar y que una vez que no se respeten éstos, una orden no tenga validez.**

3. *Mayor supervisión*

**...algo que te puede ayudar mucho es la experiencia humana...hemos llevado poco tiempo enfrentándonos a esto ¿dos años? Así que un tipo que lleva 30 años definitivamente tendría que ser más sabio y tomar decisiones más sabias [...] creo que sería más enriquecedor que estar bajo el auspicio de residentes de mayor jerarquía.**

4. *Fomentar Foros de Discusión entre residentes y adscritos*

**Tener un foro de opinión, ser más abiertos, propiciar la discusión y entender que es algo normal cuestionar las cosas sin que se sienta como una agresión.**

Y,

Cuestionar la autoridad de una manera no violenta y respetuosa es una manera de hacer entender de que no siempre tienes la razón estando arriba.

#### 5. *Alternativas a los castigos*

Si tú te sientas y le explicas el por qué [de la orden], creo que es una buena manera de enseñar e incluso de las más efectivas. Porque si a esa persona le das el lugar que se merece, eso lo mueve más que un castigo [...] Lo que resulta de castigar a gente y que esa gente ni entienda porqué fue castigado, es resentimiento. Y eso causa que después ellos castiguen [lo que] no resuelve nada.

Y,

A mí me han castigado muchas veces y eso no me ha hecho obedecer las órdenes, entonces no te podría contestar que es una buena estrategia porque no me ha servido. Me ha servido más el ponerme a pensar en qué parte de la cadena de mando estoy, en cuál voy a estar, y en cómo es que siguiendo la definición de ética, tengo que hacer ese tipo de cosas. Creo que es más de introspección que tiempo gastado en castigos.

#### 6. *Incentivos*

Pues en primer lugar, faltan incentivos, parece que nos traen como si fuéramos niños, la diferencia es que no nos dan el látigo y el terrón de azúcar, [sino] nada más el látigo...falta el terroncito.

Y,

El reconocimiento, cuando alguien hace bien su trabajo y se lo reconocen eso permite que lo estimule para que siga echándole ganas.

#### 7. *Propiciar la solidaridad y el compañerismo entre residentes de diferentes jerarquías*

**Ahora que tengo R [residentes] chicos de repente los veo todos apachurrados y me acuerdo de mi mismo, cuando fui R1. Y no voy y les doy un discurso motivacional, pero si les digo 3 ó 4 palabras claras que a mí me costaron mucho trabajo deglutir. Cuando haces algo mal, la manera en la que te lo dicen es muy importante, porque no haces algo mal deliberadamente, lo haces porque no tenías la experiencia suficiente...**

#### *8. Apoyo psicológico a los Residentes*

**Cada quien enfrentará sus problemas de conciencia como le apetezca, hay gentes que no los tiene, si te sientes culpable por un paciente que mandaste es una cuestión personal [...] no sé, estamos acorralados a tener sentimientos extremos [...] hay pocos que están equilibrados.**

Y,

**Considero fuertemente que los residentes deberíamos recibir ayuda psicológica dado el ámbito en el que nos desarrollamos.**

En conclusión, el estudio permitió entender con mayor detalle la estructura de poder y obediencia presente en un hospital de tercer nivel de atención médica. Sin duda será necesario realizar una evaluación más extensa en donde: a) se incremente el número de individuos en la muestra y b) se incluya un mayor número de instituciones para poder tener una idea más certera de la magnitud del problema a nivel nacional. Sin embargo, en base a los hallazgos presentados es pertinente sugerir la integración de la ética médica al programa académico de la residencia así como la implementación sistemática de sesiones clínico-éticas en que los adscritos participen de una manera obligatoria.

