

Carta de Autorización

(Pendiente)

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	7
<i>Abstract</i>	9
Introducción	10
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA (CONCEPCIÓN GENERAL).....	17
1.1 La cirugía y su historia (contextualización).....	18
1.2 La educación quirúrgica y la residencia médica (contextualización).....	19
1.3 La educación quirúrgica y sus retos en el ámbito internacional y nacional. (contextualización).....	21
1.4 Definición del problema	22
1.5 Planteamiento del problema.....	23
1.6 Pregunta de investigación	26
Pregunta general de investigación. ¿Cuáles son las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual en la educación quirúrgica del cirujano general en México?	26
Pregunta específica 1	26
Pregunta específica 2	26
1.7 Justificación	26
1.7.1 Utilidad metodológica	26
1.7.2 Relevancia social.....	27
1.7.3 Conveniencia.....	28
1.7.4 Utilidad teórica.....	29
1.7.5 Implicaciones practicas.....	29
1.8 Supuestos teóricos	31
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	33
2.1 Educación quirúrgica	37
2.2 Cirugía General.....	39
2.3 Residencia en Cirugía	42
2.4 Mapa curricular en la educación quirúrgica	44
2.5 CIFRHS y ENARM	47
2.6 Modelos en la práctica quirúrgica	50
2.7.2 La cirugía a través de la historia	53
2.7.3 Prehistoria	53
2.7.4 Medicina griega y romana.....	54
2.7.5 La edad Media.....	56
2.7.6 El Renacimiento.....	57
2.7.7 La investigación fisiológica	58
2.7.8 México y la Educación Quirúrgica como panorama general post conquista	59
2.7.9 Cirugía en el siglo XIX	60
2.7.10 Cirugía en el Siglo XX.....	61
2.7.11 Cirugía en el Siglo XXI.....	62

2.8 Bases pedagógicas de la investigación en contexto -La educación quirúrgica y la residencia médica-	63
2.8.1 Corrientes pedagógicas y desarrollo curricular de la educación quirúrgica	64
2.8.2 Evolución curricular dentro de la carrera de Medicina	69
2.9 Aspecto Legal	79
2.9.1 Garantías individuales	79
2.9.2 Artículo Constitucional 123	80
2.9.3 Ley General de Salud	81
2.9.4 Ley Federal del Trabajo	81
2.9.5 Ley Federal de Educación	82
2.9.6 Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, para la organización y funcionamiento de residencias médicas	82
2.9.7 Otras normas relacionadas	83
2.10 Marco referencial (estado del arte)	84
CAPÍTULO 3 DISEÑO METODOLÓGICO	96
3.1 Objetivos	97
3.1.1 Objetivos Generales	97
3.1.2 Objetivos específicos	97
3.2 Diseño del método	98
3.2.1 Diseño	105
3.2.2 Alcance del estudio	105
3.3 Participantes	106
3.4 Contexto específico (escenario de la investigación)	107
3.4.1 Región	107
3.4.2 Municipio	110
3.4.3 Geografía	110
3.4.4 Transporte y vías de comunicación	111
3.4.5 Desarrollo Económico	112
3.4.6 Comunidad	116
3.4.7 Institución	120
3.4.8 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	121
3.4.9 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	121
3.4.10 Secretaría de Salud (SA)	122
3.4.11 Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	123
3.4.12 Universidad de Guanajuato	123
3.4.13 Infraestructura	124
3.4.14 Superestructura	125
3.4.15 Entorno	128
3.5 Recogida de datos (Instrumentos de Información)	131
3.5.1 Encuesta	132
3.5.2 Entrevista no estructurada (a profundidad)	142
3.6. Procedimiento (logística de aplicación)	145
3.6.1 De la encuesta	145
3.6.2 de la entrevista	145
3.7 Categorías	148
3.8 Análisis de datos	150
3.9 Consideraciones éticas	150

CAPÍTULO 4.....	152
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	152
4.1 Datos sociodemográficos.....	153
4.2 Resultados de la encuesta.....	155
4.3 Entrevistas a profundidad.....	171
CAPÍTULO 5.....	184
DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	184
5.1 Análisis de los resultados de la encuesta	185
5.1.1 Pregunta 1	185
5.1.2 Pregunta 2.....	186
5.1.3 Pregunta 3.....	187
5.1.4 Pregunta 4.....	188
5.1.5 Pregunta 5.....	189
5.1.6 Pregunta 6.....	190
5.1.7 Pregunta 7.....	191
5.1.8 Pregunta 8.....	192
5.1.9 Pregunta 9.....	192
5.1.10 Pregunta 10.....	193
5.1.11 Pregunta 11.....	195
5.1.12 Pregunta 12.....	195
5.1.13 Pregunta 13.....	196
5.1.14 Pregunta 14.....	197
5.1.15 Pregunta 15.....	198
5.2 Análisis en las entrevistas a profundidad	199
5.2.1 Entrevista 1.....	199
5.2.2 Entrevista 2.....	206
5.2.3 Entrevista 3.....	212
5.2.4 Entrevista 4.....	218
5.2.5 Entrevista 5.....	225
5.2.6 Entrevista 6.....	234
5.2.7 Entrevista 7.....	244
5.2.8 Entrevista 8.....	253
5.2.9 Entrevista 9.....	263
5.2.10 Entrevista 10.....	272
5.2.11 Entrevista 11.....	280
5.2.12 Entrevista 12.....	291
5.3 Validación y triangulación de los resultados	300
5.3.1 Sobre supuestos teóricos	301
5.3.2 Triangulación metodológica de las categorías	308
5.4 Conclusiones.....	313
5.4.1 Respecto a preguntas de investigación.....	314
5.4.2 Respecto a los objetivos.....	316
5.4.3 Respecto a los supuestos teóricos.....	317
5.4.5 Conclusión general	323
Referencias.....	325

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa Curricular del Programa Académico de Cirugía General	46
Figura 2. Características y localización del Bajío. ...	¡Error! Marcador no definido.
Figura 3 Fortalezas y debilidades de la cirugía general	155
Figura 4 ¿La cirugía general está en riesgo?.....	157
Figura 5 Problemática en la formación del cirujano	158
Figura 6. ¿Por qué de las deficiencias de la cirugía general?.....	159
Figura 7. ¿El cirujano general es necesario actualmente?	160
Figura 8. Tiempo para obtener el ingreso estable	161
Figura 9. Importancia de cursar estudios posteriores a la universidad.....	162
Figura 10. Actividad de los encuestados	163
Figura 11. Razones para entrenarse en cirugía	164
Figura 12. ¿Por qué elegir ejercer la cirugía general?.....	165
Figura 13. Recomiendan hacer la subespecialidad	166
Figura 14 La residencia en cirugía es.....	167
Figura 15. ¿Qué tan importante es homogeneizar a los cirujanos egresados?168	
Figura 16. ¿Por qué el auge de las superespecialidades?	169
Figura 17. La cirugía general se debilita	170

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil deseable del cirujano del siglo XXI.	51
Tabla 2. Cuadro comparativo de las características curriculares.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3. Cuadro comparativo de superestructura entre Hospitales con curso de Cirugía General en León.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4 categorización de los ejes de análisis	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5 Datos sociodemográficos.....	153
Tabla 6. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 1.....	302
Tabla 7. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 2.....	304
Tabla 8. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 3.....	306
Tabla 9. Triangulación metodológica de las categorías propuestas.	308

Resumen

La educación quirúrgica, particularmente de la Cirugía General en México, hoy en día sufre una crisis multifactorial, sea por el advenimiento de una reducción en su campo de acción dada la tendencia de super especialidades, o bien, por una serie de procesos administrativos que entorpecen su desarrollo y hasta por una adaptación no sostenida a los cambios culturales actuales.

Se plantea el objetivo de encontrar las causas de los problemas en la formación de los cirujanos generales proponiendo un replanteamiento en el currículo de la especialidad, promoviendo las mejores herramientas para combatir la problemática advertida.

Con este fin, se realizó un diseño interpretativo que centra su análisis en el marco curricular, teniendo en cuenta sus impactos presentes y futuros, mismo que se desarrolló mediante entrevistas teniendo como participantes a médicos residentes y cirujanos ya formados.

Se obtuvo como resultado el reconocimiento de la problemática por la gran mayoría de los sujetos estudiados en los cuales hubo la tendencia a reconocer una causa multifactorial, centrada en la heterogeneidad de programas y recursos, así como la operación de estos.

Se concluye, que la formación en cirugía general tiende hacia un deterioro generalizado que de continuar puede llegar a impedir el ejercicio de las aptitudes tradicionales de la especialidad dejando con ello un hueco profesional dentro de las necesidades de la población usuaria. Por lo anterior, se requiere un replanteamiento basado en las fortalezas y debilidades que se presentan y que han sido evidenciadas en este trabajo.

Palabras clave: educación quirúrgica, residencia, cirugía general, subespecialidad, cursos de alta especialidad.

Abstract

Surgical education, particularly General Surgery in Mexico, today suffers a multifactorial crisis, either due to the advent of a reduction in its field of action given the trend of super specialties, or as a series of administrative processes that hinder its realization and even by an unsustainable adaptation to current cultural changes.

The objective of finding the causes of problems in the training of general surgeons is proposed, as a rethinking in the specialty curriculum, promoting the best tools to combat the noted problems.

Due to this, an interpretive case design is carried out that focuses its analysis on the curricular framework, taking into account its present and future impacts, which is developed through documentary analysis, surveys and interviews having as participants residents and surgeon already trained.

The result was the recognition of the problem by most of the subjects studied in whom there was a tendency to recognize a multifactorial problem, focused on the heterogeneity of programs and resources as well as their operation.

It is concluded that training in general surgery tends towards a general deterioration that, if it would continue, it may prevent the exercise of the traditional skills of the specialty, thereby leaving a professional set within the needs of the user population. Therefore, a stake out is required based on the strengths and weaknesses that are presented and that have been evidenced in this research.

Keyword: Surgery education, medical residence, general surgery, subspecialty, fellow.

Introducción

Se propone como tema de investigación “la formación académica y operativa del especialista médico” la cual es el pilar por el cual un país goza de medicina de calidad y a la altura de las necesidades de la población. México lleva años con un sistema de residencias que al menos en teoría no está en desventaja con los de los países desarrollados, sin embargo, como resultado de diversos factores la formación actual en cirugía se encuentra desgastada y con marcadas diferencias en comparación con las realizadas décadas anteriores. Esto se hace más evidente en el aprovechamiento del proceso de aprendizaje y la inserción con éxito y protagonismo en el mercado laboral; el discernimiento de esta problemática es importante y actual para evitar un colapso de uno de los pilares en el sistema de salud, sobre todo hablando de prevención secundaria.

Como **panorámica general** del problema se puede decir que la formación del cirujano general lleva en México una larga historia. Su ejercicio se remonta desde datos prehistóricos que confirman actividad invasiva en los seres humanos con el ánimo de tratar enfermedades, pasando por el periodo de conquista en donde existen pocos avances dadas las condiciones políticas e históricas de la región hasta llegar a su institucionalización a finales de la década de los 30' principios de los 40' del siglo XX. Este es el momento en el que se inicia el modelo

de residencias, lo que ha permitido el desarrollo de la cirugía hasta el día de hoy con presencia de enormes avances tecnológicos que permiten actualmente (entre otras cosas) cirugías a corazón abierto o de trasplante de órganos.

Se le llama residencia médica al sistema de enseñanza creado en EUA a principios del siglo XX que se basaba en años de práctica en un área de la medicina realizada dentro de los hospitales. Actualmente este sistema de formación de especialistas es imitado en la mayoría del mundo occidental y la residencia médica de la especialidad de cirugía general en México se encuentra particularmente en crisis en México por diversas razones, la mayoría de ellas no exploradas a fondo o tal vez ni siquiera abordadas. La formación actual de la cirugía general tiende a la heterogeneidad de recursos y falta de estándares en su aplicación, así como, la tendencia cada vez más frecuente de diluir su potencial frente a las subespecialidades. Sin embargo, esto no disminuye la necesidad de atención de calidad requerida en la mayoría de las regiones del país, hay una fractura de la cobertura de necesidades para la cual la especialidad fue diseñada y esto genera una problemática creciente, de ahí la necesidad de hacer visible la problemática y exponer alternativas de solución.

La interrogante que guía el estudio es: ¿Cuáles son las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual en la educación quirúrgica del cirujano general en México? Se concibe como la pregunta central de la investigación misma que se encuentra justificada primordialmente por el vacío que el conocimiento padece y las consecuencias que esta realidad está produciendo en la formación de cirujanos generales.

Como actividad previa al planteamiento del objetivo de la investigación, se analizó el fenómeno de la formación del Cirujano General en el contexto sociocultural presente derivando de ello, como **objetivos principales**, primero: determinar las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual de la educación quirúrgica del cirujano general en México. Por otra parte, como segundo objetivo principal: proponer un replanteamiento en la formación del Cirujano General para que en medida de lo posible promover un sistema de retroalimentación novedoso y acorde a las necesidades procedimentales de un curso de cirugía general.

Las **principales motivaciones** para esta investigación son la actualidad y pertinencia del problema, pues está ocurriendo y sigue avanzando en el tiempo, así como, la escasa información que a profundidad existe en el mundo y en particular en México. Por lo tanto, el fruto de esta tesis puede sentar las bases para el conocimiento de la problemática y la construcción de políticas educativas que orienten el vector a donde parece conducir este fenómeno.

El presente tema se considera **relevante** abordar desde el punto de vista **metodológico** y en consecuencia **social**, debido a que la cirugía general es una especialidad diseñada para atender el 80% de las patologías quirúrgicas del país. Su impacto es entendido al saber que, de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud, cinco de sus procedimientos más frecuentes se encuentran entre los primeros 10 realizados en toda la república. El

empobrecimiento en la formación de esta profesión se vincula entonces directamente con la salud de la población y de ahí surge la importancia de entender el problema a cabalidad. Paralelo con esta situación, el ejercicio de la profesión se relaciona con el sustento económico directo de más de 8000 personas de acuerdo con Cervantes (2016) y por consiguiente de cientos de miles de manera indirecta, por lo cual el aspecto económico está involucrado, así como el político y social por estar en relación con el importante tema de la salud.

En cuanto a la **postura teórica** del estudio, los fundamentos se focalizan en el constructivismo y las teorías del currículo. Con respecto a esto último, se sabe que a pesar de que la medicina tiene un avance suficiente para iniciar cursos de especialización desde finales del siglo XIX, el desarrollo teórico curricular ha sido de un avance extraordinariamente lento. Es por ello, que actualmente no existen marcos teóricos sólidos específicos para este modelo de disciplina en medicina más allá de extrapolar lo realizado en los estudios médicos a nivel licenciatura y adaptarlos acorde a la especialidad, incluso al contexto sociopolítico en el cual se desarrollan estos diseños.

No obstante, las herramientas teóricas promovidas en este documento son importadas por teóricos de pedagogía especializada en este tipo de profesiones, pe con aportaciones de tal trascendencia que no se duda en su aplicación al campo de la educación quirúrgica como es el caso de Vygotsky (1931), Skinner (1948), Ausubel (1960), Piaget (1952) y Diaz Barriga (1975), por mencionar algunos. Por lo anterior, se puede entender cómo la problemática en cuestión es

al momento muy poco comentada de manera directa y da lugar a un estudio descriptivo.

Como **principales fuentes de información**, se parte para este estudio de aportaciones en el campo del aprendizaje como las de la teoría curricular que tiene como principales exponentes a Tyler (1949), Tabá (1962) o la misma Díaz Barriga (2005), y su sincretismo con el mapa curricular en la educación quirúrgica y modelos de práctica quirúrgica observados por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, esto integrado a los modelos de aprendizaje como el de retroalimentación de Watson (2008), el modelo del Desarrollo Próximo de Vygotsky (1931); el constructivismo de J. Piaget (1952) y el Aprendizaje Significativo de Ausubel (1976); el modelo por competencias con Guzmán (1999), Becker (1964) y Bennet (2008) y por último el modelo basado en sistemas y su implicación en los procesos de aprendizaje tal como lo expone Sacristán (1982).

En lo que concierne al **método**, se realizó una investigación desde el **enfoque cualitativo** para permitir un estudio que analice todas las aristas del fenómeno y sea lo más rico posible al respecto valiéndose de la investigación documental y de campo, el tesista afirma que en la actualidad se debe dar un paso más en esta evolución a fin de replantear los alcances y retos que la cirugía general tiene en su perspectiva futura.

Resumen capitular: son cinco los capítulos de la presente tesis. En el capítulo uno se realiza el planteamiento del problema contextualizándolo a partir de la definición y la formulación de este. Se expone la pregunta principal de la investigación y las preguntas específicas para a continuación desarrollar la

justificación del trabajo argumentando principalmente su pertinencia, viabilidad y lo significativo que puede llegar a ser. Por último, se exponen los supuestos teóricos que servirán para el desarrollo de ejes temáticos a profundizar durante el estudio, la razón de ser de este capítulo es la necesidad de marcar los conceptos fundamentales en el desarrollo posterior de la tesis.

El capítulo dos nace de la importancia de integrar un contexto fundamentalmente de tiempo, lugar y desarrollo teórico para la investigación empírica propiamente dicha. Se desarrolla el marco teórico conceptual y se presentan la definición de conceptos, premisas y postulados teóricos que apoyan la investigación. Se describe un marco referencial donde se establece el estado del arte con relación al tema en cuestión y a sus relacionados más íntimos. Se expone un contexto teórico general de la historia de la educación quirúrgica aunado al desarrollo curricular de esta disciplina. Finalmente, se describe lo concerniente al marco legal relacionado con el tema de investigación.

El capítulo tres, trata de la metodología y su razón de ser es explicar cómo se llevará a cabo la investigación empírica propiamente dicha, anunciando el diseño de la investigación, sus objetivos (general y específicos), el diseño de método, los participantes y una amplia explicación de las herramientas utilizadas durante el trabajo y la validación de éstas. Finalmente, se detalla el escenario en donde la investigación fue llevada a cabo desde diversas perspectivas que dan el marco para la interpretación de resultados.

En cuanto al capítulo cuatro, se realiza una descripción de los resultados con base en los objetivos planteados dividiendo lo encontrado en cada una de

las herramientas utilizadas. En relación con las encuestas, se describe cada uno de los reactivos y se muestra la gráfica obtenida por el mismo. Por otra parte, se comentan las características de cada entrevista a profundidad incluyendo datos como: duración de la entrevista, lugar de la entrevista, hora de la entrevista, incidentes, características generales y específicas de la entrevista entre otros datos descriptivos. Toda tesis debe tener este apartado pues es el nicho de información objetiva derivado de la investigación empírica.

Por último, Debe de existir en toda investigación un área dedicada a la discusión de resultados para al armado de argumentos que den por resultados conclusiones bien soportadas de todo trabajo de investigación y es en el capítulo cinco, donde se analizan los resultados y se contrastan con las preguntas y objetivos planteados retomando aportaciones de investigaciones pasadas y recientes. Se divide en tres partes, en la primera se exponen a detalle las interpretaciones obtenidas del conjunto de respuestas dadas a cada pregunta de la encuesta. Como segunda parte, se realiza un extenso análisis de cada una de las entrevistas a profundidad contrastándolas con los ejes temáticos. Finalmente, se procede a la triangulación metodológica y se exponen las conclusiones de la tesis en relación con sus objetivos.

CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA (CONCEPCIÓN GENERAL)



1 Planteamiento del problema, enseñanza de la Cirugía (breve introducción del capítulo)

La enseñanza de la cirugía es apasionante pues requiere herramientas y competencias como pocas disciplinas, encontrando en ella una actividad fácilmente motivadora, sin embargo, su dinámica y atemporalidad actualmente pasan por un estado inestable que requiere un análisis a conciencia. En el presente capítulo se plantea esta situación describiendo la cirugía y su historia así como la enseñanza de la misma y el desarrollo de esta práctica. Luego se delimita y plantea la problemática, se plantea la pregunta a investigar y se exponen los supuestos teóricos. Posteriormente se justifica la investigación doctoral y se establecen las categorías a analizar.

1.1 La cirugía y su historia (contextualización)

La cirugía es la ciencia médica que se ocupa de restaurar la salud o la calidad de vida mediante procedimientos invasivos, actualmente el cirujano se vale tanto de medicamentos como de estos procedimientos llamados cirugías para llevar a cabo su profesión, sin embargo, para llegar a este punto, la historia de la cirugía requirió de múltiples pasos evolutivos a través del tiempo. De acuerdo con Martínez (2009) se han encontrado rastros de humanos con señales de procedimientos quirúrgicos de hace 45000 años con lo que parece ser una mano amputada. Durante miles de años la cirugía permaneció como un arte rudimentario y hasta cierto punto extremo, en la edad antigua civilizaciones como la egipcia y la sumeria realizaron ocasionalmente perforaciones craneales (trépanos), retiro de testículos (cirugía de hernia inguinal) y otros procedimientos que no muestran una descripción del éxito ni el grado de supervivencia.