## **Referencias**

- (sin fecha). "Plan Único de Especializaciones Médicas." Dirección de Posgrado de la UNAM. Retrieved 19 mayo, 2010, from <http://www.fmposgrado.unam.mx/espmmed/puem/puem.htm#plan>.
- (sin fecha). "Reglamento de la Residencia Medica." Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Retrieved 21 mayo, 2010, from [http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/instituto/de\\_1.pdf](http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/instituto/de_1.pdf)
- (1917). "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Título primero; Capítulo I de Garantías Individuales; Artículo 4to." Retrieved 19 de mayo, 2010 <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>
- (1992). Nuestros Maestros. Mexico, UNAM, Secretaria General, Dirección general de asuntos del personal académicos.
- (1994). "NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-090-SSA1-1994 NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS MEDICAS." Secretaría de Salud. Retrieved 19 de Mayo, 2010, from [http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/E34\\_marcolegal\\_NOM\\_090.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/E34_marcolegal_NOM_090.pdf).
- (2001). "Reglamento Interno para residencias médicas en el Hospital General "Dr. Manuel GEA González". Retrieved 16 mayo, 2010, from <http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/descargas/Reglamento-Medicos-Residentes.pdf>.
- (2005). "Reglamento para los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad." Instituto Mexicano del Seguro Social. Retrieved 21 de mayo, 2010, from [http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/residentes/reglamento\\_residentes.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/residentes/reglamento_residentes.pdf).
- (2006). Reglamento de Residentes de Medicina Interna. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Mexico.
- (2008). Resident duty hours:enhancing sleep, supervision, and safety: Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety. Washington D.C., National Academies Press
- ACGME (2003) Advising the ACGME on the Implementation and Monitoring of the duty hour standards. The first report of the ACGME duty hour subcommittee.
- Arendt, H. (1992). Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil. 4<sup>th</sup> Ed. U.S.A, PenguinBooks.
- Barger, LK. Et al (2005). "Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns." NEJM **352**(2): 125-134.
- Blass, T. (1991). "Understanding Behavior in the Milgram Obedience Experiment: The Role of Personality, Situations and Their Interactions." JPSP **60**(3): 398-413.

- Blass, T. (1999). "The Milgram paradigm after 35 years: Some things we now know about obedience to authority." JAP **29**(5): 955-978.
- Blass, T., Ed. (2000). Obedience to Authority: Current perspectives on the Milgram paradigm. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Blass, T. (1999). "The Milgram paradigm after 35 years: Some things we now know about obedience to authority." JAP **29**(5): 955-978.
- Blass, T., Ed. (2000). Obedience to Authority: Current perspectives on the Milgram paradigm. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates. .
- CIFRHS (2008, 20 de mayo ). "XXXII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, Médicos Mexicanos Inscritos, Sustentantes, Seleccionados y Resultados por Facultad o Escuela." Retrieved 20 mayo, 2010, from [http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/2008\\_XXXII\\_ENARM.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/2008_XXXII_ENARM.pdf).
- Cumplido-Hernández, G. et al (2007). "Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes." Rev Med Inst Mex Seguro Soc **45**(4): 361-369.
- Dahl, RA. (1957). "The concept of power." Behavioral Sci **2**: 201-215.
- Dingell , JD et al (2007). "Carta escrita a William Munier de la Agency for Healthcare, Research and Quality."
- Frenk, J. et al (2000). "The gender composition of the medical profession: implications for employment pattern and physical labor supply." JAMWA **55**(5): 32-35.
- Frenk, J. et al (1999). "Trends in Medical Employment: Persistent Imbalances in Urban Mexico." Am J Public Health **89**(7): 1054-1058.
- Hamilton, GG. et al (1985). "Why People Obey. The theoretical Observations on Power and Obedience in Complex Organizations." Sociol Perspect **28**(1): 3-28.
- Igelhart, JK. (2008). "Revisiting duty-hour limits-IOM recommendations for patient safety and resident education." N Engl J Med **359**(25): 2633-2635
- Kilham, W. et al (1974). "Level of destructive obedience as a function of transmitter and executant roles in the Milgram obedience paradigm." JPSP **29**: 696-702.
- Landrigan, CP. et al (2004). "Effects of Reducing Intern's working hours on serious medical errors in intensive care units." N Eng J Med **351**(18): 1834-1848.
- Lockley, SW. et al (2004). "Effects of reducing Intern's weekly work hours on sleep and attentional failures." N Eng J Med **351**(18): 1829-1837
- Mejía, R. et al (2005). "Percepción del maltrato durante la capacitación de médicos residentes." Medicina-Buenos Aires **65**: 295-301.
- Milgram, S. (1963). "Behavioral Study of Obedience." J Appl. Soc Psychol **67**(4): 371-378.
- Milgram, S. (1965). Some Conditions of Obedience and Disobedience to Authority. Hum Relat
- Milgram, S. (1974). Obedience to authority: an experimental view. New York, Harper & Row.