En cambio, otras civilizaciones como la china no permitieron abiertamente el ejercicio quirúrgico hasta 1948.

En cuanto a México precolombino, los exponentes más adelantados fueron los Aztecas, Mayas e Incas los cuales entre otras cosas incrustaron turquesa y jade en piezas dentales a manera de prótesis y utilizaron al peyote como anestésico. La época colonial por su parte mostró un oscurantismo en lo que se refiere a la cirugía y es hasta mediados del siglo XVIII que se funda la Real Escuela de Cirugía, sin embargo, esta no generaría resultados serios hasta la época moderna. Con apenas cerca de los 80 años se crea en 1938 por parte del Dr. Julián González Méndez la clase de técnica y educación quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1.2 La educación quirúrgica y la residencia médica (contextualización)

La residencia médica es un entrenamiento de postgrado que actualmente es el principal medio para conseguir una especialidad médica, se trata de un entrenamiento de tiempo completo con residencia dentro del hospital (de ahí su nombre) el cual cuenta con aval universitario.

Tal como lo comenta Archundia (2014) la educación quirúrgica como se conoce inició en Austria por el célebre cirujano Teodoro Billroth en el siglo XIX. En este lugar se exigió rotación por anatomía patológica, bioquímica y medicina interna. El sistema otorgó grandes cirujanos que diseñaron técnicas que aún hoy día son utilizadas, uno de sus alumnos más trascendentes William Halstead promovió el inicio de este entrenamiento de manera más formal en el Hospital John Hopkins en Baltimore y fue ahí donde nació la residencia como la conocemos ahora al instaurar jornadas de trabajo con guardias y residir en el hospital como parte del entrenamiento, al observar los resultados otros



médicos especialistas como Howard Kelly de Ginecología hicieron lo propio y conforme las generaciones de alumnos egresados empezaron a ocupar cátedras universitarias el sistema se generalizó por toda Norteamérica.

Fue el en el siglo XVIII en la nueva España, en que se acordó que el nuevo médico requería al menos 2 años de interno en el Hospital de Jesús (fundado por Hernán Cortez en 1523) así como aprobar 2 exámenes uno ante el claustro universitario y otro ante el protomedicato. Ya en el México independiente el primer esfuerzo de una academia tutorial parecida a la de Halstead fue el internado de pregrado instituido en 1925. Es hasta el mes de abril de 1941 en el Hospital General de México en donde se inauguró la primera residencia en el país promovida por Gustavo Baz Prada secretario de salud en aquel momento. De inicio el programa de residencia abarcaba rotaciones por especialidades como (Cirugía Medicina Interna y Ginecología) se vivía en el hospital y duraba de 1 año a año y medio, durante el mismo año se iniciaron las residencias en Hospital Infantil y en el Hospital Militar. Posteriormente, al inaugurarse los nuevos hospitales e institutos como Cardiología Nutrición, Gea González etc. Lo hacían con su propio programa de residencia. Las residencias cambiaron a ser específicas a principios de los años 1950s, pero aún hay cambios trascendentes hace tan solo 20 años, cuando fueron prolongadas en promedio un año (Rivera, 2017).

Se puede observar que la residencia es un sistema relativamente joven no solo en México, sino en el mundo y que su éxito al formar médicos con mejores herramientas para enfrentar las distintas patologías del ser humano es innegable, dicho esto como todo fenómeno cultural debe ser susceptible de evaluación y evolución acorde a lo que la sociedad necesita actualmente.



1.3 La educación quirúrgica y sus retos en el ámbito internacional y nacional. (contextualización)

En España se ha integrado un programa que une el concepto de Cirugía General con el de Cirugía del Aparato digestivo (Miguelena 2008) en el que se logra la evolución de la cirugía general y la integración formal de los procedimientos mayores para el tratamiento quirúrgico del tubo digestivo, esto, más que un cambio curricular, es una adecuada presentación oficial de lo que en México y otros países se viene haciendo desde que la residencia de cirugía tuvo inicio de manera formal pero que sin duda facilita el reconocimiento por parte de los usuarios para con el especialista.

Actualmente se ha notado la necesidad de replantear la cirugía general desde distintos ángulos. De acuerdo con lo observado en la UNESCO (2008) se tiene lo siguiente:

Se aceptan estos problemas en la mayoría de los países de Latinoamérica incluido México:

- Desequilibrio en la oferta de especialistas en las diferentes regiones.
- Escasez de algunas especialidades básicas.
- Necesidad de nuevos especialistas derivadas de la transición social, demográfica y epidemiológica.
- Dificultades para contratar médicos especialistas en determinados campos del conocimiento.
- Inadecuada distribución de los puestos de residencia médica en todo el país.



Los orígenes de los cursos de alta especialidad en México no son de más de 10 años, aunque existe muy poca información al respecto se entiende como la herramienta utilizada por académicos de la cirugía para fortalecer áreas especialmente necesarias o difíciles del campo del cirujano general, aunque existían de manera poco organizada desde hace muchos años. Actualmente cuentan con una definición propia y la característica del aval universitario y de una duración máxima de 2 años. No se cuentan con estadísticas oficiales al respecto, pero basados en que los cursos para cirugía general son alrededor de 10 y que tienen 10 años de existir además de que las sedes que los ofrecen son muy limitadas hablaríamos de alrededor de menos del 10% de los cirujanos con este tipo de beneficio.

La Cirugía General ha sido a lo largo del tiempo una protagonista de la medicina mexicana sin embargo en la actualidad varios factores que se comentan más adelante la han llevado a una posición de trampolín en el abanico de posibilidades académicas por lo que de no hacer nada corre el riesgo de perder identidad y si esto llega a suceder se debe asegurar que ocurra como consecuencia de una evolución consiente y no de una visión irresponsable en la que la sociedad pierda más de lo que gane.

1.4 Definición del problema

La cirugía general ha desarrollado por múltiples factores en los últimos 25 años, una crisis de identidad en donde el residente y el recién egresado tienden a enfrentarse a una serie de presiones en donde la naturaleza de la especialidad como práctica terminal del profesional es cuestionada desde diversos sectores sociales y donde las alternativas en ese sentido son: subespecialidad o curso de alta especialidad, lo que conllevan a una de estas dos consecuencias, por un lado disminuyen la oferta real de cirujanos para el



país, al mismo tiempo que los concentran solo en grandes urbes y por otra parte favorece el encadenamiento de un sistema de valores piramidal que afecta la percepción de las nuevas generaciones.

Es así como el problema es poco reconocido y estudiado por lo que actualmente merece una aproximación no solo desde el entorno académico, sino desde el entorno cultural, en donde los resultados del programa sean observados a detalle y se analice la consecuencia actual que este tiene en el cirujano formado. El análisis curricular deberá estar ligado al reconocimiento de la problemática y las probables alternativas de solución de tal manera que el planteamiento conduzca a conocer a profundidad el fenómeno y sienta bases para reconocer objetivamente si el problema puede ser enfocado como la evolución del cirujano a los tiempos modernos o bien si se trata de un sistema mal proporcionado que busca imponer filtros unidireccionales que no otorga a los educandos las herramientas para desarrollo similar de competencias.

1.5 Planteamiento del problema

Muchos son los retos que enfrentan actualmente la educación quirúrgica y en particular los postgrados de cirugía general. Existe un curso dentro de las 27 especialidades a las cuales los médicos mexicanos pueden acceder mediante un examen concurso que se realiza anualmente y en donde se ofrecen alrededor de 650 plazas para en promedio 8500 médicos (De Allende 2001). En esta logística tiene origen el primer problema ya que al ser esta especialidad pie de rama para 7 subespecialidades, muchos médicos ingresan y no la terminan dado que migran a la subespecialidad de su preferencia lo que origina por una parte menor capital humano del programado para cirugía general y por otra, que varios médicos que desean terminar la especialidad en



cirugía no logren acceder al curso debido a la alta competencia. Debido a lo anterior se antojaría convertir a especialidades de acceso directo al menos en las subespecialidades que solo requieren actualmente 1 año de formación en cirugía general, sin embargo, esto aún está lejos de suceder (Hernández, 2010).

Una vez que se pasa este filtro, se escoge un hospital sede a lo largo de la república que ofrezca el curso, en donde avalado por una Universidad con registro ante la SEP se ejecutará durante 4 o 5 años el programa que finalmente formará al egresado como cirujano. Aquí sucede el segundo foco problema; dado que al menos 30 universidades avalan cursos de cirugía con programas diferentes, pero el problema real se da en los hospitales formadores ya que en cada uno de ellos se reconstituye el currículo de acuerdo con el perfil del hospital, currículo oculto y su contexto cultural (segundo o tercer nivel, privado, público, de trauma, del ejército, etc.) lo que fundamenta una gran heterogeneidad del capital humano egresado (Hernández, 2010). Referente a este argumento la pregunta sería: ¿Cuáles son las condiciones de fondo que fundamentan este resultado y como se puede obtener un fin diferente?

La Cirugía General es la especialidad que actualmente cuenta con la cartera de servicios más diversa en cuanto a manejo de enfermedades mediante procedimientos quirúrgicos y, de acuerdo con estadísticas del IMSS se realizan aproximadamente 100 000 procedimientos al año (Fernández 2004), lo cual es muy representativo de la realidad si se tiene en cuenta que casi la mitad del país es derechohabiente a este sistema de salud y por lo tanto se entiende el grado en que esta especialidad forma parte de las acciones realizadas para el mantenimiento de la salud en la población.



El curso de cirugía general tiene al menos 6 cursos de alta especialidad, la gran mayoría centralizados en la capital del país y con disponibilidad muy limitada, lo que en general produce un problema de inequidad para los formados en el interior de la república y a la larga para sus pacientes. Esta realidad impacta de acuerdo con el Estado donde el alumno realiza su residencia con la posibilidad real de realizar un curso de alta Especialidad. Tal vez la instauración de una estrategia para que cada cirujano tuviera de manera optativa la posibilidad de desarrollarse en un curso de alta especialidad durante su periodo formal de residencia provocaría resultados muy diferentes a los observados hoy día (Valencia, 2019). Otro caso es el de los cirujanos formados que acceden a un curso de alta especialidad teniendo que buena parte de ellos terminan finalmente abandonando las filas de la cartera de servicios convencionales para únicamente prestar atención a la porción de ésta que tiene relación con su último postgrado.

Una dimensión diferente de la problemática de este curso es que los llamados postgrados de alta especialidad son sobrevalorados por sus protagonistas, lo que conlleva a una alta demanda de los mismos, demanda que al mismo tiempo es imposible de cubrir dado que en la gran mayoría de los casos están muy lejos de ser asequibles debido al centralismo y la logística sesgada que suelen tener. Las anteriores y otros argumentos menos caracterizados producen finalmente que el número total que requiere el país de cirujanos generales tienda a disminuir y que el profesional recién formado tenga limitaciones tanto académicas como de competencias en su realidad laboral lo que en conjunto plantea un estado de crisis en la formación de cirujanos y promueve un replanteamiento del modo en que son formado estos. De lo anterior deriva la problemática: ¿Debe replantearse y actualizarse el curso de Cirugía General para



observar si sigue siendo de utilidad a la realidad del país?, ¿se debe permanecer como hasta ahora, pero con mecanismos de soporte mejor definidos?, ¿se deben aumentar las expectativas y competencias o bien, fragmentarlo?

1.6 Pregunta de investigación

Pregunta general de investigación. ¿Cuáles son las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual en la educación quirúrgica del cirujano general en México?

Pregunta específica 1 ¿Cuáles son los beneficios de replantear el currículo en la formación del Cirujano?

Pregunta específica 2 ¿Qué cambios son realizables basados en la infraestructura actual del sistema de formación de especialistas para que proyecten al cirujano con una base académica homogénea y con un currículo actual acorde a las necesidades de su entorno (académico y sociocultural) que faciliten su competencia profesional?

1.7 Justificación

1.7.1 Utilidad metodológica

Este estudio tiene una relevancia metodológica central debido a que su impacto va más allá de replantear una manera de enseñar el aprendizaje de la cirugía como se conoce y se remonta a principios de los 40. Dudrick (2011) enfatiza un modelo tutorial y hasta cierto punto conductista que, sin embargo, ha logrado resultados exitosos pero que en parte por la heterogeneidad de formación y por el desgaste de este, actualmente



presenta diversas debilidades. Por lo tanto, se puede decir que desde el ángulo metodológico este estudio será importante porque explora y propone alternativas estratégicas en la formación del cirujano en donde la perspectiva observada por Hernández (2010) sea realmente factible y que permita un mayor control y homogeneidad de lo que se ésta enseñando, así como oportunidades de desarrollo equitativas para los alumnos, sea esto mediante el reforzamiento o la evolución de la especialidad. Respecto a este punto se puede decir que el trabajo tiene un valor metodológico pues fundamenta bases para que nuevos estudios perpetúen la evolución en el sistema educativo de la educación quirúrgica.

El proceso enseñanza aprendizaje en la formación de recursos humanos para la salud siempre tendrá que ser óptima, ya que formando a los que el día de mañana tendrán bajo su responsabilidad algo tan sensible e invaluable como la salud y la calidad de vida del ser humano, pero además, al optimizar el currículo del cirujano a una mejor integración de él y de su círculo a esta misma sociedad que ha de proteger se favorece su acción, su tasa de éxito pero sobre todo la homogenización de servicios para la comunidad, de esta forma se argumenta el definitivo valor social de esta investigación.

1.7.2 Relevancia social

Otro punto en el que se enmarca la relevancia social del estudio será precisamente porqué permitiría homogeneizar la calidad de atención de los pacientes sin importar su zona geográfica, pues se tendría más herramientas para tomar decisiones respecto al futuro del curso y sería sustento de la formación más adecuada y equilibrada entre lo que necesita nuestro país y la vanguardia médica de la actualidad.



La formación del Cirujano General, Graue (2011) lo prepara principalmente para la patología relacionada con el tubo digestivo, además de cubrir las necesidades terapéuticas más comunes de subespecialidades como Cirugía de tórax, Angiología, Urología, Cirugía de Colon y Recto y Oncocirugía además de esto es el médico idóneo para responder en caso de trauma que pone en peligro la vida en prácticamente cualquier órgano. La importancia y complejidad del curso de cirugía en particular radica precisamente en lo polifacético de este entrenamiento debido a que actualmente es de una utilidad muy alta en lugares con pequeña y mediana densidad poblacional, sin embargo, como menciona Saá (2011) el advenimiento de una mayor proporción de subespecialistas y de cursos de alta especialidad ha llegado a reducir el campo de acción de esta especialidad, el contexto anterior y sus consecuencias evidencian el valor político que tiene este estudio.

1.7.3 Conveniencia

Por una parte, debe plantearse ¿qué tan necesaria es la formación de estos especialistas con el currículo actual?, toda vez, que existen aún en México un gran número de poblaciones pequeñas en donde la infraestructura de niveles de atención de alta especialidad aun no es asequible. El número de estos especialistas está disminuyendo de manera importante en este momento por ser pie de rama para subespecialidades y porque el abanico o cartera de servicios se encuentra en competencia con cada vez más perfiles de alta especialidad en una palabra se vive una realidad nacional que parece no combinarse adecuadamente con la realidad académica como lo han hecho otros países, (Hepp, 2008). Así pues, se tiene que el presente trabajo es conveniente en la línea temporal que dentro del desarrollo de la especialidad se cursa,



pues puede contribuir a las políticas educativas como el resultado de la investigación lo cual ayudará a resolver estos problemas y más aún su propuesta está encaminada precisamente a acercar la brecha existente entre estas realidades de tal forma que sea motivante para el alumno y adecuada para el país el cual debe adoptar medidas congruentes para obtener este resultado.

1.7.4 Utilidad teórica

El conocer a profundidad cómo es que existen debilidades y la forma en que han permeado el curso y permiten el comportamiento antes descrito, se podrá aportar nuevo conocimiento al tema, algunas cosas tales como el desarrollo de entidades patológicas de las personalidades ya descritas (Prieto 2013) son poco conocidas y debe analizarse como parte de la problemática, además de otorgar un planteamiento concreto y ofrecer alternativas de solución, teniendo con esto un ejemplo de las implicaciones prácticas de este estudio.

1.7.5 Implicaciones practicas

El estudio tiene valor desde el punto de vista económico y pragmático en virtud de que los cambios comentados tienen un potencial de gasto austero, ya que la mayoría de ellos pueden ser drásticos desde el punto de vista de la estrategia curricular, pero sin requerir mayor infraestructura de la que actualmente se tiene, además de que, si tenemos en cuenta el costo real de las deserciones y la falta de atención adecuada en muchas partes de la república (Hernández, 2006), los balances de estos cambios definitivamente serian costeables.

Alcances del Estudio



Los alcances de este estudio, su planteamiento y el conocimiento a profundidad de cada uno de los problemas ya señalados, han sido objeto de observación, estudio y en algunas veces frustración de un servidor, por lo que a todo lo anterior se agrega un **interés personal** por conocer a fondo la problemática y de este modo facilitar los canales para su manejo exitoso o bien al menos sembrar las bases para que en futuras investigaciones se den pasos conscientes y dirigidos a lo que verdaderamente se necesita si se quiere profesionales exitosos y una población donde los beneficios de la formación de recursos humanos quirúrgicos llegue a todos por igual.

Por último y con base en lo descrito en los anteriores párrafos, el autor considera que la pertinencia de este estudio radica en ser un problema actual y en el cual de no iniciar siquiera una acción diagnóstica en este momento se tendrán consecuencias mucho mayores en el futuro, las cuales traerán consigo costos sociales, profesionales, de lesión a los derechos humanos y políticos.

Viabilidad: Condiciones temporales. Estas condiciones están dadas debido a que el problema es actual y el punto de quiebre ya se expresa en muchas de las instituciones involucradas, en cuanto al tiempo que requiere su realización es comparable al desarrollo de este doctorado, por lo que desde este punto de vista no deberían presentarse problemas derivados de esta condición en el desarrollo de la tesis.

Condiciones Humanas. El desarrollo de la tesis corre a cargo de un servidor el cual aplica un tiempo fijo para su desarrollo el cual mantiene en vigilancia mediante cronograma y avances programados. La inmersión en el ambiente de donde pende la investigación y la relación con los protagonistas de estas facilitan la comunicación e



implantación de herramientas de análisis durante el desarrollo de la investigación.

Condiciones Materiales. Estas son viables ya que se contó con autorización y acceso a los participantes y a la infraestructura institucional para el desarrollo de la investigación.

Condiciones financieras. Se cuenta con viabilidad financiera.

Condiciones Tecnológicas. Se cuenta con apoyo de ordenadores, programas de análisis y herramientas derivadas de las nuevas tecnologías de la información disponibles en las instituciones, así como el área de bibliohemeroteca y aulas de usos múltiples. En síntesis, se puede concluir dado lo anterior que la investigación es viable.

1.8 Supuestos teóricos

1.-La propuesta actual en educación quirúrgica presenta debilidades socioculturales como resultado de un desgaste razonable por el tiempo en que se ha aplicado. Esto se ha sido mencionado por Bell (2007) afirmando que, este sistema es resultado de una evolución poco estructurada de diagnósticos que se dieron a principios de siglo XX como un esfuerzo de homogenizar el ejercicio médico. Actualmente existe una falta de integración de la realidad de México en cuanto a sus necesidades de salud. A la par, su debilidad ya mencionada por Cervantes (2016), desde el punto de vista educativo, nace de la heterogeneidad con que hasta el momento se han desarrollado las “versiones” de un programa ya de por si con limitantes para una reproducción lo cual en observación del tesista es equiparable en las distintas zonas del país, aunado al centralismo que al menos en este apartado impera.

2.-La cirugía general como especialidad se encuentra en crisis debido a múltiples factores directos e indirectos, esto es observable en la disminución que cada generación



de residentes formados de esta especialidad presenta cada año en las distintas universidades. Frente a este fenómeno, una misma o incluso más alta necesidad de los sub-servicios de esta rama de la medicina sigue presente. Actualmente no existen autores que hayan puesto su análisis en esta coyuntura, sin embargo, Hernández y Carrasco (2006) mencionan esta situación en algunos escenarios y por su parte Álvarez, Rodríguez y Alonso (2012) señalan la necesidad de evolucionar a la cirugía para evitar el rebase de esta y su eventual deterioro.

3.- De acuerdo con lo analizado por elementos empíricos del propio tesista se pueden exponer la mayoría de los factores que han deteriorado a la cirugía general como especialidad en México, en los que suceden como consecuencia de un sistema de competencia mal estructurado y aquellos directamente relacionados con el mapa curricular de la especialidad.

En el presente capítulo se han presentado los siguientes tópicos: el tema principal con sus antecedentes históricos, internacionales, nacionales y locales. De igual forma, se presentan las preguntas de investigación que guían el estudio. La justificación de la investigación enfatiza la importancia desde la perspectiva metodológica, curricular, social, económica y política. Así mismo, se presentan los supuestos teóricos que prevalecen en un estudio de carácter cualitativo.



CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL



2 La enseñanza de la cirugía desde diversas perspectivas. (Introducción)

La cirugía como curso formal de acuerdo con Quijano (1999), se inicia hace unos 100 años con el cirujano William Halsted en el Johns Hopkins Hospital en Baltimore EEUU para luego hacer de este entrenamiento formal un método de enseñanza que sería reproducido en todo el mundo y para más de un tipo de cursos o especialidades. Posteriormente de la Mano del Dr. Zollinger después de la segunda guerra mundial se programó un gran acervo práctico y teórico para este curso sin embargo también poco a poco inició la fragmentación del mismo y debido a esto último y a muchas circunstancias, buena parte de ellas políticas. Dentro del perfil del estudiante de cirugía general, se estima acorde a la adaptación hecha de ACGME (*Accreditation Council For Graduate Medical Education*) y Ruiz (2009) como personas capaces de otorgar cuidado a los pacientes de forma compasiva, apropiada y afectiva. Esto para el manejo de las enfermedades de resolución quirúrgica de la salud y la promoción de la misma dedicando al menos 42 meses a las áreas de contenido principal de la cirugía que son: la cavidad abdominal y su contenido, el sistema digestivo, la piel, los tejidos blandos, y la mama, la cirugía endocrina, la cirugía de cabeza y cuello, la cirugía pediátrica, la oncocirugía, así como el trauma, tanto quirúrgico como no quirúrgico.

Dudrick (2011, p. 22) menciona referente a la elaboración de competencias del cirujano lo siguiente. “La adquisición de las aptitudes en cirugía es un proceso complejo y multifactorial que requiere no solo el dominio de un enorme cuerpo de información didáctica y conocimiento, sino también años de entrenamiento y experiencia prácticos.” Lo cual hace evidencia del conjunto de costos que el alumno ha de invertir en su persona



a cambio de convertirse en cirujano. Debido a esto, actualmente se emplean con variable grado de éxito prácticas de simulación como parte del entrenamiento formal del cirujano y por otra parte el Plan Nacional Único de Especialidades Médicas de la UNAM provee como áreas de enseñanza las siguientes: Cirugía Abdominal de urgencia, coloproctología, cuidados intermedios, Traumatología, Cirugía General de abdomen electiva, Cirugía general de tórax electiva, Cirugía general de cuello electiva, Cirugía ginecológica y cirugía pediátrica.

Todo lo anterior debe llevarse a cabo con una buena calidad de tutoría para obtener los resultados más adecuados. De hecho, la UNAM ha establecido que un programa bien estructurado como lo describe Graue (2011) entendiéndolo que el curso no solo implica la definición clara y precisa de las competencias por adquirir en el tiempo del que este dura sino también, de un correcto acompañamiento de todas las actividades, el reforzamiento de conocimientos, los hábitos de educación continua, la puesta en práctica de las evidencias médicas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los pacientes y la evaluación de los resultados del aprendizaje que se obtienen, por alguna razón este sistema no está establecido en todo el país y aún más desconcertante, no se lleva a cabo homogéneamente en los hospitales avalados por esta Universidad.

Las residencias médicas como se conocen actualmente tuvieron como antecesoras a las residencias del Hospital General de México, Hospital Central Militar y Hospital Infantil de México al inicio de la década de 1940. El primer curso con filiación universitaria del país se llevó a cabo 20 años después (1960) en el Hospital General de México bajo el aval de la UNAM y correspondió al curso de cirugía plástica y



reconstructiva impartido por los Doctores Fernando Ortiz Monasterio y Alfonso Serrano. Posteriormente se han ido agregando cursos de especialidad tales como Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría (Quijani, 1999). A partir de 1965 la Facultad de Medicina Ofreció la estructura de estos cursos que requerían residencias hospitalarias de 2 o 3 años incluyendo un año de residencia rotatoria que incluía el paso por todas las especialidades troncales (Cirugía, Medicina interna, Pediatría, Ginecología) y que posteriormente en la década de los ochenta fue retirado. Poco a poco se agregaron nuevas especialidades y subespecialidades, muchas de ellas emanadas de necesidades de la población, pero otras también surgidas de una visión un tanto sectorial de quien temporalmente se encontraba en el momento y el puesto justo para realizarlo. Así es que se tienen especialidades relativamente recientes como Cirugía de Tórax creada en 1974 y Reumatología en 1975. A través del tiempo las sedes también se fueron ampliando al integrar al sistema IMSS, ISSSTE y DDF (Quijano, 1999).

Durante este tiempo, de hecho, desde antes de considerar la residencia formal universitaria, la enseñanza se ha basado en una práctica tutelar, gracias a la rotación de los servicios, pues los alumnos fungen como tales al mismo tiempo que realizan actividades asistenciales diversas muchas veces trascendentes para el funcionamiento hospitalario. Dado a que, durante esta actividad, el estudiante se encuentra actuando estrechamente con el profesor o medico formado, su relación suele ser más importante que en los tiempos de pre-licenciatura; se realiza durante esta estancia una rotación por consulta externa, hospitalización, quirófanos y a la vez, participan en la docencia, mediante el apoyo del proceso de enseñanza aprendizaje de sus iguales y residentes de menor jerarquía. El desarrollo del aprendizaje se da mediante exposiciones teóricas,



talleres, seminarios bibliográficos o de investigación, así como sesiones conjuntas con otras especialidades (radiología, Medicina Interna etc.) y claro está, adiestramiento clínico en el manejo diario de pacientes tanto clínica como quirúrgicamente. Por último, un adiestramiento complementario que abarca todas las actividades anteriores es llamado actividad académica complementaria y consta de la permanencia en sus actividades dentro del hospital por 24 horas, momento en el cual toman parte importante de la experiencia que a la postre integran a su formación (Programa Único de Especialidades Médicas en Cirugía General, UNAM, 2009).

Con la información anterior se puede entender que en general la formación de especialistas de modo tutorial precede a la formalmente académica la cual es relativamente joven (de 1960 hasta la actualidad) y esto es de fundamental importancia para entender el desarrollo de ciertos vicios que, al menos en parte han contribuido a la crisis que se observa hoy. El impacto que el sistema de formación de especialistas ha tenido en la medicina nacional ha sido considerable.

2.1 Educación quirúrgica

La educación quirúrgica es un complejo proceso a través del cual los conocimientos y habilidades del arte y ciencia de curar mediante procedimientos quirúrgicos ha pasado de generación en generación. Es el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del cual se instruye al educando sobre las habilidades teórico prácticas requeridas para el campo de la cirugía general. En el siglo XX los adelantos de esta disciplina fueron un detonante en los avances actuales de la medicina, la cirugía de corazón, la navegación cerebral y la cirugía laparoscópica abdominal son unos ejemplos de ellos. Actualmente este tipo investigación ha decaído y cada vez menos residentes



optan por esta especialidad, algunas de las causas de este tipo de problema las menciona Carrasco (2007) cuando dice:

El desarrollo de programas que en la práctica no se cumplen, el desconocimiento de las destrezas de los residentes, la falta de control de calidad del profesorado y de supervisión del trabajo de los residentes, así como la falta de promoción y vigilancia de la investigación, han hecho menos atractivas las especialidades quirúrgicas (p.1).

Más allá de estos fenómenos de la educación quirúrgica, se realizan esfuerzos diarios para superar las mencionadas debilidades. Algunos modelos que han resultado ineficaces son: inadecuada supervisión en el quirófano por el profesor, las secciones educativas de poca calidad. Sin embargo, existen otros calificados como positivos entre lo que se encuentran: las sesiones académicas espontáneas, la presencia en cirugías de alta complejidad, el manejo postoperatorio en conjunto con el profesorado y la actualización continua de en la literatura especializada.

De acuerdo con Dudrick (2011), dentro de los nuevos retos en la educación quirúrgica se encuentra la necesidad cada vez más evidente de simuladores físicos o virtuales, que tengan la facilidad de emular el acto quirúrgico y con esto ganar en dos líneas; por una parte acortar el tiempo requerido para lograr una curva de aprendizaje completa en cada uno de los tipos de competencia práctica a dominar y por otro lograr hacer conscientes los errores y la manera en que estos son resueltos, de tal forma que creemos en los alumnos poderosas herramientas de análisis capaces de reproducirse en medios no controlados.



Es menester y base de una mínima justicia tanto para alumnos como para futuros pacientes de estos alumnos que en los currículos de las residencias quirúrgicas se exija uniformidad en la calidad de los cursos, esto tanto en número como pertinencia de los métodos educativos, pues solo de esta manera se puede hacer un hábito de calidad en la formación de nuevos profesionales y será posible establecer un sistema reproducible y administrable en una escala nacional, de lo contrario se continuará con la segregación y heterogeneidad que hasta el momento prevalece. Otro punto que demanda la atención con respecto a la educación quirúrgica es la evaluación periódica y la profesionalización del profesorado ya que en medida que este aprenda a aprender, será capaz de transmitir esta habilidad a sus estudiantes (Dudrick, 2011).

El desarrollo de un currículo actualizado y homogéneo es la base para regresar a la educación quirúrgica a los necesarios planes de protagonismo dentro de la comunidad. Finalmente, la educación quirúrgica en un foco de oportunidad actual dentro de las disciplinas médicas y corresponde a los didactas actuales fortalecer los puntos débiles para lograr una base sólida rumbo al futuro de esta necesaria protección dentro de la sociedad mexicana.

Concluyendo, la educación quirúrgica nace del modelo tutorial y se ha desarrollado notablemente a través del tiempo, sin embargo, actualmente errores de diseño y de aplicabilidad en su currículo la han debilitado. Se requiere actualizar el currículo y sus estrategias para lograr una educación quirúrgica de calidad y adaptada a los tiempos actuales.

2.2 Cirugía General

Hepp y col. (2008) proponen la siguiente definición para la cirugía general que ha



sido utilizada en la mayoría de los escritos posteriores:

Es la especialidad de la medicina que tiene competencia el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia, de origen benigno, inflamatorio, traumático, o neoplásico en los siguientes aparatos sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, retro peritoneo tórax, sistema endócrino, mama, piel y partes blandas, cuello y afecciones externas de cabeza (p.80).

La cirugía es muy posible que se encuentre íntimamente ligada a la naturaleza humana pues el simple hecho de detener un sangrado con presión digital involucra ya cierta conciencia del potencial que el humano tiene mediante una acción física directa para proporcionarse un bien, así es que la paleontología tiene evidencia de manejo de fracturas y trepanaciones no mortales de la época prehistórica. La Cirugía General entendida como tal nace al separarse de procedimientos a los que otros especialistas sumaron su tiempo como es el caso de la cirugía de cerebro o del globo ocular, sin embargo, al ser la Cirugía General la predecesora de estas disciplinas guarda una naturaleza resolutive en casi todos los escenarios de resolución o control de daños mediante procedimientos que involucraban una cirugía de por medio (Graue, 2011).

La Cirugía General ha tenido múltiples innovaciones a través del tiempo, el desarrollo de las anastomosis intestinales, el manejo nutricional, el desarrollo de recuperadores celulares, la incorporación de prótesis de la pared abdominal y la cirugía laparoscópica son solo algunos de los ejemplos más presentes hasta nuestros días.



Estos factores han hecho que la Cirugía General sea una de las especialidades más completas y la única que incluye una formación clínica y quirúrgica formal (Rivera 2007).

Actualmente la Cirugía General realiza cerca del 35 % de todos los procedimientos quirúrgicos realizados en hospitales de segundo nivel y sus egresados de cursos de alta especialidad suelen realizar cerca del 45% de los procedimientos de tercer nivel, pese a esto, la cirugía requiere actualmente una renovada política para emerger, pues sus vicios han resultado en una especialidad diluida frente a la que fue en el ayer. No posee una visión clara y muchas veces es incapaz de proyectar su verdadera naturaleza a los potenciales cirujanos del mañana. Arenas (2014), menciona que entre otras cosas es necesario para devolver la valía correcta a esta especialidad un cambio cultural y acción a nivel político en la preconcepción de la especialidad, desarrollar una cultura de calidad basado en infraestructura correcta, análisis de datos y verificación externa. Así mismo replantear el valor intrínseco del acto quirúrgico, inculcar una cultura de trabajo en equipo, crear estándares de seguridad y eficiencia del acto quirúrgico, desarrollar la competencia de liderazgo, la educación del cirujano y por último la práctica de un sistema de reconocimiento y manejo de errores.

La Cirugía General es una especialidad actual, sin embargo, su fragmentación la debilita y expone confusamente su misión y visión ante la sociedad por lo cual su reto principal hoy en día es replantearse y consecuentemente lograr un revestimiento moderno sin perder las cualidades que le dieron la confianza y posibilidad de apoyar durante décadas al mantenimiento y el restablecimiento de la salud de la sociedad mexicana (Hernández, 2006).



En conclusión: la cirugía general es la especialidad que resuelve enfermedades mediante procedimientos quirúrgicos, la cirugía general de hoy nace al desprenderse subespecialidades de un conocimiento y practica troncal de la disciplina, realizando actualmente cerca del 35% de los procedimientos quirúrgicos realizados en hospitales de segundo nivel y hasta el 45% en hospitales de tercer nivel donde se observa que su importancia es puntual. La especialidad se ha debilitado por su fragmentación por lo que requiere un replanteamiento desde diversos niveles.

2.3 Residencia en Cirugía

La residencia medica es un entrenamiento de postgrado que actualmente es el principal medio para conseguir una especialidad médica en México, se trata de un entrenamiento de tiempo completo con residencia dentro del hospital (de ahí su nombre) el cual cuenta con aval universitario. Inició en Austria por el cirujano Teodoro Billroth en el siglo XIX. En este lugar se exigió rotación por anatomía patológica, bioquímica y medicina interna. El sistema otorgó grandes cirujanos que diseñaron técnicas que aun hoy día son utilizadas, uno de sus alumnos más trascendentes William Halstead promovió el inicio de este entrenamiento de manera más formal en el Hospital John Hopkins en Baltimore y fue ahí donde nació la residencia como se conoce ahora al instaurar jornadas de trabajo con guardias y residir en el hospital como parte del entrenamiento. Al observar los resultados, otros medico especialistas como Howard Kelly de Ginecología y conforme las generaciones de alumnos egresados, empezaron a ocupar cátedras universitarias y el sistema se generalizo por toda Norteamérica (Quijano, 1999).

En el siglo XVIII en la nueva España, se acordó que el nuevo médico requería al menos 2 años de interno en Hospital de Jesús (fundado por Hernán Cortez en 1523) así



como aprobar 2 exámenes, uno ante el claustro universitario y otro ante el protomedicato. Ya en el México independiente el primer esfuerzo de una academia tutorial parecida a la de Halstead fue el internado de pregrado instituido en 1925. Es hasta el mes de abril de 1941 en el Hospital General de México en donde se inauguró la primera residencia en nuestro país iniciada y promovida por Gustavo Baz Prada secretario de salud en aquel momento (Martinez, 2009). De inicio el programa de residencia abarcaba rotaciones por especialidades como (Cirugía Medicina Interna y Ginecología) se vivía en el hospital y duraba de 1 año a año y medio. Durante el mismo año se iniciaron las residencias en Hospital Infantil y en el Hospital Militar, posteriormente al inaugurarse los nuevos hospitales e institutos como Cardiología, Nutrición, Gea González etc. Lo hacían con su propio programa de residencia. Las residencias cambiaron a ser específicas a principios de los años 1950s, pero aún hace tan solo 20 años fueron prolongadas en promedio un año (Martínez, 2009).

Se puede observar que la residencia es un sistema relativamente joven no solo en México, sino en el mundo y que su éxito al formar médicos con mejores herramientas para enfrentar las distintas patologías del ser humano es innegable, dicho esto como todo fenómeno cultural debe ser susceptible de evaluación y evolución acorde al servicio de la sociedad que lo demanda.

Conclusión: la residencia medica es la forma en la que actualmente el país forma nuevos especialistas. Inicia en Europa en el siglo XIX y ha evolucionado hasta nuestros días. En México un esfuerzo académico parecido inicia en 1925 con el internado de pregrado y es en 1941 que se inicia la residencia medica como tal y en general se puede decir que la residencia medica en México tiene una historia aun breve.



2.4 Mapa curricular en la educación quirúrgica

El mapa curricular se trata del perfil y conjunto de conocimientos y habilidades con que el alumno de especialidad quirúrgica tiene que terminar su entrenamiento para considerarlo exitoso. Actualmente se ha propuesto el enfoque basado en competencias que promueve el aprendizaje desde el enfoque del saber hacer y saber ser, como la alternativa más completa del conocimiento integrado a la vida diaria del ejercicio profesional del alumno. El expuesto actualmente se basa en una competencia profesional ascendente en cuanto a grado de complejidad y de responsabilidad, sin embargo aunque en teoría luzca con una lógica fácil de llevar, muchas de las competencias puntuales no se alcanzan a cubrir o bien, algunas otras se encuentran solo destinadas a unos cuantos centros, por otra parte el mapa curricular también suele ser interpretado de manera errónea otorgando nulas posibilidades de visualizar directamente una subespecialidad antes de que se tome la decisión de cursarla por lo que indirectamente propicia deserción a estas últimas (Angulo, 1994). Esto es evidente, por ejemplo, en el sistema IMSS dentro de la subespecialidad de neurocirugía en donde se considera adecuada su rotación en un segundo año, pero por otro lado los candidatos a la subespecialidad deben tomar la decisión al término del primer año sin haber conocido formalmente un servicio de esta especialidad.

La visión de un mapa curricular proporciona la posibilidad de tener una visión gráfica del desarrollo del educando y favorece cambios estratégicos en beneficio del producto final del proceso de enseñanza – aprendizaje.

En el desarrollo general del mapa curricular de acuerdo con el que se plantea,

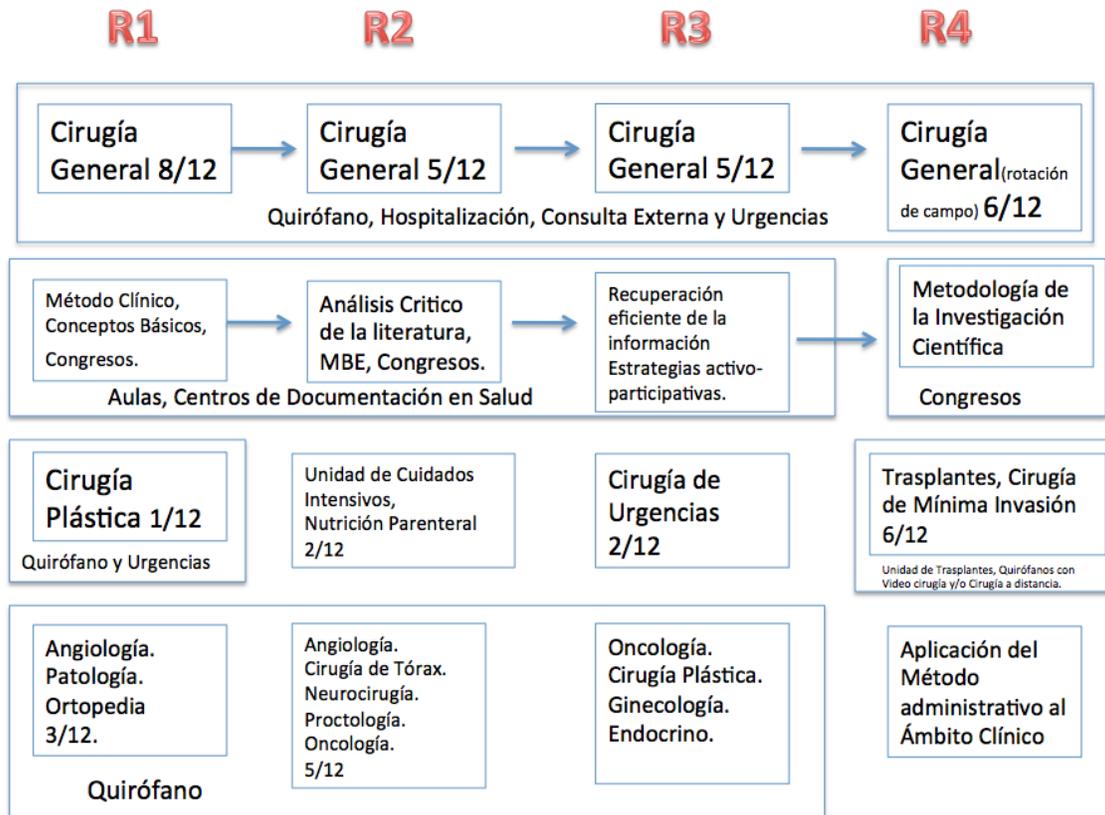


presenta rotaciones por servicio (IMSS) o bien por seminarios de atención médica (UNAM). En uno u otro cuenta con el sentido del ascenso gradual a problemas de mayor complejidad y desarrollo de las habilidades requeridas para resolver estos. Particularmente la UNAM divide sus ejes de aprendizaje en los seminarios ya comentados complementándose con un programa de estudios del trabajo de atención médica, un seminario de investigación y finalmente un seminario de educación. El IMSS propone un sistema integrado en donde todos los seminarios formen módulos a desarrollar acorde con el nivel del alumno. Esta asimilación permite ver de primera mano cómo se torna confuso el desarrollo de ambas visiones porque, por poner un ejemplo hospitales de gran prestigio como SIGLO XXI o LA RAZA, deberían tener al mismo tiempo ambos programas funcionando en su totalidad por pertenecer al IMSS y tener como órgano académico a la UNAM (Cervantes 2016, Rhodes, 2004).