- Milgram, S. (1974). "Perils of Obedience." Haprer's Magazine: 62-77.
- Miranda, F. et al (1981). "Obediencia a la autoridad." Psiquis **2**: 212-221
- National Transportation Safety Board. (1994). A review of flight crew-involved major accidents of U.S. aircarries, 1978 through 1990. Washington, DC.
- Powers, PC. et al (1972). "Effects of the behavior and the perceived arousal of a model on instrumental aggression." JSPS **23**: 175-183.
- Quijano, F. (1988) La historia de las residencia médicas en México. Rev. Méd Inst Mex Seguro Soc **26**, 347-348
- Rivera, H. (2007). "Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988." Rev Méd HGM **70**(1): 43-46.
- Rosales, J. et al (2005). "Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez." Rev Espec Méd-quirúr ISSSTE **10**(001): 25-36.
- Rosenbaum, JR. et al (2004). "Sources of Ethical Conflict in Medical Housestaff Training: A Qualitative Study." Am J Med **116**: 402-407
- Selden, L. (2005). "On Grounded Theory-with some malice." J Doc **61**(1): 114.
- Sepulveda, A. C. (2006). "Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados." Rev Med Inst Mex Seguro Soc **44**(5): 423-432.
- Shanab, K A. (1978). "A cross-cultural study of obedience." Bulletin of the Psychonomic Society **11**: 267-269.
- Stahler, F. (1998). Economic Games and Strategic Behaviour. Theory and Application. Northampton, MA, Edward Elgar Publishing Limited.
- Strauss, A. and J. Corbin (1998). Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Vargas, E. (2005). La Formación de Personal de Salud en México, Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud.

## **Anexo 1.**

### **Consentimiento Informado**

Nuestros nombres son Alexandra Martin Onraet\*\* y Eva Tovar Hirashima. Como residentes de primer año de la especialidad de Medicina Interna estamos realizando un estudio de investigación en donde buscamos describir la percepción que los profesionales de la salud tienen sobre la obediencia en el sistema hospitalario. Para lo anterior, formulamos un cuestionario al que te invitamos a participar.

Si decides participar te haremos algunas preguntas personales tales como: la religión que profesas y tu estado civil entre otras, además te haremos preguntas relacionadas con tus opiniones acerca de la obediencia tales como: ¿Podrías mencionar los beneficios de la obediencia en el sistema hospitalario? En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te ordenase alguien de mayor jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?

La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos y se hará en un lugar privado. Con tu previo consentimiento grabaremos la entrevista en un audio casete. Al finalizar la entrevista dejaremos 10 minutos para que escribas a solas cualquier opinión o testimonio que consideres relevante.

Si decides participar, no existe ningún riesgo evidente así como tampoco ningún beneficio directo. Sin embargo, esperamos que los resultados obtenidos nos ayuden a entender el efecto que tiene la obediencia sobre el funcionamiento del sistema hospitalario así como sobre los profesionales de la salud.

Queremos destacar que: 1) la participación es voluntaria; 2) tienes el derecho de rehusarte a responder alguna(s) de las preguntas; y/o 3) suspender la entrevista en cualquier momento. Por otro lado, queremos hacer hincapié en que los testimonios que recabemos serán manejados con estricta confidencialidad. Cada persona entrevistada tendrá su propio código con la cual se le identifique. Solamente nosotras dos sabremos cuál código corresponde a qué persona. La lista de los nombres estará guardada bajo llave. A su vez los audios casetes estarán guardados bajo llave en otro sitio. Una vez finalizado el análisis de la información éstos serán desechados.

Si tienes cualquier duda con respecto al estudio podrás contactarnos a los siguientes correos electrónicos: [alexite\\_maon@yahoo.com](mailto:alexite_maon@yahoo.com) y [evatovaris@yahoo.com](mailto:evatovaris@yahoo.com).

Si decides participar, por favor firma el talón de abajo.

\*\*\*\*\*

**He leído este formulario de consentimiento informado y estoy de acuerdo en participar en este estudio.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*La Dra. Martínez Onraet colaboró en la realización de las entrevistas, ya no en el análisis de los datos y la elaboración de esta tesis

## Anexo 2.

Género: M F Edad: \_\_\_ años  
Religión: \_\_\_\_\_ Estado civil: Solter@ Casad@  
Facultad de origen: \_\_\_\_\_  
Residente año: \_\_\_ Meses de haber iniciado ese año \_\_\_ meses  
Duración de rotación por Medicina Interna: \_\_\_  
Momento en que rotaron por Medicina Interna: \_\_\_

♣1. ¿Cómo describes el método de enseñanza médica que seguiste durante el pregrado?