Figura 1.

Mapa Curricular del Programa Académico de Cirugía General



Nota: Adaptado de Programa Académico Cirugía General IMSS

Como se observa en la Fig. 1 el mapa curricular del curso de Cirugía General, al menos en el sistema IMSS se basa en rotaciones mensuales por el propio servicio, en donde el educando desarrolla junto a un tutor y con un nivel de reto ascendente las actividades propias del cirujano en su día a día. Esto se lleva a cabo teniendo como escenarios el quirófano, la consulta externa, la valoración y manejo de pacientes hospitalizados y la valoración y manejo de pacientes quirúrgicos en el servicio de urgencias. Las rotaciones se complementan con estancias en servicios de apoyo como Nutrición Parenteral y la Unidad de Cuidados Intensivos o bien por subespecialidades



como Angiología, Cirugía de Tórax, Oncocirugía etc. En estos últimos el escenario propuesto es solo el quirófano.

Además de estas rotaciones mensuales, el alumno lleva un segundo pilar de conocimientos que le ayudan en el desarrollo de su experticia médica junto al ejercicio profesional de la medicina, esto se refiere a la metodología de la investigación científica la cual busca un espíritu formativo que evolucione a propositivo de acuerdo el grado en que se encuentre el alumno. Los congresos médicos guardan importancia en este apartado pues permiten el intercambio de conocimientos y la amplitud del criterio y acervo cultural del educando.

Este tipo de mapas curriculares son la propuesta base de las diversas instituciones académicas formadoras de cirujanos y aunque se advierten con mayor profundidad fortalezas y debilidades más adelante. Cabe mencionar como un primer acercamiento que en general se torna confuso pues no presenta tiempos estipulados para todas las rotaciones y por otra parte desestima el verdadero balance que guarda en la práctica cada uno de los pilares ya comentados (Cervantes 2016).

Conclusiones: actualmente se utiliza un aprendizaje por competencias dentro del currículo de la residencia; hay una heterogeneidad en la aplicación del currículo en los distintos centros lo que supone un problema importante, incluso el marco curricular tiene a presentar diferencias puntuales dentro de los desarrolladores principales de los mismos.

2.5 CIFRHS y ENARM

CIFRHS son las iniciales de la Comisión institucional para la formación de recursos humanos en salud, órgano que instaura reglas para el ingreso a posgrados de



especialidad médica mediante el examen nacional para aspirantes a residencias médicas o llamado ENARM.

La idea de aplicar un instrumento para la selección de aspirantes a residencias medicas surge en 1973, momento en que las instituciones de salud con base en el creciente número de médicos que demandaban una especialidad ofrecieron escogerlos básicamente mediante el promedio de su licenciatura, posteriormente se fundó un convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Facultad de Medicina de la UNAM y así fue como se creó el Comité de Evaluación para Aspirantes a Residencias Medicas. El primer examen compartido llegaría hasta 1977 y de hecho hasta 1985 el concurso era para ingresar a residencia rotatoria en donde habría una nueva selección basada en el comportamiento mostrado para poder ser seleccionado a una especialidad de manera formal. Es a partir de 1986 que los médicos concursaron para ingresar directamente a los cursos de las diferentes especialidades (Allende, 2001).

El 18 de octubre de 1983 se crea por acuerdo presidencial la CIFRHS la cual presenta dentro de sus atribuciones la de encontrar las zonas de coordinación de las instituciones educativas y de salud durante la carrera profesional de los recursos humanos para la salud. Así como proponer los criterios para seleccionar alumnos de nivel técnico hasta postgrado dentro del sector salud, de este modo la CIFRHS está constituida por representantes de la secretaria de educación Pública (SEP) la SSA el IMSS el ISSSTE el Sistema Nacional para la Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Colegio



Nacional de Educación Profesional Técnica, la secretaria de programación y presupuesto (hoy Secretaria de Hacienda) , La Academia Nacional de Medicina y la Coordinación Nacional de Institutos Nacionales de Salud. La CIFRHS está precedida por el Secretario de Educación y Secretario de Salud y consta de 4 comités a saber: planeación y evaluación, enseñanza de pregrado y servicio social, enseñanza de postgrado y educación continua (CEPEC) y de formación de personal técnico (Allende, 2001).

La CEPEC es la encargada actual de diseñar aplicar y publicar resultados del ENARM el cual tiene como objetivo seleccionar a los médicos para la realización de cursos de especialización profesional, con el fin de satisfacer sus proyectos necesidades y demanda en relación con el aprovechamiento de los recursos institucionales destinados a la educación médica. El ENARM ha pasado por diversas crisis y se ha mostrado en más de una ocasión permeabilidad a eventos de corrupción, por lo cual actualmente se realiza un sistema cerrado mediante ordenador en donde a cada alumno le corresponde una versión aleatoria y su resultado le es otorgado de inmediato (De Allende 2001).

Actualmente en la carrera de cirugía general deben entrar como pie de rama aquellos médicos que desean especialidades como: Neurocirugía, Angiología, Urología, Cirugía plástica, Cirugía Cardiovascular, Oncocirugía, Cirugía de Tórax y Cirugía Coló-rectal. De las anteriores, solo las últimas tres solicitan un cirujano totalmente formado por lo que se presenta una doble situación que impide formación de cirujanos: por una parte, todos los que ingresan y son derivados a subespecialidad como pie de rama, nunca terminan la especialidad para la que cursaron el ENARM. Por otro lado, los que se derivan en especialidades terminales en el mayor porcentaje tampoco terminan ejerciendo la



cirugía general. De estos puntos nacen ciertas columnas de la crisis que actualmente vive la especialidad (Hernández, 2010).

Concluyendo: la selección de los médicos residentes se realiza mediante un examen creado por un organismo interinstitucional a partir de 1977 y que ha evolucionado hasta la herramienta que se utiliza en la actualidad que se realiza mediante ordenador y se entrega de manera aleatoria con resultados inmediatos. La cirugía es pie de rama de 8 subespecialidades lo que determina una disminución de facto en el número final de cirujanos formados en la teoría y en la práctica.

2.6 Modelos en la práctica quirúrgica

Por una parte se observan modelos mecánicos, electrónicos, virtuales o incluso animales que simulan un estímulo que deriva en una reacción por parte del alumno la cual, funciona como eje para la respuesta teórico técnica en la formación de destrezas quirúrgicas, ya que según se ha observado se acorta el tiempo de adquisición de la destreza minimizando la curva de aprendizaje, además, promueve una disciplina quirúrgica adecuada, pese a estas ventajas actualmente aún no están totalmente integrados a todas las escuelas quirúrgicas del país, pero su aceptación va en crecimiento. Por otra parte, están aquellos modelos que versan sobre el cúmulo de estrategias y enfoques clásicos por medio de los cuales se lograra un producto determinado en tiempos convencionales (Gonzalez, 2015). Dentro de la educación quirúrgica se puede decir que el cirujano que la población requiere es, basado en lo dicho por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (2008)

- Técnicamente competente (que haga bien lo que como cirujano tiene que hacer).



- Socialmente relevante.
- Comprometido con la calidad y el trabajo en equipo.
- Que sea un profesional íntegro anteponiendo siempre el interés del paciente.

Para estos objetivos, se planea trabajar en puntos centrales que bien pueden manejarse como niveles en los cuales las estrategias tienen que impactar, estos niveles y competencias se encuentran descritos en la siguiente tabla.

Tabla 1.

Perfil deseable del cirujano del siglo XXI.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
La pericia quirúrgica	Profesionalismo	Colaboración y trabajo en equipo
Destreza clínica	Juicio y toma de decisiones	Administración y liderazgo
Procedimientos técnicos	Comunicación	Calidad
Actitudes y cualidades quirúrgicas al proveer cuidados quirúrgicos	Academia	Práctica basada en sistemas
	Promoción de la salud	

Nota: Adaptado de Porras (2016)



Así entonces se conoce que los modelos que se han puesto en práctica para lograr este desarrollo e el alumno a lo largo del tiempo son:

1. Modelo conductista de retroalimentación positiva y negativa (Pávlov)
2. Modelo constructivista con enfoque humanista (Piaget, Vygotski, Ausubel)
3. Modelo Basado en competencias (Boyatzis entre otros)
4. Modelo basado en sistemas (Bertalanffy entre otros).

La evolución propia de la sociedad, el desarrollo de nuevas formas de ver el proceso educativo y el análisis de resultados, han otorgado que actualmente más de un modelo sea utilizado en las diversas escuelas quirúrgicas del país por lo que tal vez este factor forma parte del conjunto de razones que explican la heterogeneidad de resultados hoy día.

En conclusión: los modelos de practica quirúrgica se refieren bien a las herramientas emuladoras de una acción quirúrgica determinada o bien se trata de estrategias estructuradas de elementos facilitadores de competencias necesarias para la realización profesional. Todo ello, forma en su conjunto el fenómeno educativo y que a lo largo del tiempo ha observado evolución en sí mismo migrando del modelo conductista al de competencias o sistemas.

2.7 Historia política y legal de la educación quirúrgica

2.7.1 Introducción

Archundia (2014, p. 1) menciona que “La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano; su evolución ha acompañado los cambios sociales,



económicos y culturales a lo largo del tiempo”. Es así comprensible que una sucesión de hechos que tendieron a organizarse con cada evolución cultural dé como resultado las actuales estrategias para la educación quirúrgica. Indudablemente el acervo que hoy en día se tienen al respecto debe haber iniciado junto con la historia del hombre, el método de ensayo y error y la tradición oral. Diversos eventos han tendido los rieles sobre los cuales la medicina y la cirugía han sentado su proceso educativo por lo que es importante describir y analizar los más importantes como a continuación se mencionan de acuerdo con la etapa temporal en que sucedieron.

2.7.2 La cirugía a través de la historia

Los procedimientos para preservar la salud del ser humano han estado con el hombre desde inicios de los tiempos, conforme la humanidad avanza a modos de civilización más compleja estos conocimientos también sufren una evolución y tienden a sistematizarse, previo al paso de tropiezos y estancamientos pero también con presencia de algún evento revolucionario, la cirugía se ha vuelto una aliada de la salud del ser humano pero entender su desarrollo nos permite también asimilar sus yerros y potencialidades.

2.7.3 Prehistoria

La etapa prehistórica muestra mediante análisis de restos óseos rudimentarios procedimientos tales como amputaciones reconstrucciones dentales y trepanaciones. Al parecer estas últimas más por razones rituales o mágicas que por un hecho quirúrgico precedido de diagnóstico médico. Las interacciones y procesos por los cuales estos conocimientos eran otorgados podrían no conocerse a ciencia cierta, es por eso que con la invención de la escritura se tienen los primeros códigos que aumentan la información



que al respecto se tiene, uno de ellos es el de Hammurabi que relata procedimientos y honorarios o castigos para los cirujanos de aquel tiempo, sin embargo, nada nos dice sobre la educación o entrenamiento previo de estos individuos. Si bien el historiador Heródoto da una pista al comentar que cada habitante de Babilonia era como un médico aficionado pues se solía llevar a los enfermos a la plaza pública para recibir consejos y remedios de los demás habitantes, quizá este fue el inicio del hospital como se conoce hoy día (Martinez, 2009).

En la India durante el año 100 DC existió un cirujano llamado Susruta (Quijano, 1999) el cual participó en libros que detallaban instrumental quirúrgico, su uso y las reglas de formalidad de un cirujano, así como procedimientos como la reconstrucción nasal. Dados estos antecedentes, no es difícil suponer que Susruta fue también uno de los primeros en intentar una sistematización de la enseñanza quirúrgica, aunque estos datos no se encuentran tan evidenciados en sus escritos.

2.7.4 Medicina griega y romana

Los griegos formaron los primeros lugares destinados al tratamiento de los enfermos además de ser aquí donde se conocen las primeras escuelas de medicina y cirugía de la antigüedad. Uno de los pasos más trascendentales fue atribuir antes que nadie la enfermedad como resultado de un proceso no mágico. En la cultura griega la medicina fue reconocida como conocimiento universal y por tanto se otorga estatus de herramienta no prescindible para el desarrollo cultural de la civilización.

Como lo menciona Gargantilla P. (2011) El Corpus Hippocraticum fue referido a Hipócrates de Cos, un célebre médico del cual aún se reconoce su trabajo ético con el



juramento hipocrático usado hasta la fecha. A pesar de la importancia y trascendencia de los conocimientos médicos desarrollados por los griegos muy probablemente esta cultura no hubiera desarrollado su influencia en el mundo de no ser por dos hechos político-bélicos suscitados a lo largo de su historia, teniendo en primer lugar las guerras de conquista de Alejandro Magno y posteriormente el dominio por parte del imperio Romano. De ellas un bastión sobresaliente fue la Alejandría del delta del Nilo que albergó a la icónica biblioteca de Alejandría con posiblemente más de 700 000 volúmenes y a la primera escuela quirúrgica que data en la historia. Los principales exponentes de la escuela quirúrgica de Alejandría fueron de acuerdo con Quijano (1999) Herófilo y Erasístrato alrededor del 340 a.C. los cuales contribuyeron con descripciones anatómicas en ojos, intestinos, sistema circulatorio y estructuras nerviosas entre otros y desarrollaron la idea sobre la preponderancia de los órganos dañados en el cadáver como clave para el reconocimiento de la enfermedad y no los “humores”. En la escuela hipocrática el primer deber era curar, por lo que la enseñanza se sujetaba a la experiencia y el tiempo que un discípulo estaba con su maestro sin un proceso realmente armado para estos tiempos.

Sin embargo, existió una escuela paralela representada por el médico llamado Cnido (Archundia 2014) quien tenía como enfoque primario el conocimiento más que el servicio por lo que se puede deducir que este último tendría un proceso educativo más depurado sin embargo poco escrito hay sobre él y la producción de Hipócrates fue infinitamente mayor.

Se sabe que ya en la Grecia Helénica, hubo lugar dado el nivel de organización, de los primeros congresos y la validación de títulos mediante asamblea del pueblo, luego



del cual se ponía al servicio del nuevo médico un lugar para ejercer mientras que los tratamientos eran cubiertos por el estado. También en este momento de la historia fueron permitidas las disecciones vivas (en animales) y en cadáveres. Estas prácticas les valió el repudio de algunas corrientes que perdurarían durante el oscurantismo (Majno, 1992).

Para Roma los inicios de la medicina fueron de desconocimiento dado que su enfoque fue, que la cirugía era moralmente incorrecta y muchos médicos no podían vivir solo del ejercicio de su profesión. El médico y escritor Celso hizo una amplia recopilación de lo que los cirujanos ejercían por aquel tiempo, Galeno es el principal actor de esta época y a él se le debe entre otras cosas la relación entre la función de los órganos y el flujo sanguíneo, así como conocimientos de la inervación motriz. La medicina militar romana fue en donde la cirugía alcanzó máxima importancia teniendo cada legión hasta 24 cirujanos a su servicio y desarrollando hospitales en campaña, que ya en instalaciones permanentes cambió su nombre a Nosocomio y permitió el desarrollo de centros de aprendizaje, aunque la mayor parte del acervo y recurso humano era importado de oriente o Grecia (Majno, 1992).

Posterior a la caída del imperio, la medicina fue desalentada y solo algunos cirujanos Bizantinos y del mundo musulmán quienes más que revolucionar preservaron y recopilaron los conocimientos de las culturas griega y romana. Abulcasis cirujano de la época (Archundia 2014) destacó por la realización del primer libro con ilustraciones de cirugía el cual fue utilizado por toda Europa.

2.7.5 La edad Media

Este fue un periodo de casi 10 siglos posterior al fin del Imperio Romano de Occidente después del 476 d.C. conocida por el retroceso en el enfoque médico que



regresa al estilo holístico y mágico y se aparta de las enseñanzas de Hipócrates y Galeno. Por poner solo un ejemplo, la disección permaneció prohibida hasta 1480. En esta etapa fue en los monasterios donde se desarrolló una medicina de pequeños cuidados y fue ahí mismo donde se cultivó el proceso de enseñanza y aprendizaje (Semolin, 1980).

La primera escuela de medicina se instauró en Salerno a fines del siglo VIII que después de algunos años de florecimiento cedió su lugar a Montpellier Francia hacia el año 1200. Pronto se abrieron otras escuelas de medicina, La Facultad de Medicina de París fue abierta en 1280. Sin embargo, durante este florecimiento universitario las prácticas quirúrgicas no compartieron terreno académico y fueron degradadas a una práctica más vulgar y sin una preparación formal por lo cual los que la practicaban lo hacían como oficio siendo marcados por las batas cortas y el empobrecimiento cultural, estos se encontraban normalmente bajo las órdenes de los médicos y hacían labores quirúrgicas de bajo nivel que iban desde cortar el pelo hasta curar fracturas. Henri de Mondeville a mediados del siglo XI ejercía la cirugía desde una perspectiva diferente pues había sido un egresado universitario y discípulo de Teodorico de Babilonia, este cirujano estuvo en contra del postulado de supuración favorable. Las universidades rápidamente aceptaron a capacitar a barberos cirujanos quienes formaron la cofradía de San Cosme y San Damián en París para el 1258 formando el primer cuerpo colegiado de cirujanos (Archundia, 2014).

2.7.6 El Renacimiento

En esta época el uso de la pólvora demolió murallas y unido al descubrimiento de nuevas tierras junto con el desarrollo del humanismo y con este el enfoque del ser humano como medida de todas las cosas, se sentaron las bases para grandes avances



en el método y organización del aprendizaje y la concepción de la Medicina y la Cirugía. Ambrosio Paré un célebre cirujano militar de aquella época, demostró el efecto nocivo del cauterio y del aceite hirviendo y propuso la ligadura de vasos. El mismo Leonardo da Vinci regaló a la humanidad famosas observaciones y dibujos anatómicos (O'Malley, 1982 citado en Archundia, 2014).

El anatomista más destacado de esta época fue sin duda Andrés Vesalio, quien fue egresado de Montpellier y profesor de la Universidad de Padua, el cual a los 29 años publicó su obra *De Humanis Corporis Fabrica* con bocetos admirados aun hoy en día. A partir de él otros muchos profesores instauraron la anatomía y las investigaciones procedentes de ella como una forma de enseñanza basada en la disección, así tenemos a Eustaquio en Roma Alexander Monro en Edimburgo etc. Cabe señalar que la península ibérica contribuyó poco al estudio anatómico, tal vez por el férreo control religioso que reinaba en aquella zona (Paré, 1964 citado en Archundia, 2014)

Respecto a la fusión cultural dentro del descubrimiento de América por los europeos y los conocimientos quirúrgicos del nuevo mundo, se sabe que estos eran muy hábiles reduciendo fracturas y en suturar heridas con hilos muy finos tal vez cabellos o hebras de plantas así mismo controlaban el dolor con plantas narcóticas como peyote o toloache. Sin embargo, todas estas prácticas quedaron en el olvido y solo subsisten en relatos y crónicas (Cruz, 1991).

2.7.7 La investigación fisiológica

El paso lógico luego de conocer la forma, era el conocer la función y en este punto un inglés llamado William Harvey egresado de la Universidad de Padua fue conocido como el padre de la fisiología moderna gracias a sus estudios y demostración de la



circulación de la sangre. Posterior a este evento, Lavoisier explicó el fenómeno de la hematosiis y Estenon los movimientos musculares, en estos tiempos se realizó extensa cirugía experimental en animales resecaado órganos y segmentos de gran parte de ellos. A Petit en el siglo XVII como director de cirugía de Francia se le debe la creación de la enseñanza clínica basada en el estricto apego al paciente (Semolinos, 1984).

2.7.8 México y la Educación Quirúrgica como panorama general post conquista

Como lo mencionan Fernández y Hernández (1965) en su libro *El tribunal del protomedicato de la Nueva España*, desde el inicio hubo influencia, participación y organización por parte de las grandes universidades de España (Salamanca y Valladolid). Se organizó el Protomedicado a manera de colegio Médico y se legalizó el ejercicio de la medicina mediante presentación y certificación de estudios, aunque la mayoría eran de zonas peninsulares. Martín de la Cruz fue el primer Médico mexicano, graduado por parte del colegio de Santacruz en Santiago Tlatelolco. En 1579 iniciaba la cátedra de Medicina en la Real y Pontificia Universidad de México (posterior UNAM).

Pese a estos movimientos la Cirugía tal y como acontecía en Europa no terminaba de despegar, de hecho, el Protomedicado no dio su permiso a los cirujanos indígenas a ejercer y fue hasta 1621 cuando se iniciaron las ponencias de anatomía y cirugía. Fue necesario forzar el inicio de estas cátedras mediante la formación de la cofradía del señor de la salud. Un punto trascendente para el inicio de la formación como la conocemos hoy día se dio en 1719 cuando el Virrey Valero dispuso como obligatorio la práctica de internado durante dos años antes de sustentar el examen de médico cirujano con lo que también se mencionaba por primera vez en América este título compuesto (Martínez, 2009). Durante todo el virreinato se obtuvieron numerosas publicaciones de cirugía como



fue “Suma y Recopilación de Cirugía” de Don Alfonso Pérez, aunque siempre con la sombra de la censura impuesta por el santo oficio. Estos hechos tuvieron principal relación con el retraso en materia científica y medica que el México independiente tuvo frente a los otros países europeos (Flores, 1982).

2.7.9 Cirugía en el siglo XIX

Cuatro fueron los grandes puntos en los que se innovaron el desarrollo de la cirugía contemporánea:

- Se consiguen los principios para el conocimiento bacteriológico de la cirugía otorgando el beneficio a las técnicas asépticas y antisépticas.
- El control de los fármacos anestésico y su consecuente tratamiento al dolor.
- La práctica quirúrgica fundamentada en hechos científicamente comprobados.

Con estos conocimientos la práctica y enseñanza de la cirugía se catapultó y fue hacia 1878 cuando se generalizó el uso de hilos previamente esterilizados en calor. Sobre el resto del siglo hubo grandes avances y nombres como es la concepción por Virchow de “la célula como el centro de los cambios patológicos en los organismos” y por otra parte las bases de la experimentación científica por Claude Bernard (Archundia 2014 p. 37).

Mientras estas cosas sucedían en el mundo, México era convulsionado por una serie de situaciones políticas que lo pusieron en desventajas tales como guerra de independencia, guerras internas e intervenciones extranjeras, sin embargo, la educación médica y quirúrgica se separó de la estructura clásica de la Colonia durante 1833 gracias a la Participación del Medico Valentín Gómez Farías, quien previó a la independencia había consultado casi de manera secreta obras francesas y de hecho llegó a estar en el tribunal de la inquisición. Ya en el México Independiente este reformador organizó el



establecimiento de las ciencias médicas y nombró director a Casimiro Liceaga, estableciendo materias en la carrera de médico cirujano que en antaño fueron casi prohibidas como la patología, la fisiología y la química. Con estos cambios para 1886 había registrados 250 médicos titulados de las escuelas de medicina en México (Flores, 1982).

Los EUA participaron sobre todo con aportaciones a fines del siglo XIX y el centro neurálgico más importante de la cultura medica fue Baltimore al ser ahí el nido de la creación de William Osler “Principios y Práctica de la Medicina”, que rápidamente se volvió un libro de texto y dio un prestigio al lugar (Jonhs Hopkins Universidad), a tal grado que favoreció que William Halsted instalara la primera escuela quirúrgica de EUA y que Howard Kelly hiciera lo propio con la primera escuela de ginecobstetricia (Flores 1982).

2.7.10 Cirugía en el Siglo XX

Los principios de la técnica quirúrgica moderna aparecieron en la universidad mexicana junto con cirujanos como Darío Fernández estableciendo en 1917 la cátedra de cirugía experimental y Julián González Méndez haciendo su parte en 1929 tras fundar la cátedra de técnica quirúrgica en animales en la cual se constituían todos los principios que debería guardar una verdadera academia, instituyéndose así finalmente una escuela. Dentro del desarrollo didáctico del siglo XX se establecieron las primeras diferenciaciones quirúrgicas o subespecialidades, tal vez por requerir de un cuidado mayor o de un enfoque técnico diferente oftalmología otorrinolaringología y neurocirugía fueron las primeras en aparecer. Para 1948 adelantos técnicos permitían la cirugía de corrección valvular en el órgano cardíaco y en 1952 El Doctor Clemente Robles informó las primeras cirugías de miocardio en México (Archundia, 2014).



2.7.11 Cirugía en el Siglo XXI

Existen fenómenos que han logrado que en solo 17 años de este siglo se observen amplias mejoras en los sistemas de enseñanza y aplicación de la cirugía, pueden fundamentarse en los siguientes fenómenos tal y como lo menciona Archundia (2014).

1. Informática.
2. Revolución quirúrgica por video asistencia.
3. Telemedicina y robótica.
4. Biología Molecular y Auxiliares de diagnóstico

Por último, la interpretación del escrito médico por medio de las bases de la medicina basada en evidencias permite elegir dentro de una colección interminable de información aquella que sustenta argumentos más reproducibles y eficaces (Archundia, 2014).

Conclusiones: desde la prehistoria, el ser humano se interesó por el bienestar ante la enfermedad y accidentes que menoscaban la calidad de vida. Pocos de estos esfuerzos llegan al conocimiento por la carencia de escritura y es hasta la época griega y romana cuando realmente se siembran las bases de la medicina y en algunos casos de la cirugía. Posterior a la caída del imperio romano inicia la edad media en donde existe un enlentecimiento en el desarrollo de la teoría, técnica y tecnología médica por diversas razones. Posterior a ello, surge el renacimiento el cual da un nuevo empuje a la base teórica de la medicina buscando las causas de las alteraciones a la salud desde un punto de vista positivista. Mientras esto sucede en el mundo, en la entonces Nueva España, la Medicina y su práctica son reguladas por la propia institucionalidad de la corona española con una subordinación en los avances y los controles. Ya en el siglo XIX se obtiene el



conocimiento biológico en la cirugía con los principios de antisepsia, la anestesia y los hechos científicamente comprobados. El siglo XX a su vez se caracteriza por sus avances tecnológicos y el XXI por la integración de las tecnologías de la información al mundo de la medicina.

2.8 Bases pedagógicas de la investigación en contexto -La educación quirúrgica y la residencia médica-

La residencia médica es un entrenamiento de postgrado que actualmente es el principal medio para conseguir una especialidad médica, se trata de un entrenamiento de tiempo completo con residencia dentro del hospital (de ahí su nombre) el cual cuenta con aval universitario. Inició en Austria por el célebre cirujano Teodoro Billroth en el siglo XIX. En este lugar se exigió rotación por anatomía patológica, bioquímica y medicina interna. El sistema otorgó grandes cirujanos que diseñaron técnicas que aun hoy día son utilizadas, uno de sus alumnos más trascendentes William Halstead promovió el inicio de este entrenamiento de manera más formal en el Hospital John Hopkins en Baltimore y fue ahí donde nació la residencia como se conoce hoy al instaurar jornadas de trabajo con guardias y residir en el hospital como parte del entrenamiento. Al observar los resultados otros médicos especialistas como Howard Kelly de Ginecología y conforme las generaciones de alumnos egresados empezaron a ocupar cátedras universitarias y el sistema se generalizo por toda Norteamérica (Quijano, 1999).

Fue el en el siglo XVIII en la nueva España, donde se acordó que el nuevo médico requería al menos 2 años de interno en el Hospital de Jesús (fundado por Hernán Cortez en 1523) así como aprobar 2 exámenes, uno ante el claustro universitario y otro ante el



protomedicato. Ya en el México independiente el primer esfuerzo de una academia tutorial parecida a la de Halstead fue el internado de pregrado instituido en 1925. Es hasta el mes de abril de 1941 en el Hospital General de México en donde se inauguró la primera residencia en nuestro país inaugurada y promovida por Gustavo Baz Prada secretario de salud en aquel momento. De inicio el programa de residencia abarcaba rotaciones por especialidades como (Cirugía, Medicina Interna y Ginecología) se vivía en el hospital y duraba de 1 año a año y medio. Durante el mismo año se iniciaron las residencias en el Hospital Infantil y en el Hospital Militar, posteriormente al inaugurarse los nuevos hospitales e institutos como Cardiología, Nutrición, Gea González etc., lo hacían con su propio programa de residencia. Las residencias cambiaron a ser específicas a principios de los años 50s, pero aún hace tan solo 20 años fueron prolongadas en promedio un año. (Quijano 1999).

Se puede observar, que la residencia es un sistema relativamente joven no solo en México, sino en el mundo y que su éxito al formar médicos con mejores herramientas para enfrentar las distintas patologías del ser humano es innegable, dicho esto como todo fenómeno cultural debe ser susceptible de evaluación y evolución acorde a las necesidades de la sociedad a la que sirve.

2.8.1 Corrientes pedagógicas y desarrollo curricular de la educación quirúrgica

Es evidente que desde que el ser humano resolvió sus problemas básicos de subsistencia y creó patrones de vida en comunidad o desde incluso antes, tuvo la necesidad de organizar los conocimientos que favorecían su desarrollo y el de los suyos, probablemente los orígenes de un currículo están presentes desde aquellos tiempos, sin embargo, la concepción original es el resultado de múltiples aportes a lo largo de la



historia. Se tiene, por ejemplo, la introducción del examen por parte de China, la escuela griega con su humanismo, la educación bilingüe manejada por Roma (Portilla, 2013), finalmente la educación medieval (Schara, 2006) introdujo un compendio de disciplinas a desarrollar durante la educación formal y que se conoce como la antesala de lo que hoy llamamos currículo siendo estos los modelos llamados *Trívium* (Gramática, Retórica y Dialéctica) y *Cuatrívium* (Aritmética, Astronomía, Geometría y Música).

Hasta entrada la revolución industrial no hubo una marcada necesidad de evolucionar e integrar los métodos de aprendizaje, pero a partir de inicios del siglo 20 toda una cascada de desarrollo a este respecto se dio y para ello múltiples personajes desarrollaron conceptos o bien propusieron herramientas estructurales del mismo. Hacia 1918 Franklin Bobbit estableció con su obra "*The Curriculum*" el currículo como el rango total de experiencias dirigidas o no que están comprometidas a desarrollar habilidades en el individuo. Para mediados del siglo, Tyler uno de los autores más comprometidos con estos temas identificó como tareas del currículo la selección de contenidos y su organización, la secuencia con principios psicológicos y la determinación y evaluación con métodos adecuados (Sanz, 2004).

Hacia 1962 Hilda Taba, otro pilar del desarrollo curricular plantea de acuerdo con la traducción de Albert (1974) elementos que deben constituir al currículo siendo estos: metas y objetivos específicos, selección y organización del contenido, patrones de aprendizaje y enseñanza y un programa de evaluación de los resultados. A partir de este modelo de elementos el currículo se desarrolla con un sentido más específico y en relación con los elementos ya señalados. Por su parte, tal como lo menciona Angulo (1994) Robert Gagné en 1967 propone al currículo como una secuencia de unidades que



favorecen la instrucción al ir encadenando aprendizajes simples para la realización de otros más complejos. A partir de los años 70 se han ido desarrollando de acuerdo con el momento y contexto específico, una serie de enfoques curriculares que, si bien parten de los conceptos clásicos de Tyler y Taba, proponen cada uno cierta óptica y en general relacionan con una propuesta de integración y reconocimiento de un hábitat específico en el cual el currículo puede establecerse (Angulo, 1994).

De acuerdo con lo mencionado por Luna (2011), entre los enfoques más representativos están el de racionalidad tecnológica abanderado por Glazman e Ibarrola que aportan una fundamentación teórica sistémica. Por su parte el enfoque reconceptualista, tiene un abordaje crítico y de naturaleza sociopolítica, en donde la fundamentación teórica es más heterogénea y pasa desde el pragmatismo de Stenhouse al paradigma hermenéutico y etnográfico de los reconceptualistas pasando por el constructivismo de la propuesta modular. Por último, se encuentra el enfoque constructivista e integrador más contemporáneo abrazado por Colt y Díaz Barriga, este último con un abordaje más heurístico que el primero con las teorías del aprendizaje de construcción del conocimiento diseñadas por Piaget, Vygotsky y Ausubell.

De acuerdo con Miller (1993) la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget es tanto una de las más citadas como de que más controversia actual causa. Gracias a ella la óptica en el desarrollo del niño cambió para siempre y no pudo ver más cómo este depende no solamente del ambiente, sino que su propia estructura va dictando de forma ordenada cómo se aprecian los estímulos externos. Es importante conocer estas etapas aun en la docencia dirigida a adultos debido a que otorga conocimiento en el desarrollo



de operaciones formales como última etapa a alcanzar, misma que es del todo necesaria al momento de instaurar una relación de enseñanza aprendizaje.

Lev Vygotsky fue un psicólogo ruso en tiempos de la revolución rusa y el triunfo de esta. Para Vygotsky (1962) el lenguaje es una herramienta decisiva en el desarrollo psicológico del niño, (teniendo en este concepto la principal diferencia con Piaget) este elemento lo divide en el habla social, el habla egocéntrica y el habla interna. Más adelante el mismo Vygotsky (1978) desarrolla lo que sería probablemente la aportación más importante para la psicología dentro de la llamada “zona de desarrollo proximal” señalando aquello que el niño aun no puede hacer por sí mismo pero que está próximo a desarrollar y que se conseguirá gracias a la interacción con adultos u otros niños que tienen adquirida la habilidad. Este fenómeno, actualmente se puede aplicar dentro de la pedagogía para adultos, pues los mismos principios de la zona de desarrollo próximo están presentes.

La teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel (1983) propone una respuesta a cómo aprenden los seres humanos y por qué se tienen inconsistencias en el proceso. Ausubel propone en síntesis que se aprende a partir de la estructura cognitiva previa con la cual se relaciona la nueva información; se reconoce la necesidad de la disposición para aprender y coloca al aprendizaje significativo en uno de tres tipos a saber: aprendizaje de representaciones siendo este el más simple y del cual dependen los demás, aprendizaje de conceptos los cuales se dan básicamente por asimilación y aprendizaje de proposiciones, mismas que van más allá de la simple asimilación ya que es necesario captar ideas y relacionarlas. La teoría del aprendizaje significativo es el LA más vinculante de las teorías clásicas del desarrollo cognitivo y del aprendizaje en el



proceso de enseñanza y aprendizaje de los adultos y se busca adaptarla a las estrategias actuales de adquisición de habilidades por parte de los alumnos dado que da respuesta a la necesidad de un eje profesor-alumno como principal motor del aprendizaje.

Respecto al desarrollo del campo del currículo en México, se puede decir de acuerdo con Barrón (2010) se da en los inicios de la década de los 70s, como parte de la expansión del pensamiento educativo de los EUA. El campo de acción curricular ha estado en cerca del 80% relacionado con la educación superior (Díaz Barriga, 2003). Esto probablemente en consecuencia de la centralización que la SEP guarda con respecto a la educación básica. El desarrollo curricular universitario se centra en los trabajos de Glazman e Ibarrola ya comentados anteriormente y es a partir de estas bases que se construye en la UNAM el plan A 36 en la Facultad de Medicina, mismo que es permeado a otras partes de la república. Otro ejemplo del desarrollo curricular de ese tiempo fue el cogobierno en arquitectura. Junto a esto con la reforma del 76 por parte del presidente Echeverría se impulsó la creación del CCH que junto con los modelos ya descritos pretendían incorporar al alumno de forma más activa en el proceso de enseñanza aprendizaje y por otra parte centrar núcleos de conocimiento en módulos de información dejando atrás a el modelo basado en disciplinas aisladas unas de otras (Barrón Tirado, 2010).

Durante los setenta y mediados de los ochenta es evidente la dificultad para crear un método único para el diseño evolución y evaluación curricular, sin embargo, estos esfuerzos estaban alrededor de los enfoques técnicos- sistémicos y algunos de sus fundamentos estaban en relación con la escuela de Frankfurt desde el enfoque fenomenológico, neo marxista y existencial. Hacia los inicios del siglo XXI los principales



temas tienen que ver con la conceptualización del campo de formación teniendo como eje al alumno dentro de un entorno constructivista el cual es en general la perspectiva que asume la formación del profesional (Sanz, 2004).

2.8.2 Evolución curricular dentro de la carrera de Medicina

El desarrollo curricular en medicina al igual que en otros sectores, ha pasado por una evolución y por diferentes ópticas de acuerdo con el autor dominante de cada etapa y de condiciones socioculturales que favorecieron cada uno de los periodos en algunos casos por ser la opción más adecuada a la problemática de la época dada y en otros casos por un sentido más pragmático. En todo caso, analizar el desarrollo curricular muestra aciertos y desaciertos, así como, la creación de inercias de las cuales probablemente se pueda depender sin siquiera notarlo.

Los factores de mayor densidad que han orquestado cambios curriculares trascendentales de han dado paso a paso. En realidad, la historia curricular en cuanto a la carrera de medicina se refiere es tan antigua como el mismo desarrollo curricular pues se sabe (Narro, 2004) que el modelo educativo clásico se centra en el trabajo de Abraham Flexner quien en 1910 publicó los resultados de su análisis de las escuelas de medicina de Norteamérica con un enfoque crítico basado en la escuela europea y sienta como conclusiones destacadas la presentación del modelo académico 2:2:2 en el que el alumno tendrá 2 años de materias básicas, para seguir con dos años de materias clínicas y terminar con dos años de materias prácticas. Este modelo surgió como un parteaguas y se estableció como estándar mínimo de la didáctica médica.

El llamado modelo de Miller de acuerdo como lo expone González (2015) supuso también un aporte trascendental dentro del desarrollo curricular, particularmente por el



enfoque de evaluación para las competencias del médico clínico, Este autor propone acciones piramidales las cuales van de mayor a menor complejidad iniciando con el saber y continuando gradualmente con el saber cómo, demostrar cómo y por último hacer. Esta descripción encontró resistencia por no tomar en cuenta el hábitat particular del proceso de aprendizaje y con el tiempo evolucionó a la propuesta de la Universidad de Cambridge que incluía tanto las influencias del sistema y del individuo completando así una propuesta de evaluación que sienta las bases para los modelos de la actualidad.

Posteriormente hacia 1967 en España un par de universidades hicieron un par de aportaciones más, La Universidad Complutense realizó la ampliación de créditos necesarios para la titulación y al mismo edificó un modelo de presencia continua en el hospital hacia el último año de la carrera con lo que se edificaba lo que hoy se llama internado de pregrado. Por su parte, la Universidad de Madrid sustituyó el concepto de cátedra por departamentos de aplicación y dispuso una evaluación seriada de los mismos para que solo los que aprobaban el primero podían continuar con el segundo y así sucesivamente (Gonzalez, 2015).

En 1988 se realizó la primera conferencia mundial sobre educación médica y como resultado de ella se expone la declaración de Edimburgo en la cual se compromete a las escuelas de medicina del mundo a otorgar una garantía en lo referente a las competencias profesionales y valores socioculturales, además de instruir al cuerpo docente en estrategias de aprendizaje y no mantenerlos solo como expertos en la materia. Esta fórmula fue clarificada en Europa mediante la declaración de Bolonia en 1999 donde se establecen bases políticas y sociales para la creación de una organización inter europea que fomenta un espacio de educación homogéneo, competitivo y atractivo.



A partir de este comunicado se establecieron supuestos estándar con sus competencias para que cualquier egresado de medicina sea capaz de cuidar al paciente con una comunicación efectiva; que tenga un pensamiento analítico basado en sus conocimientos, establecer un mecanismo de retroalimentación de tal manera que su aprendizaje continua a lo largo de sus experiencias; desarrollo de sus habilidades de comunicación interpersonal; valores y profesionalismo y por último tener conciencia de los costos y beneficios para los pacientes (Gonzalez, 2015).

De acuerdo con lo mencionado por González (2015), en América una década más tarde (hacia 2014) La Asociación Americana de Colegios de Medicina (AAMC) define la APROC, como una unidad de competencia y/o habilidades confiables, o bien entendida como la unidad de trabajo que el estudiante puede lograr sin supervisión una vez que adquiere conocimientos necesarios mismos que, se encuentran relacionados con dominios similares a los ya comentados. Por su parte Canadá hace lo propio mediante CanMEDS en 2015, el cual es un marco curricular que hace hincapié en las competencias que cualquier médico debe dominar a su egreso universitario. Como punto relevante, este marco incluye también a especialistas y son determinados mediante 7 roles que incluyen al médico como persona experta, como comunicador, colaborador, líder, defensor de la salud, estudioso y profesional.

A manera de ejemplo y como evidencia de cómo el marco curricular ha tomado las anteriores recomendaciones en la formación de nuevos médicos se expone la siguiente tabla de características del mapa curricular de Médico Cirujano tanto en la UNAM como de la universidad de Harvard.



Tabla 2.

Cuadro comparativo de las características curriculares.