♣2. ¿Cómo describes el método de enseñanza médica que seguiste durante el posgrado?

3. ¿Te consideras una persona ética?

SI NO A VECES NO SÉ

♣3.1. Define ética:

♣4. ¿Para ti qué es la obediencia?

♣5. ¿Podrías mencionar los beneficios de la obediencia en el sistema hospitalario?

♣6. ¿Podrías mencionar las desventajas de la obediencia en el sistema hospitalario?

7. ¿Crees que los profesionales de la salud deberían portar una señal visible de su rango?

SI NO ME ES INDIFERENTE

♣7.1. ¿Por qué?

8. ¿Crees que los profesionales de la salud deberían portar una señal visible de su especialidad?

SI NO ME ES INDIFERENTE

♣8.1. ¿Por qué?

9. ¿A tu juicio, qué es lo que realmente le confiere autoridad a una persona?

*Una o múltiples respuestas en orden ascendente*

\_\_\_ La experiencia                      \_\_\_ El rango  
\_\_\_ La bata                                \_\_\_ Apariencia  
\_\_\_ La edad                                 \_\_\_ El género  
\_\_\_ Especialidad                         \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuando estás siguiendo una orden te sientes responsable de tus actos?

SI NO NO SÉ

♣10.1 ¿Por qué?

11. En caso de ocurriese un problema desencadenado por un acto que tú realizaste a sabiendas de tu superior. Crees que:

- \_\_\_ La responsabilidad recae enteramente sobre ti
- \_\_\_ La responsabilidad recae enteramente sobre tu superior
- \_\_\_ La responsabilidad es compartida
- \_\_\_ Tú eres más responsable sin embargo tu superior también comparte cierta responsabilidad
- \_\_\_ Tu superior es responsable sin embargo tú compartes cierta responsabilidad

12. En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te ordenase alguien de mayor jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?

SI NO A VECES NO SÉ

♣ 12.1. Explica tu respuesta:

13. En caso de que tú fueses el responsable del paciente y te propusiera alguien de igual jerarquía realizar algo que consideras inapropiado ¿lo harías?

SI NO A VECES NO SÉ

14. ¿Alguna vez has realizado acciones que consideras hayan ido en detrimento del paciente (sin contar las complicaciones inherentes a los procedimientos)?

SI NO NO ME ACUERDO

SI/ SI

14.1. ¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente se realizaron antes de haberte dado cuenta de sus consecuencias?

SI NO NO ME ACUERDO

14.2. ¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente se realizaron en alguna ocasión con el conocimiento previo de sus consecuencias?

*Situación hipotética: joven llega a la barra chocado 80/50 y tu superior te dice que la única cama que queda es para la lúpica con fiebre hipotética*

SI NO NO ME ACUERDO

SI/ SI

14.3. ¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente y que se realizaron con el conocimiento previo de sus consecuencias ocurrieron por seguir órdenes?

SI NO NO ME ACUERDO

14.3.1. Antes de seguir la orden ¿cuestionaste el por qué a la persona que te dio la orden?

SI NO A VECES NO ME ACUERDO

14.4. ¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente y que se realizaron con el conocimiento previo de sus consecuencias ocurrieron por tu propia iniciativa?

SI NO NO ME ACUERDO

14.5. ¿Algunas de esas acciones que fueron en detrimento del paciente y que se realizaron con el conocimiento previo de sus consecuencias ocurrieron por no seguir órdenes?

SI NO NO ME ACUERDO

14.6. ¿En orden ascendente menciona en qué situación de las anteriores te sentiste más responsable?

- Sin el conocimiento previo de las consecuencias.
- Con el conocimiento previo de las consecuencias y siguiendo una orden.
- Con el conocimiento previo de las consecuencias y por iniciativa propia.
- Con el conocimiento previo de las consecuencias y por no seguir una orden.

♣ 15. ¿Por qué crees que se llegan a tomar decisiones en detrimento del paciente?

16. ¿Para ti es más fácil dar que seguir órdenes?

SI NO A VECES NO SÉ

♣ 16.1. Explica tu respuesta:

17. ¿Ordenarías que se hiciera algo que consideras éticamente cuestionable?

SI NO A VECES NO SÉ

♣ 17.1. Explica tu respuesta:

18. ¿Cuestionas con tus superiores las decisiones que se toman?

Siempre  Casi siempre