UNAM	Universidad de Harvard
Disciplinas Básicas	Fundamentos de Medicina
Disciplinas Sociomédicas	Integrada al eje de Fundamentos
Disciplinas Clínicas	Experiencia clínica básica (aprendizaje teórico práctico)
Insertas en disciplinas Clínicas	Experiencias clínicas avanzadas
Psicología Médica	Sociología, Desarrollo Humano, Relación Médico Paciente, Ética Médica y Profesionalismo
Salud Pública (toda la carrera)	Epidemiología y Medicina Social (1 semestre cada uno)
Acreditación por examen Interno	Acreditación por Examen Nacional

Nota: Adaptado de mapas curriculares vigentes de la Facultad de medicina de la UNAM y Harvard Medical School (2018).



Como se puede observar entre la catalogada como mejor escuela de medicina del mundo de acuerdo a el *Academic Ranking Of World Universities 2018* y la más famosa de México (UNAM) las diferencias de contenido no distan diametralmente, si bien seguramente en la aplicación se estriba la verdadera diferencia, lo cierto es que los ejes temáticos son similares solo evidenciando la debilidad que en cuanto a las materias socio médicas expresadas en la universidad mexicana vs el enfoque poco profundo que los médicos de Harvard parecen tener respecto a salud pública (esto seguramente en relación al perfil y misión de cada una de estas instituciones). Es importante señalar que en el apartado de evaluación la universidad anglosajona ha logrado someterse a un modelo que va más allá de su propia institución lo cual le genera claras ventajas para la validez externa de sus egresados (Salazar, 2018). Por último, hay que comentar que, en ambos planes al menos en sus respectivos mapas curriculares carecen de entrenamiento formal en investigación médica lo cual llama la atención en vista de la relevancia que este tema ha ocupado recientemente en los campos de formación profesional.

En conclusión, respecto a la evolución del currículo en medicina, se pone en evidencia ante lo comentado que el desarrollo curricular en la carrera comparte características importantes con la evolución de la educación en general y se puede decir entre otras cosas que en ambas existe un desarrollo relativamente joven (apenas inicios del siglo XX). Además, se observan influencias similares de movimientos de Europa que migran hacia Norteamérica para finalmente adoptarse (a veces sin la necesaria adaptación) a Latinoamérica.

2.8.3 Desarrollo curricular dentro del sistema de residencia médica (especialidad) con enfoque en Cirugía General



El desarrollo curricular en las especialidades quirúrgicas ha ido de la mano con el aumento de conocimiento exponencial de los últimos años basado en los adelantos tecnológicos y nuevas formas de comunicación. Uno de los efectos más importantes de este fenómeno ha sido sin lugar a duda la subespecialización progresiva la cual se observa en el hecho que durante las tres últimas décadas en EUA se han certificado más subespecialistas que especialistas. En particular la Cirugía General es afectada por esta situación ya que por una parte los cirujanos que completan su entrenamiento tienen al menos en teoría un campo de acción más amplio incluso con la mayor posibilidad de ejercicio laboral en instituciones públicas, sin embargo, recientemente se ha observado un continuo decremento en el interés de esta especialidad troncal y en cada generación se observa con más frecuencia alumnos que acceden a subespecialidad (Rhodes, 2004).

El currículo del cirujano general ha cursado por una planeación dirigida a cada necesidad cultural y algunas veces política de las etapas de su existencia formal. Tal como lo menciona Quijano y Pitman (1999) en un inicio el célebre cirujano *Teodore Billroth* jefe de cirugía en el *Allgemeine Krakenhouse* de Viena fue el creador de un sistema de residencia médica en donde sus características fueran de entrenamiento hospitalario en el postgrado de medicina y con aval universitario, además de una selección minuciosa, para los médicos que formaría dentro de ese tiempo el novedoso sistema Billroth fue ideado con un currículo basado en conocimientos profundos de anatomía, patología, bioquímica e incluso rotaciones por Medicina Interna.

Uno de sus alumnos el Americano William Halstead, dio el siguiente paso al instaurar su propio sistema de residencia en el hospital John Hopkins en Baltimore, acuñó el nombre de “Residencia Médica” al entrenamiento – esto porque sus alumnos vivían en el



hospital-. Él llevó a cabo adiciones al currículo propuesto por Billroth, el principal de ellos fue la cirugía experimental y la microbiología, así como, rotaciones por servicios clínicos como cardiología manteniendo el entrenamiento en patología y bioquímica que propuso su maestro. Tal como los alumnos de Billroth poblaron el viejo continente los de Halstead lo hicieron con América, sin embargo, el fenómeno que distinguió una escuela de otra fue que lentamente en América diversos profesores adoptaron el sistema de residencia para sus propias especialidades, naciendo así la educación de especialidades que conocemos hoy día (Quijano, 1999). Mientras los cambios anteriores se daban, iniciaba la consolidación de un currículo formal y completo para el residente de cirugía que actualmente prevalece y se avala por varios colegios alrededor del mundo, entre ellos el *American Board Of Surgery* de Estados Unidos el cual presenta en la formación de la especialidad los siguientes ejes temáticos de acuerdo con Rhodes (2004):

1. Tracto alimentario.
2. Abdomen y su contenido.
3. Mama, piel y tejido celular subcutáneo.
4. Sistema Endócrino.
5. Cabeza y cuello quirúrgico.
6. Cirugía Pediátrica.
7. Cuidados críticos en cirugía.
8. Oncología Quirúrgica.
9. Trauma y quemaduras.
10. Cirugía vascular.



En cuanto a México, la UNAM (2009) y el IMSS (1999) coinciden en estos ejes temáticos.

1. Cuidados Perioperatorios y Nutrición.
2. Metabolismo Intermedio en cirugía.
3. Cuidados de las heridas y cicatrización (la sangre como órgano).
4. Trauma.
5. Profesionalismo médico.
6. Piel y tejido subcutáneo.
7. Quemaduras.
8. Neoplasias.
9. Abdomen y tracto gastrointestinal
10. Cabeza, cuello y Mama
11. Nefrourología y aparato reproductor
12. Cirugía reconstructiva
13. Cirugía Vasular
14. Tórax
15. Neurocirugía.
16. Trasplante de órganos.

Frente a los ejemplos anteriores, es evidente que la especialidad en cirugía general cuenta con la cartera de servicios más basta dentro de las especialidades quirúrgicas, sin embargo, también se observan al menos en dos elementos que hasta cierto punto están en relación con la problemática nuclear de esta investigación. Por una parte, un currículo tan ambicioso y con una regulación hasta cierto punto pobre



o en el mejor de los casos heterogénea favorece frecuentemente un alcance limitado a la hora de los resultados. Por otra parte, es precisamente la enorme cantidad de conocimiento y en más de una ocasión la divergencia entre el mismo lo que motivó el desarrollo de subespecialidades las cuales varían de forma importante de acuerdo con el país.

En México se reconocen 6 subespecialidades que toman como tronco a la Cirugía General, estas son: la neurocirugía, la cirugía cardiovascular, la cirugía plástica, urología, oncología quirúrgica y la cirugía de colon y recto. Todas ellas desarrolladas después de 1950 y unidas a múltiples cursos de alta especialidad, los cuales son han estado formalizándose desde las últimas dos décadas y en general actúan sobre enfermedades y procedimientos que históricamente han sido competencia de la Cirugía General lo cual en muchas ocasiones provee desahogo sano para la especialidad, sin embargo, sobre todo desde inicio de este siglo también tiende a reducir la expresión de este postgrado a una dimensión no congruente con el currículo actual ni los años de entrenamiento que se le dedican (Bruns, 2014).

Se entiende pues, la necesidad de una conformación actual para la especialidad, que encuentre finalmente el equilibrio entre el proceso de formación y adquisición de competencias y la aplicación asertiva de estas en el posterior terreno laboral, otorgando de esta forma una personalidad profesional definida. Tal vez esfuerzos de una reconfiguración razonable se encuentra en lo ya descrito por Rhodes (2004) el cual basado en la investigación de la prevalencia de los procedimientos de cirujanos que se certificaron entre 1995 y 2001 propone la adecuación curricular respectiva, sin embargo, hasta el momento la



homogeneización de esta concepción presenta múltiples obstáculos, siendo uno de los principales el hecho de que hasta el momento el avance de cada una de estas disciplinas ha sido horizontal en la mayoría de los países formadores de capital humano teniendo por consiguiente reglas con matices diferentes que en más de una ocasión son francamente excluyentes uno del otro.

Finalmente, se puede observar al ver la historia del desarrollo curricular en la educación médica, que en lo concerniente a el currículo de las especialidades incluyendo la Cirugía General es evidente una historia académica relativamente reciente misma que naturalmente requerirá una evolución compartida con las necesidades de quien recibe el servicio, pero también del profesional por lo cual el presente se visualiza como un momento crítico en el porvenir de esta especialidad y un análisis como el del presente, deberá sentar precedentes para una reconstitución o transformación de lo que hasta hoy se conoce como residencia en cirugía.

Conclusiones: el marco curricular de la residencia médica inicia como tal en Austria con el célebre Dr Billrot, posteriormente migra a EUA donde se sientan las bases de la residencia como se conoce hoy en día. La historia del desarrollo del currículo se da más en terrenos del aprendizaje no profesional o el mayormente encaminado a la producción, teniendo el mayor crecimiento en la segunda mitad del siglo 20 con autores como Taba y Tyler. La adopción de un currículo formal para la carrera de medicina nace de la necesidad de ésta por el sistema de enseñanza y del naciente desarrollo curricular por poner en práctica sus hipótesis. De este modo y con base en valiosos trabajos como el modelo Miller, se da el sustento utilizado aun hoy en el marco curricular de la medicina. Finalmente el marco curricular de la residencia en



cirugía general es aterrizado en un grupo de competencias que aseguran la construcción de capital humano con habilidades para favorecer la recuperación de la salud mediante la cirugía en la mayor parte de regiones del cuerpo y esto es evidente si se observa el currículo actual de las instituciones más respetadas de EUA y México para este propósito.

2.9 Aspecto Legal

México como país soberano ha diseñado sus propias leyes y es con base en ellas que se otorga el camino para que las diferentes necesidades de sus pobladores sean cubiertas. Es de este modo como el acercamiento a la educación y la cultura, el derecho a la salud y a la atención medica de calidad, así como la formación de recursos humanos en salud están respaldadas por leyes y normas que otorgan guía y seguridad jurídica. Todo lo anterior sin desconocer la dinámica cambiante de la realidad y la susceptibilidad a la evolución que estas leyes por medio de los canales dispuestos exprofeso pueden experimentar. A continuación, se enuncian y explican brevemente las leyes más representativas que dan soporte a las distintas partes del fenómeno a investigar.

2.9.1 Garantías individuales

En primer lugar, se expone el capítulo primero de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos el cual se manifiesta de las garantías que todos los ciudadanos de esta patria gozarán por el hecho mismo de serlos, entre los artículos de más relación con el fenómeno educativo y con la calidad de la atención medica están: El artículo 3ro. (Const., 2016, art. 3) el cual habla de las condiciones en las cuales se debe impartir la educación y que está hasta la etapa media superior debe ser obligatoria, deberá ser democrática, nacional, solidaria y de calidad de tal manera que logre el



potencial máximo de los educandos. Con respecto a la educación superior este artículo menciona que el estado deberá promover y atender lo concerniente con ella, siempre y cuando sea esta necesaria para la nación, apoyando la investigación científica y tecnológica, así como fortaleciendo la difusión cultural. Expone por otra parte en su fracción VII lo concerniente a la autonomía de las universidades y como estas pueden definir sus programas académicos.

El artículo 4 (Const., 2016, art. 4) se refiere a el derecho a la salud que tiene toda persona y por consiguiente a la protección de la misma, basado es este segmento posteriormente otros artículos hablan de la forma en que el estado distribuye las herramientas para alcanzar este objetivo.

Artículo 5 (Const., 2016, art. 5) establece la libertad de trabajo y por ende de profesión siendo este derecho irrenunciable y sentando base para lo dispuesto en el 123.

Artículo 6 (Const., 2016, art. 6) habla del derecho a la información por la cual el individuo es libre de informarse sobre el tema de su incumbencia y por el cual el sistema de enseñanza aprendizaje en un derecho del dicente.

Artículo 26 (Const., 2016, art.26) habla sobre el sistema de planeación para el desarrollo nacional el cual debe ser responsabilidad del Estado y el cual debe cumplir con características como la solidaridad, el dinamismo y la equidad para toda la república.

2.9.2 Artículo Constitucional 123

El artículo 123 constitucional (Const., 2016, art. 123) se considera en muchos aspectos un logro político de la llamada revolución mexicana, este artículo consagra los derechos generales de cualquier trabajador dentro de territorio nacional y es el instrumento base



de las leyes que al respecto son realizadas para cada sector laboral dentro del país incluyendo claro, el ejercicio médico razón por la cual se incluye.

2.9.3 Ley General de Salud

La ley general de salud sienta las bases y disposiciones para la relación del estado y la ciudadanía en materia de salud se trata de una ley orgánica dividida en 18 títulos y 472 artículos (más los transitorios). En relación con los motivos de esta investigación estarían: el título 3ro. el cual en su capítulo 2 habla de la atención médica. El título 4to. el cual en su capítulo 1 habla sobre el ejercicio de las profesiones que relacionan su interés con la protección de la salud y en su capítulo establece pauta para el servicio social de los profesionales de la salud. Tal vez la más íntimamente relaciona con el fenómeno estudiado dentro de esta tesis se encuentra en el capítulo III de este mismo título 4to. pues expone lo referente a la formación, capacitación y actualización del personal relacionado con la salud en particular dentro del artículo 90 y 95. Por último, el título 5to que establece las reglas con respecto a la investigación en salud, la cual entre otras cosas sienta las bases para la investigación biomédica en humanos y establece el orden jerárquico de las instituciones que habrán de regular esta práctica (Ley federal de salud, 2007).

2.9.4 Ley Federal del Trabajo

Esta es la ley orgánica que trata a detalle de las condiciones mediante las cuales se deben dar las relaciones laborales en el país, es de trascendencia para la investigación del fenómeno en estudio, porque casi el 80% de los especialistas en cirugía trabajan en alguna de las instituciones públicas y debido a esto mucho de su formación continua va



de la mano a su relación laboral. Esta ley consta de 16 títulos y de 1010 artículos más los transitorios, entre los de mayor impacto hacia el fenómeno objetivo de esta investigación está: el título cuarto sobre todo en su capítulo III bis que menciona lo relacionado con la capacitación de los trabajadores. El título 6to. sobre todo en su capítulo XVI que trata precisamente de los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad (Ley federal del trabajo, 2012).

2.9.5 Ley Federal de Educación

Ley de carácter federal que trata de las condiciones de regulación promoción y otorgamiento de la educación por parte del estado, contiene 7 capítulos y 70 artículos, los de mayor importancia con respecto a la investigación son: el capítulo uno que habla de las disposiciones generales que ha de tener la educación en México, el capítulo VI el cual habla sobre la validez oficial de estudios y el procedimiento para obtener el mismo (Ley federal del trabajo, 2019).

2.9.6 Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, para la organización y funcionamiento de residencias médicas

Esta norma oficial se encuentra justo en la coyuntura de la investigación pues se trata del instrumento jurídico más directamente relacionado con las residencias médicas consta de 16 apartados los cuales son: Objetivo, campo de aplicación, referencias, definiciones, disposiciones generales, características de las unidades médicas receptoras de residentes, ingreso y permanencia al sistema nacional de residencias médicas, guardias, organización de las unidades administrativas de enseñanza, derechos de los residentes, obligaciones de los residentes, disposiciones para los profesores titular y adjunto, inasistencias y permisos, concordancia con normas internacionales y



mexicanas, bibliografía, vigilancia, vigencia y apéndice. Si bien, toda la norma es importante con respecto a la presente tesis, cobran especial relevancia los apartados en relación con la organización de unidades administrativas de enseñanza, el ingreso al sistema de residencias y el de concordancia con normas internacionales y mexicanas (NOM 001 SSA3, 2012).

2.9.7 Otras normas relacionadas

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, establece infraestructura y equipamiento para la atención de pacientes ambulatorios
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, otorga las pautas para la correcta realización del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, establece criterios de atención medica en los servicios de urgencia
- Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para rotaciones e internado de pregrado.

Es evidente que el cuerpo de leyes que se ha mostrado otorga elementos que condicionan un eje en el actuar respecto a la formación de especialistas médicos sin embargo, también es evidente que no cubren todos los aspectos por los que estos profesionales atraviesan a lo largo de su formación académica y frecuentemente en su incorporación laboral este tipo de descubrimientos fomentan que nuestros resultados den



argumento a posibilidades más actuales y que éstas sean plasmadas en nuevos elementos jurídicos para su aplicación.

Conclusiones: el marco jurídico da certeza en las acciones y políticas que favorecen el desarrollo de la docencia y la formación de recursos humanos en salud como es el caso de la residencia en cirugía general. El derecho constitucional a la salud y la educación (art 123 y garantías individuales) establece un principio inexorable que permite enfocar prioridades a la optimización de sistemas de aprendizaje que estén acordes a las necesidades de nuestra realidad contemporánea. Las leyes secundarias y las normas que emanan de los principios ya mencionados dan cuerpo a esta naturaleza jurídica y hace más específica la dirección a seguir para conseguir resultados.

2.10 Marco referencial (estado del arte)

La coyuntura para desarrollar en esta investigación tiene particularidades singulares en más de una arista lo que le confiere suficientes connotaciones para poder argumentar que se trata de un tema original, sin embargo, evidentemente nace de problemáticas y evidencias ya conocidas y estudiadas que se describen a continuación en atención a lo más reciente que diversos autores dicen al respecto.

Bruns et al (2014) realizó un amplio análisis sobre lo que él llama el “paradigma de cambio en la subespecialización en Cirugía”, esto lo realiza dentro de los Estados Unidos de América y el curso del fenómeno en los últimos 20 años, analiza los factores a la evolución hacia la subespecialización y se propone desarrollar un entendimiento de los mismos valorando la reversibilidad del fenómeno. Su estudio se basa en un análisis histórico documental que incluye la perspectiva histórica de la especialización y subespecialización en ese país, así como la evolución de una a otra y el impacto general



del fenómeno con respecto a la disponibilidad de cirujanos generales a través del tiempo. El autor encuentra un par de temáticas útiles para responder las causas del fenómeno y estas son: 1.- la falta de Cirujanos Generales y 2.- Lo referente a como son preparados los cirujanos para la práctica, concluyendo que el modelo actual de la formación del Cirujano General requiere atención, mientras que el cambio de paradigma hacia la subespecialización es probablemente irreversible. Bruns y su equipo dejan precedente de como el impacto del fenómeno de la subespecialidad deja su secuela en cuanto a la educación en cirugía si bien no profundiza más allá del análisis histórico favoreciendo de esta forma posteriores trabajos que analicen la cuestión desde otras perspectivas.

Con respecto a las estrategias de enseñanza para la educación quirúrgica, recientemente se ha observado que la incorporación de las nuevas tecnologías favorece la integración de competencias prácticas. García et al (2018) desarrolla un trabajo que busca observar la ganancia en el aprendizaje mediante herramientas tecnológicas que favorezcan la instrucción multicanal. El estudio emplea residentes de cirugía en el Estado de México y se sigue el diseño instruccional, sustentado en el aprendizaje basado en problemas obteniendo como resultado que el 76.5% de los participantes adquirieran la competencia genérica instrumental esperada. Pudiendo concluir que la incorporación de diseños multimedia a las estrategias instruccionales promueve el aprendizaje multicanal por lo cual se recomienda y establece un área de oportunidad en la educación quirúrgica que debe ser optimizada.

Porras (2017) presenta un trabajo en donde se realiza análisis documental e interpretativo de los procesos de enseñanza de la cirugía actual en específico lo concerniente a ¿Qué espera la sociedad mexicana actual de un cirujano?, ¿Cuál es el



cirujano ideal para México en el siglo XXI? El estudio de modelos de aprendizaje en cirugía, el papel del tutor, los métodos de evaluación en cirugía y la certificación en competencias en especialidades quirúrgicas, concluyen que, se debe comprender que en nuestro país un excelente cirujano es el resultado de una labor explícita y coordinada de esfuerzos profundos y significativos dentro de un sistema de enseñanza- aprendizaje bien llevado a cabo. Esta serie de razonamientos fundamenta parte de la comprensión de una necesidad de mejorar el proceso de enseñanza en la educación quirúrgica iniciando por el entendimiento del fenómeno que existe entre el paradigma de la especialidad troncal y la subespecialidad.

En la actualidad la cirugía es una especialidad a la que países incluso de primer mundo le apuestan, esto se puede comprobar con el ejemplo del Real Colegio de Cirujanos australianos (2020) con su “*Surgical Competence and Performance*” como una guía de objetivos y desarrollo para el binomio docente alumno durante el proceso de aprendizaje. Se aplica en todo ese país y trata temas como pericia Médica, juicio clínico y toma de decisiones, pericia técnica, profesionalismo, comunicación, colaboración en equipo, liderazgo, educación y enseñanza, cultura de la competencia y de la seguridad entre otros, este escrito tiene como objetivo otorgar una herramienta de observancia nacional que facilite el seguimiento curricular en todas las unidades formadoras de cirujanos. Todo lo anterior si bien se basa en un modelo centrado en el paciente advierte esfuerzos que en algunos lugares han tenido para favorecer un desarrollo más integral y menos fragmentado en la medicina.

En México el último gran paso hacia la fragmentación de la medicina quirúrgica lo han dado los cursos de alta especialidad; entrenamiento en hospitales de alta concentración



encaminados a formar profesionales con competencias particulares en alguna rama de la especialidad, este esfuerzo se comparte en otras partes del mundo, sin embargo, hay diferencias de estrategia y contexto. Valencia et al (2019) realizaron una investigación cuyo objetivo fue presentar el estado actual de los cursos de postgrado de alta especialidad de la UNAM (la universidad que avala la gran mayoría de estos cursos) con respecto al contexto internacional, para esto realizaron una búsqueda en español e inglés en las principales bases de datos disponibles en línea como Medline y Embase mediante palabras clave como educación médica superior, aprendizaje en medicina y evaluación del desempeño buscando la narrativa de un diseño curricular por competencias. Como resultado encontraron que cursos desarrollados en países como China, Canadá y Australia tuvieron vinculación entre menor tasa de eventos de seguridad del paciente con mayor fue el desarrollo en las competencias de los médicos, dedujo que esa realidad aun no es permeable en nuestro país por lo cual se realiza la tesis que un factor determinante es la falta de un consenso sobre las competencias genéricas y específicas para los sistemas de salud, por lo anterior el grupo concluye que es necesario replantear los cursos de alta especialidad acorde a nuestras necesidades de atención a la salud. Con lo anterior queda manifiesto que es necesario refrescar la perspectiva con respecto al rumbo que se le ha dado a la educación quirúrgica basada en el diagnóstico de lo que actualmente requiere el paciente mexicano.

El cirujano de hoy requiere un entrenamiento y proceso de enseñanza aprendizaje que esté en la observación de ciertos principios con el fin de promover un andamiaje constructivista y humano, dentro de su formación estos principios referidos por Tapia (2018) en un editorial para la revista Cirugía y Cirujanos son: La centralización en el



estudiante, el tiempo adecuado para aprender y practicar lo enseñado, el uso de las estrategias adecuadas para aprender, la oportunidad de vivir las consecuencias de su aprendizaje. Analizando estos principios se puede llegar a la conclusión de que la malinterpretación de ellos puede dar como consecuencia un fenómeno inverso al objetivo buscado terminando en una crisis de paradigma como la que se plantea en este estudio.

Los diversos campos en que la educación quirúrgica puede innovar hacen del tema un campo lleno de oportunidades para la investigación educativa. Corsini (2019) aborda el tema a profundidad mediante una revisión de la literatura sajona en los periodos actuales en cuanto a lo concerniente a la investigación en educación quirúrgica, así como en los temas más frecuentemente analizados. Como resultado de esta investigación, se obtiene que, actualmente se llevan a cabo diversas herramientas en la investigación de este tipo tales como: encuestas de conocimientos, evaluaciones, pruebas de habilidad e intervenciones educativas de un solo brazo. Se concluye con esto, que el horizonte es amplio y la necesidad de mayor desarrollo de investigación educativa en el ámbito quirúrgico necesita mejorar sus perfiles metodológicos ampliando las estrategias hasta hoy analizadas. De esta forma se entiende que el análisis de cualquier problemática que esté en relación con la educación quirúrgica se encuentra en un plano de actualidad y relevancia.

La educación quirúrgica como campo de las ciencias médicas no debe perder de vista un enfoque de formación docente dentro del propio desarrollo de enseñanza aprendizaje de los alumnos. Chen et al (2017), posterior a un estudio de investigación acción realizado en San Francisco California EUA, ofrece una estrategia curricular



que además de los conocimientos y habilidades clásicas otorgadas a estudiantes de licenciatura, especialidad y cursos de alta especialidad se otorgaron habilidades docentes, así como de compromiso en la cadena de conocimiento para su comunidad teniendo como conclusión una disponibilidad mayor al desarrollo docente de que convencionalmente se observa. Como se puede ver, la conciencia de la educación recibida es de utilidad para la perpetuidad de ese mismo sistema de educación.

La relación del docente con el alumno es, por la naturaleza propia de la interrelación que guardan durante el fenómeno educativo muy estrecha y con implicaciones de múltiples ópticas dentro de lo referente al aprendizaje, un ejemplo de ello es advertir que esta relación puede desencadenar relaciones típicas de facilitador y alumno, pero también de lo que la cultura sajona nombre “coaching” y también mentor estas actuaciones han sido estudiadas por Lin (2019) quien mediante un trabajo basado en la investigación documental se dio a la tarea de investigar el fenómeno y de caracterizar los roles de cada uno de estos actores en la literatura sajona, se encontró con resultados a veces de difícil interpretación por las variantes de un mismo actor en diferentes escenarios pero concluye que la educación quirúrgica se ve beneficiado de este tipo de relaciones y que seguramente en el futuro estará presentes cada vez con más claridad contundencia y resultados de su intervención claros. Este estudio otorga un sólido argumento de como la evolución de la educación quirúrgica se da en su mismo pero que el desconocimiento del rumbo de la misma retrasa los beneficios de la misma e incluso puede ser factor negativo con respecto a los resultados deseables.



La educación quirúrgica ha presentado desde que inicia formalmente y para prever los caminos que tomara se debe conocer el pasado Potts III (2018) realiza un análisis de la educación quirúrgica colegiada de los Estados Unidos de América sus cambios y comportamientos hasta la actualidad, encontrando entre otras cosas, un cambio marcado en la participación del género femenino dentro de las residencias con un crecimiento del 42% de 1976 a 2016. También como un hallazgo de llamar la atención estuvo el crecimiento proporcional de residentes de cirugía pues su aumento en comparación con las otras especialidades quirúrgicas es el más bajo. Así mismo, los directores de programas de cirugía son los que presentan la mayor caída en cuanto a la permanencia de su puesto, lo que habla de una falta de continuidad evidente y cierta inestabilidad dentro de la edificación estructural de los programas. En cuanto a la tendencia hacia subespecialidad se observa que dentro de Cirugía General el 80% desarrolla una, solo por debajo de la cirugía ortopédica encontrando con esto una tendencia evidentemente creciente. El autor concluye que actualmente los cambios siguen y cada vez hay más herramientas para que el proceso de la enseñanza se lleve a cabo, pero también se complica más la educación quirúrgica con instituciones monopólicas y programas que requieren cada vez más años. Por otro lado, la realidad en el entrenamiento en subespecialidad pone excesiva presión a las especialidades al llevarse a cabo en los mismos campos clínicos con la consecuente disminución de experiencia para cada uno de los individuos a entrenar con la resultante crisis de los programas tal y como el presente trabajo lo hace ver.

Muchos paradigmas de la educación quirúrgica se han puesto a prueba en este siglo y aun ahora se ve o se sufre de lo que se ha convertido en nuevos eslabones.



En la problemática actual, estos paradigmas han sido tanto de política de salud y de estrategia didáctica, como de operatividad en las estrategias. Una mezcla de estas tres ha dado como consecuencia disminuir el tiempo que pasa el residente en el hospital. Landmann et al (2018) realizan un estudio que tiene como objetivo evaluar y caracterizar al residente sobre su actividad en guardias nocturnas. Para esto, diseña un estudio de tres fases que incluye el reconocimiento de necesidades como la observación directa y la retroalimentación. Este estudio se lleva a cabo en la ciudad de Oklahoma en un centro de tercer nivel avalado por el colegio americano de cirujanos. El mismo, se realiza en residentes que cursan su entrenamiento en el momento del estudio y como resultado se obtiene que al menos el 60% del tiempo tienen actividades sensibles de academia o de aprendizaje práctico y durante la retroalimentación los residentes se encuentran conformes con las oportunidades de aprendizaje en el transcurso de la guardia. Se concluye, que las guardias otorgan al residente valiosas experiencias de aprendizaje durante su entrenamiento. Este estudio pone de manifiesto cómo ciertas disposiciones como el reducir el tiempo de estancia en el hospital puede debilitar la obtención de experiencias provocando suplir éstas con el desarrollo posterior de una subespecialidad.

Si bien es cierto, el cirujano de hoy lleva su entrenamiento dentro de un mundo digitalizado con acceso a información a una velocidad pocas veces procesable, además de otros muchos agentes estimulantes que pueden entorpecer el proceso de aprendizaje. Por lo anterior, hacen falta nuevas herramientas que faciliten el manejo tanto de estrategia como de acompañamiento. Entre las segundas, el desarrollo del personaje llamado coach ha tomado importancia en los últimos tiempos. Caprice y



colaboradores (2015) analizan el nacimiento de este acompañamiento desde diversos ángulos, estudiando el fenómeno y fragmentándolo en sus componentes concluyendo que el coaching quirúrgico puede ser una alternativa para manejar la problemática actual en la educación quirúrgica. Ésta es una potencial respuesta ante la problemática actual de la educación quirúrgica, advirtiendo que, donde se otorgan soluciones se reconocen problemas.

Siguiendo con la temática de un desarrollo más optimizado y al mismo tiempo con mucha más asequibilidad a la información, se ha observado recientemente que la inteligencia emocional es también un factor relevante para determinar el resultado del entrenamiento quirúrgico. Con base en esto, Beierle et al (2018) realizan un trabajo cuyo objetivo es evaluar la correlación entre la inteligencia emocional y el síndrome de *burnout* y sus efectos en la educación. La autora diseña un estudio prospectivo que realiza en residentes de cirugía mediante la respuesta en tiempos separados a cuestionarios validados para inteligencia emocional y *burnout*. Además, presenta un análisis personal de su situación. El estudio se realiza en el estado de Tennessee en EUA. Como resultados se obtienen, una fuerte correlación entre logros personales y cambios temporales, mostrando moderado o severo grado de cansancio emocional y obteniendo como conclusión la importancia de obtener una medición en generaciones posteriores en las cuales también sea factible una intervención. De esta forma se observa la necesidad del apoyo estratégico en las competencias del ser como una parte importante de la educación quirúrgica y cuya necesidad va en aumento.

Las áreas clínicas determinadas para la residencia, en muchas ocasiones no son suficiente para obtener la experiencia en las distintas ramas de la especialidad. Las



rotaciones a otros hospitales han sido una herramienta que ha sabido sortear este problema, sin embargo, no suele estar ligada a una política homogénea en los distintos hospitales donde se lleva a cabo una residencia. Klingensmith et al (2015) estudia esta problemática mediante un estudio que evalúa las actitudes de residentes y directores de programas con respecto al fenómeno, mediante encuestas anónimas participando 138 residentes de 9 programas en diferentes partes de EUA, obteniendo como resultado, una inclinación notoria a programas que muestran facilidad para rotaciones. Estas actividades las relacionan con un mejor entrenamiento y con mayor preparación a lo largo de su carrera. Como aspecto negativo, se observa la saturación de ciertas áreas donde la mayoría elige rotar, En cuanto a los directores de programas, también están de acuerdo con las ventajas de una experiencia de rotaciones flexibles y observan que es una oportunidad de optimizar la operabilidad de sus programas mediante el enriquecimiento mutuo. Como limitaciones se exponen las inherentes a la realización del programa propiamente dicho. Concluyen que el mayor reto a pesar de estas estrategias es lograr una cirugía general integral. Con lo anterior se fundamenta parte de la argumentación principal del estudio ya que el fortalecimiento en la cirugía general o bien la meta de lograr una cirugía general integral mediante nuevas herramientas es lo buscado en la mayoría de las universidades formadoras de EUA.

Una última arista de la problemática en la educación quirúrgica es la heterogeneidad que a este respecto tienen los alumnos de medicina al momento de entrar a una residencia quirúrgica. Se sabe que, actualmente es un problema gracias a trabajos como los de Lindeman et al (2015) quienes desde el departamento de



cirugía de la Escuela de Medicina de Baltimore (cede de las residencias medicas como se conocen actualmente) realizan un estudio que tiene como objetivo evidenciar qué tan aptos se sienten los estudiantes de medicina y los directores del programa con respecto a 13 competencias preestablecidas que tienen que dominar desde el día 1 de su ingreso. Para esto, se diseña un estudio basado en una encuesta transversal en donde participan todos los programas de entrenamiento quirúrgico de los Estados Unidos. Como resultado de la encuesta se encuentra que, la desconfianza general a la realización de los procedimientos es de 58 %. Se concluye, además, como áreas clave a mejorar, tanto en las residencias como en la facultad de medicina. Es de este modo, que una de las universidades más prestigiosas para el ramo médico, reconoce que es momento de observar cambios y que estos deben realizarse en la seguridad del paciente y el éxito laboral del futuro profesional. Ambas cosas son columnas dentro de la base argumental de la problemática que se aborda en este estudio.

Es de esta forma, como notables trabajos han observado desde varios ángulos las problemáticas existentes en el desarrollo de la educación quirúrgica cuya conjunción y exposición dentro del contexto sociocultural determinado por México, se convierte en la lupa a través de la cual se propone el análisis de este fenómeno durante el desarrollo del presente trabajo.

Concluyendo la temática anterior, la enseñanza en cirugía general ha pasado por varias atapas y el paradigma actual se encuentra en las subespecializaciones médicas que, sin incluir la totalidad de cartera de la cirugía general actual, si parece haber debilitado la dinámica de ésta. Las nuevas tecnologías parecen jugar un factor clave en el desarrollo del aprendizaje de la cirugía general, así como en la práctica de



esta por lo que la importancia de su adopción termina siendo primaria. La cirugía general desempeña de una u otra manera una posición clave en el mundo actual y probablemente esto se debe a la cartera de servicios otorgada a la especialidad lo cual le da el potencial de figurar en casi cualquier escenario médico.

Conclusión del capítulo: en el presente capítulo se muestra la base teórica que fundamenta la presente tesis, desde la arista histórica de la medicina, la educación y la fusión entre estas. Se presenta cómo nace el formato de especialidad y cómo este ha migrado a subespecialidad. Por otra parte, se dibuja el recorrido en el tiempo acerca del diseño curricular de esta profesión y su postgrado, así como las herramientas utilizadas para de su desarrollo. En otro apartado, se muestra el aspecto legal que actualmente sustenta la práctica médica y de sus especialidades, así como de la formación del recurso humano requerido por el país. Por último, se muestra el llamado estado del arte referente a la educación quirúrgica, más enfocada a la cirugía General y su problemática. Con el conocimiento aquí vertido, se tiene un contexto suficiente para descubrir el diseño metodológico del presente trabajo que se abordará en el capítulo siguiente.



CAPÍTULO 3 DISEÑO METODOLÓGICO



3.1 Objetivos

De acuerdo con las preguntas de investigación y los supuestos teóricos diseñados se presentan a continuación tres objetivos generales de la investigación.

3.1.1 Objetivos Generales

1. Determinar las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual de la educación quirúrgica del cirujano general en México mediante entrevistas a sus actores y el conocimiento del entorno para obtener un diagnóstico de la problemática.

2.- Proponer ajuste de los factores nucleares de debilidad en la formación del Cirujano General como motivo del replanteamiento del fenómeno, mediante el análisis de las entrevistas a profundidad y las encuestas para favorecer un mejor escenario en la formación del Cirujano General.

3.- Promover herramientas de evaluación novedosas y acordes con las necesidades procedimentales de un curso de cirugía, mediante el análisis documental y el estudio de la información contenida en las entrevistas a profundidad y las áreas de oportunidad ahí encontradas para mostrar propuestas concretas ante las debilidades encontradas en la formación del cirujano general.

Derivados de estos se contó con los siguientes objetivos específicos.

3.1.2 Objetivos específicos

Derivados del objetivo 1

- Revisar el entorno académico del residente en cirugía general gracias a encuestas y entrevistas a profundidad para entender el mismo.



- Revisar el entorno cultural del residente en cirugía general mediante encuestas y entrevistas a profundidad.
- Documentar los resultados del producto actual del programa formador de cirujanos mediante análisis documental y entrevistas a profundidad.

Derivados del objetivo 2

- Encontrar puntos críticos en el éxito o fracaso laboral del Cirujano mediante análisis documental, encuestas y entrevistas a profundidad.
- Presentar factores asociados a áreas de debilidad en la formación del cirujano en la generalidad de los participantes encontrados mediante el análisis de las encuestas.
- Proponer cuales son los elementos específicos más frecuentes asociados a áreas de debilidad en los egresados de cirugía general, mediante el análisis de las entrevistas a profundidad.

Derivados del objetivo 3

- Establecer el uso de simuladores como factibles o poco factibles para la adquisición de competencias dentro del marco de las necesidades e infraestructura actual.

3.2 Diseño del método

Los pasos y la visión que, de estos, se tienen cuando el objetivo es acercarse a la verdad de un determinado fenómeno de conocer actualmente como método de investigación y el conjunto de metodologías afiliadas a un enfoque concreto suele llamarse paradigma. De acuerdo con Vasilachis (1997) existen el paradigma materialista



histórico, positivista e interpretativo. Estos dos últimos, son operacionalizados mediante el sistema hermenéutico de la investigación (Martínez, 2013).

Los paradigmas de la investigación guían entonces la forma en que se aproxima el investigador a la realidad del fenómeno, Matías (2014) afirma que teniendo al paradigma positivista como aquel que arranca en el siglo XIX con la teoría positivista de Comte y Durkheim quienes postulan buscar las causas últimas de los fenómenos basados exclusivamente en elementos objetivos y comprobables a través de los sentidos. Este paradigma fue adoptado por la ciencia en general hasta mediados del siglo XX por lo cual solo aquel conocimiento desarrollado a partir de ciertos principios metodológicos era reconocido como verdadero conocimiento. Como parte de sus rasgos más particulares se encuentra su naturaleza cuantitativa, esto da un rigor y precisión adecuado al realizar una sistematización de la información absorbiendo solo datos comparables, comprobables, medibles y replicables.

Por tanto, en el paradigma positivista solo pueden ser objeto de estudio los fenómenos observables que por tanto son medibles o contables, o bien que se encuentran en relación causal o correlacional. Este paradigma si bien ha abierto las puertas para gran parte del conocimiento científico, no está exento de observaciones críticas como, por ejemplo, el reduccionismo metodológico que impera en él, al tener al método estadístico como único método digno de confianza al momento de estudiar la realidad de cualquier fenómeno.

Ya que el carácter subjetivo de la realidad de cualquier fenómeno no es posible abordarse siempre con un enfoque basado en el paradigma positivista, a mediados del siglo XX el paradigma post positivista surge con un carácter emergente para cubrir estos



segmentos oscuros de la ciencia hasta ese momento. Este paradigma tiene una base epistemológica en el construccionismo de Papert (1981) debido al cual el individuo no crea o descubre, sino que construye su conocimiento mediante las interacciones sociales con su medio físico y biológico.

Dado lo anterior, se decide en el presente estudio un paradigma constructivista (cualitativo) dado que permite una riqueza mayor de metodologías que permiten explicar y comprender toda la extensión de la problemática, sobre todo porque al final de cuentas el interés en el entendimiento del problema se fundamenta en situaciones de comportamiento, muchas veces poco claras si solo se sustenta en un argumento cuantitativo (Papert, 1981). Además, bajo la interpretación del tesisista la educación se entiende en su forma más completa como un suceso antropológico por lo que el planteamiento interpretativo cobra una relevancia superior.

Se considera entonces, a la investigación cualitativa como un adecuado enfoque para esta tesis porque, hay interés y hasta cierto punto necesidad de realizar una investigación en donde de cierto modo los participantes desarrollen un papel de coinvestigadores, además, de que, por tratarse en buena parte de un trabajo hasta cierto punto exploratorio conviene mantener un tono narrativo (Hernández et al., 2014).

Ahora bien, el enfoque constructivista, posee características útiles dentro de los objetivos de la presente investigación que serán detalladas en los siguientes párrafos, y este enfoque se da mediante la construcción de modelos y juicios dependientes de una visión de la realidad la cual puede adoptar diferentes formas de percibir la realidad (Guardián, 2007). A continuación, se describen las principales:



- La Fenomenología en las propias palabras de su creador (Husserl, 1949), se trata de “dejar que las cosas se hagan patentes en su contenido esencial a través de una mirada intuitiva” (p.45), esto es, decir que mediante un método puramente reflexivo se trata de buscar estructuras esenciales de la conciencia que se encuentran adheridas a la experiencia del fenómeno de estudio. De acuerdo con esta metodología, se debe partir de una primera etapa en donde se realiza la llamada reducción histórica de las experiencias, posterior a ello, se debe continuar con la búsqueda de fenómenos puros, es decir, la esencia misma del fenómeno la cual no cambia pese a los contextos. Para esta metodología de estudio es recomendable la grabación de conversaciones o bien la escritura de experiencias. Por último, basado en los pasos anteriores se da paso a una apertura de la conciencia para descubrir la verdadera descripción del fenómeno dentro del marco de las operaciones constitutivas.
- El Interaccionismo simbólico se basa en la primicia de Mead (1972) uno de sus principales exponentes, con respecto a la cual se postula que la experiencia y su interacción con el individuo es la formadora de lo que se entiende por verdad y que fuera de ella no existe otra cosa. Es decir que es en la conciencia donde se construye la interpretación del sujeto de investigación través de la interacción con el fenómeno mediante un lenguaje simbólico, por ejemplo, un árbol existe, pero la representatividad para cada individuo puede ser diferente de acuerdo con la simbología dada por este último. El proceso de interaccionismo simbólico toma al acto y los gestos como símbolos significantes los cuales mediante los procesos



mentales y el *self* establece un significado ante la sociedad la cual le otorga una prioridad social.

- La etnografía como afirma Peralta (2009) trata de la observación y descripción de una cultura o subcultura, sus costumbres hábitos y elementos característicos, además, tiene como distintivo relevante que pide la intromisión participativa del investigador dentro del propio fenómeno a explorar. Por lo anterior, este tipo de metodología es muy útil en situaciones que ameriten cuestiones descriptivo-interpretativas y de valores. El desarrollo de esta herramienta suele llevarse a cabo mediante entrevistas no estructuradas u observaciones participantes.
- En la teoría fundamentada de acuerdo con Páramo (2015), se utilizan una serie de herramientas para que a través de la inducción se otorgue una teoría explicativa de determinado fenómeno, la mayor fortaleza de esta metodología es su poder explicativo en relación con las diferentes conductas humanas dentro de un determinado campo de estudio. Dentro de las principales herramientas para el ejercicio de esta metodología, está entre otras, las entrevistas grabadas y el muestreo teórico.
- La Etnometodología como lo menciona Firth (2010) es la herramienta que otorga el entendimiento de cómo los miembros de la sociedad teniendo como método lo que dan por cierto gracias a su sentido común, logran plantear un orden social dentro de un ecosistema dado. Esto se logra mediante la llamada indiferencia etnometodológica en donde se suprime el carácter evaluativo de un estudio. La etnometodología es la herramienta en donde se estudia cómo los métodos son usados por los actores en circunstancias concretas. La manera en que se puede



llevar a cabo esta metodología es mediante el análisis del discurso y la observación del mismo.

- La metodología Fenomenográfica refiere Gonzalez Ugalde (2014) se constituye por las formas cualitativamente diferentes en que un fenómeno es interpretado, es decir, que esta herramienta confiere una óptica en la que la parte primaria está en descubrir características cualitativas difieren interpretativamente de un actor a otro tratándose de un fenómeno similar, es así, que esta herramienta investiga tanto al fenómeno como al individuo que lo experimenta.
- Como lo menciona Wassermann (1994) el estudio de caso es la forma de abordar de manera profunda todo hecho o acontecimiento, situando éste en su propio contexto. La característica principal de este enfoque que más bien es un estilo libre metodológico es el de ser transparadigmático y transdisciplinario y debido a esto tanto sus fuentes como sus métodos son diversos.
- El enfoque Biográfico Narrativo (Huchin, 2013) es una alternativa poco usada en México que suele ser utilizada en los campos de la psicología y la educación sobre todo en Norteamérica y Europa, si bien tiene diversos instrumentos el más importante es la entrevista en todas sus variantes. Particularmente, en educación esta metodología ofrece la posibilidad de describir, analizar y teorizar los procesos curriculares y de formación del profesorado, siendo estas características deseables en el marco de la presente tesis.
- La metodología Hermenéutica como menciona Ruedas (2008) fue considerada desde sus inicios fase fundamental del desarrollo teológico y aún hoy hace honor a las raíces de su vocablo el cual se relaciona con la interpretación de textos.



Actualmente se le reconoce por su aporte al historicismo y desarrollo relacionado de las sociedades. La epistemología y ontología de esta herramienta radican en comprender el mensaje mediante la comprensión de este, del mensajero y de su contexto lo cual dicho por sus propios autores es prácticamente imposible de alcanzar al menos de forma holística. Como resultado de estos planteamientos surge la intelección como herramienta central de la hermenéutica basada a su vez en cuatro pilares interrelacionados que son dialogo, horizonte, circular y mediación.

- La metodológica Histórica Yuni, (2005) dentro de la investigación cualitativa se refiera a aquella que trata de reconstruir el pasado de la manera más exacta posible. Para el desarrollo de esta herramienta se saben tres etapas las cuales son: la heurística o de recopilación de fuentes documentales, la crítica que se refiere al análisis y evolución de los documentos recopilados y por último la de síntesis y exposición del fenómeno histórico contado.

Con respecto al paradigma socio crítico de la investigación cualitativa se puede decir que engloba la visión del pasado en forma racional para, partiendo de ello, retar a las ideas limitantes recibidas por él. Lo anterior es un punto básico del cual se encuentra adherido y es base de muchas de las ramas de este enfoque en la máxima de que todas las desigualdades entre las personas tenían que ser origen de la sociedad en la cual vivían en lugar de diferencias estructurales de unidad. En cuanto a las metodologías emanadas de este enfoque se encuentra la participativa, colaborativa, feminista, evaluativa, investigación basada en diseño y la de más interés en relación con la investigación educativa la llamada investigación acción. La investigación acción fue



desarrollada en un contexto pragmático en donde el desarrollo del estudio iba de la mano con cambios prácticos operacionales los cuales se realizaban durante el estudio del fenómeno teniendo la metodología dos etapas básicas y de ahí su nombre fragmentado. Actualmente es de mucha utilidad en el campo educativo y se divide en tres momentos que son: preparación y diagnóstico, diseño del plan de acción y transformación (Yuni, 2005).

3.2.1 Diseño

El presente estudio se realizó mediante el paradigma constructivista por tratarse fundamentalmente de conocer a fondo el problema con participación del investigador dentro de un marco empírico (Papert, 1981). Dado que este trabajo buscó explorar describir y entender el problema y en medida de lo posible ampliar y/o profundizar con respecto a los supuestos teóricos basados en las categorías ya propuestas y otras emergentes que pudieran responder las causas esenciales del mismo, resultado del proceso de investigación, se propone como diseño el interpretativo como la mejor alternativa sobre todo por su carácter transdisciplinario y porque facilita la combinación de más de un enfoque de acuerdo con las herramientas que el desarrollo de la investigación presenta y que sustentadas en triangulaciones metodológicas son capaces de validar el presente trabajo.

Con base en lo descrito anteriormente se propone específicamente el planteamiento desde un paradigma constructivista con metodología cualitativa y un diseño interpretativo.

3.2.2 Alcance del estudio



En cuanto al alcance de la investigación se trata de un trabajo que si bien, atendiendo al abordaje del problema, y hasta lo que se encuentra publicado tiene tintes de exploratorio, por otra parte, en cuanto la naturaleza de la investigación tal y como se puede observar por los supuestos teóricos expuestos busca describir entender y fundamentar causas, interpretando la problemática desde los aspectos socioculturales e históricos más esenciales por lo cual el carácter **descriptivo** y causal se encuentra implícito.

3.3 Participantes

Para este estudio los participantes primarios fueron residentes que estuvieron cursando cada uno de los años de formación en el momento de la investigación empírica sumando un total de 60 sujetos los cuales provenían de las distintas zonas del país y convergieron en los sitios de formación de especialistas con que cuenta la zona bajo (León, Irapuato, Salamanca) mismo que ya se han comentado ampliamente en apartados previos. Durante el estudio se observó que era necesario la óptica de cirujanos ya formados y su realidad al terminar la residencia por lo que también se invitó a participar a cirujanos egresados de poco tiempo así como cirujanos con amplia experiencia, esto agregó 18 sujetos más que fueron seleccionados mediante **muestreo por conveniencia** y que participaron en las entrevistas, para orientar el análisis del estudio a una realidad vista desde todas las caras de la experiencia en la formación de la cirugía general. Una vez analizados los resultados del cuestionario en base a la categorización de resultados se eligieron representantes de los núcleos de opinión para realizar entrevistas a profundidad mismas en las que participaron 12 sujetos de los cuales fueron 8 residentes 3 cirujanos formados de reciente egreso y un cirujano con experiencia.



3.4 Contexto específico (escenario de la investigación)

Si bien el presente estudio analiza una problemática de alcance nacional que incluso se permea actualmente en varias partes del mundo, la posibilidad de un análisis a profundidad se diluye si se pretende integrar puntualmente tan amplios márgenes. Por lo anterior en las próximas líneas se describirán a detalle el contexto elegido para la realización de la investigación empírica en donde se detallará la región del centro de la República Mexicana (bajío) siendo más exactos del estado de Guanajuato y los municipios que cuentan con sedes formadoras de residencia quirúrgica, así como de las instituciones encargadas de esta tarea. Será muy útil también la posterior descripción y análisis de sus características socioculturales aunado a la profundización de la Infraestructura, superestructura y entorno. La pormenorización de las anteriores características facilita la comprensión del fenómeno dentro de un marco circunscrito, que hace verificable los argumentos y conclusiones de la investigación empírica, por una serie de elementos multidimensionales que, sin embargo, no es necesariamente una herramienta que evite la representatividad de los supuestos encontrados.

3.4.1 Región

El estudio se lleva a cabo en la región del bajío, lo cual supone varias ventajas logísticas ya que se trata de un lugar ubicado en el centro de México en el cual acude gente de toda la república mexicana pues gran parte del comercio debe transitar por sus carreteras, además como se menciona en la figura 1 en un radio de 400 km se ubica el 60% de la población del país. La ciudad principal de esta zona llamada León Guanajuato



cuenta con una infraestructura médica y de formación de recursos de salud numerosa y heterogénea que incluye a las principales Instituciones de todo el país.

Figura 2.

Características y localización del Bajío.



Nota: Tomado de gadi.com.mx. Gabinete de Innovación Europa.

El bajío es una zona geográfica de México que comprende zonas no montañosas de estados como Aguascalientes, Guanajuato y Querétaro, además de fragmentos de los estados de Jalisco, Michoacán y San Luis Potosí. Esta zona cuenta con una ubicación extraordinaria que potencia el desarrollo de los lugares ya mencionados, por tal caso dentro de esta región existen importantes corporativos nacionales e internacionales. El bajío no se caracteriza por grandes metrópolis únicas que aglomeran todo el crecimiento,



en su lugar cuenta con múltiples poblaciones importantes que hacen sinergia entre ellas para lograr una región de impacto nacional en lo económico y político. Así, se tiene como ciudad más grande, a León Guanajuato la sexta del país con 1,570,000 habitantes seguida de San Luis Potosí y Querétaro con más de 1 millón cada una, Morelia y Aguascalientes con 750 000 habitantes seguidas de Celaya e Irapuato con 500 000 habitantes cada una esto por mencionar a las más relevantes (INEGI 2010). Sin embargo, en total son casi 30 ciudades que rebasan los 100 000 habitantes lo que amalgama este fenómeno no visto en otra región del país y es factor preponderante en la influencia que la zona tiene con respecto al comercio y establecimiento industrial ya comentado.

Por otra parte, no solo se habla de importancia en el comercio nacional sino también en el internacional, pues se insertan en esta región rutas de comercio desde los mayores puertos de Asia, para abastecer regiones de EUA, México y Centroamérica. Esto se establece mediante el *Kansas City Southern* empresa especializada en el transporte por tren y que atraviesa las principales ciudades del bajío y junto en Celaya empalma con otras principales arterial del país convirtiendo al bajío en el centro logístico de México con respecto al transporte de Centroamérica a EUA y del Pacífico al Atlántico.

Además de lo mencionado, se debe anotar que Guanajuato cuenta con el puerto interior más trascendente de México que posee un parque industrial y terminal aérea y terrestre, así como campus universitarios dentro de la misma zona. Al estar funcionando con su capacidad máxima mueve el 30% de la carga del país. Debido a lo anterior es fácil entender por qué el bajío es motor industrial de México pues según el Gabinete de Innovación Europea (2017), en su conjunto representa el 17% del total de la Industria, Superando a la Ciudad de México que llega a 13%.



3.4.2 Municipio

León de los Aldama es el nombre oficial del municipio de Guanajuato que alberga a la Ciudad del mismo nombre fue fundada en 1576 por Martín Enrique de Almansa bajo el nombre de “Villa de León” es hasta 1830 que recibe su nombre actual en honor a Juan e Ignacio Aldama, héroes insurgentes durante la independencia de México.

3.4.3 Geografía

De acuerdo con Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INAFED (2001) la ciudad se encuentra en el norte de Guanajuato, prácticamente colindante con el estado de Jalisco por la región de los altos y se encuentra ubicada a los 101° 41' de longitud oeste y a los 21° de latitud norte; tiene una altura de 1,798 msnm. La superficie municipal comprende 1,183.20 km², que equivale al 3.87 % de la superficie total del estado de Guanajuato. El municipio limita al norte con San Felipe; al este con Guanajuato; al sur con Silao, Romita, y San Francisco del Rincón; y al oeste con Purísima del Rincón y el Estado de Jalisco. La ciudad tiene un clima templado semiárido y subhúmedo de acuerdo con la precipitación pluvial del año, misma que varía de entre 390 a 680 mm su temperatura ronda entre máximos promedio de 31.5 y mínimas promedio de 7.2 grados centígrados teniendo durante mayo las máximas temperaturas y en el mes de enero las mínimas.

La flora del lugar se compone principalmente de bosque espinoso en el valle, sin embargo, este se encuentra casi extinto debido al crecimiento de la ciudad y las actividades propias de infraestructura humana. Por otro lado, alrededor de la ciudad se encuentra un matorral subtropical y en las partes superiores de las montañas existen bosques de encinos (INFANED,2001). Respecto a la fauna silvestre de este municipio se



encuentran depredadores como el águila real, gavilán, zorro, coyote y cascabel. Respecto a herbívoros se tienen varios tipos de venado, conejo, armadillo y en cuanto a aves, golondrinas, palomas y codornices entre otros. Con respecto a la fauna doméstica, en los últimos años han aumentado los animales de compañía de forma exponencial, así como los servicios dirigidos a estas mascotas (Zamudio, 2012).

La orografía e hidrología de León se compone en la parte norte de estribaciones montañosas y en la parte sur en una región rica en valles. Dentro de este terreno son de hacer notar elevaciones como el cerro del gigante con 2884 msnm y la mesa cuatralba con 2800 msnm. En cuanto su hidrografía la ciudad pertenece casi por completo al complejo del río Lerma-Santiago. Además, cuenta con varias presas que regulan las corrientes originadas en la Sierra de Comanja, cuenta así mismo, con el río de los Gómez afluente del río Turbio, cuyo cause fue modificado luego de una severa inundación a mediados del siglo XX; las presas que actualmente contienen y regulan el flujo de corrientes son: Los Castillos, Duarte, Echeveste, El Barrial y la presa del Palote (INFANED, 2001).

3.4.4 Transporte y vías de comunicación.

La ciudad de León cuenta con el sistema de transporte masivo de personas llamado Optibus, que es el primero del tipo de autobuses articulados en implantarse en el país y comenzó sus funciones en septiembre del 2003. Existe también a partir de 2018 el sistema interurbano llamado Unebus que busca integrar transporte personal con transporte masivo, usando este último en el traslado de toda la zona Metropolitana de León además de Puerto Interior y Aeropuerto internacional. Las estaciones de este sistema estarán diseñadas para que el usuario deje ahí su medio de transporte individual.



Respecto a vías sustentables, León ocupa el tercer lugar en Latinoamérica respecto a ciclovías y por ende la más completa de la República Mexicana. Con respecto a transporte aéreo en la zona metropolitana de León, justo entre esta ciudad y Silao se encuentra el aeropuerto internacional del bajío con 190 vuelos semanales nacionales y extranjeros, dentro de estos últimos de forma directa a diversas ciudades de EUA y con conexiones a ciudades de los 5 continentes.

En cuanto a transporte terrestre, se cuenta con la Estación Central de Autobuses que es la de principal importancia en el centro de México, así mismo se encuentra la Terminal Metropolitana que es el centro de autobuses más antiguo de la ciudad que dota de traslado dentro de la zona metropolitana y otros lugares más alejados dentro del estado y los altos de Jalisco. La zona metropolitana también cuenta con una terminal ferroviaria especializada en carga la cual se encuentra en puerto interior.

3.4.5 Desarrollo Económico

El desarrollo de la ciudad se inició con el segmento de cuero, calzado y marroquinería, sin embargo, actualmente el desarrollo industrial ocupa primeros planos y muestra de ello es la gran variedad con la que cuenta la zona metropolitana en cuanto a parques industriales de los cuales se tienen como ejemplo: Las Colinas, León- Silao, General Motors, PILBA y San Crispín. Actualmente el módulo de servicios también otorga a esta zona una opción de desarrollo importante y esto sucede tanto en los sectores turísticos, de educación y de salud.

Con respecto al turismo, la zona del bajío ha cobrado relevancia bajo el eslogan del destino cultural de México y León ofrece un abanico de posibilidades, en entretenimiento familiar y para niños. Cuenta con parques temáticos como Explora,



Zooleón, Parque de la Selva, Bol León etc. Si de atractivos culturales se trata, existen recorridos típicos, Museos y turismo religioso dentro de los que se encuentran la visita al Templo Expiatorio de León, la Biblioteca Central Estatal Wigberto Jiménez, Casa de la Cultura Diego Rivera entre otros. Dentro del Bajío la principal fortaleza de León es su potencial para las compras dado la cantidad de plazas comerciales, así como centros Outlet especializados en el calzado y la piel y otros con mercancía en general. Estos centros comerciales están dispuestos prácticamente en todas las zonas de León y existen gran diversidad de precios para cualquier tipo de comprador, de hecho, la compra de mayoreo, sobre todo de artículos de piel y calzado, forma parte del conocido turismo de negocios. Por último, dentro de la modalidad de deportes y aventura, León ofrece una variedad importante que va desde parque recreativos como el Metropolitano o vivir la experiencia de la primera división profesional de Fútbol en el estadio *Nou Camp*, hasta disfrutar de varios escenarios de Gotcha o sentir la velocidad en su autódromo especial para *Go cars*.

En cuanto a los servicios de educación superior, León alberga a la mayoría de las más prestigiosas universidades del país tanto públicas como privadas tal y como se muestra en una página web especializada en el tema (Mextudia, 2019) concentrando la mayor oferta educativa de la región. Así pues, se tienen dentro de las universidades públicas que ofrece esta ciudad: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad de Guanajuato, Universidad Tecnológica de León, Universidad Politécnica Bicentenario, entre otras. Con respecto a las Universidades privadas se cuenta con: Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Universidad Anáhuac, Universidad LaSalle Bajío, Universidad



del Valle de Atemajac, Universidad Tecnológica de México, Universidad del Centro de México por mencionar las de mayor matrícula.

Es de llamar la atención también, los centros de investigación y parque de innovación con que cuenta la ciudad teniendo como los más representativos a: Centro de Investigación en Óptica, Departamento de Ciencias Médicas, Unidad Académica para la Cultura y las Artes todas éstas de la Universidad de Guanajuato. Además, existen el Parque Tecnológico CIEN del Tec. de Monterrey, parque de innovación de la Universidad LaSalle, y la Unidad de Innovación, Aprendizaje y Competitividad de la Universidad Iberoamericana, lo anterior sin mencionar las opciones en línea que se ofrecen tanto en el sector público como privado sin contar con las exclusivas del ramo.

En el Sector Salud León, destaca por sus centros de alta especialidad tanto públicos como privados además de ser el núcleo de formación de recursos humanos en salud más grande de la zona bajío, su infraestructura y la gran cantidad de nativos de esta zona que viven en el extranjero (particularmente EUA) hacen que el turismo medico hacia León sea uno de los más importantes del país en la actualidad. León cuenta con los siguientes hospitales públicos (Flores, 2019).

Por parte del **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS):**

Unidad Médica de Alta Especialidad No.1 del Bajío.

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48

Hospital Regional No. 58

Hospital General de Zona No. 21

Unidad de Medicina Ambulatoria UMA No. 55



Por parte del **Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE):**

Hospital Regional León

Por parte de **Secretaría de Salud:**

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Hospital General de León

Hospital Pediátrico

Hospital Psiquiátrico de León

Hospital Materno-Infantil

En cuanto a hospitales privados, León cuenta con Hospitales locales de gran arraigo que han crecido hasta convertirse en verdaderos ejemplos de este núcleo de negocio en el país y otros que suelen ser marcas reconocidas en toda la República.

Entre los más importantes están:

Hospital Ángeles León

Hospital Aranda de la Parra

Hospital Médica Campestre

Hospital Pablo de Anda

Hospital Siena

Hospital La luz

Hospital Brisas

Hospital Chávez

Centro Médico del Bajío

Centro Médico Quirúrgico



Torre Médica Santé

La formación de recursos humanos para la salud, particularmente la formación de cirujanos generales se encuentra en interrelación con el sistema de residencias de todo el país, sin embargo, en la zona del bajío la ciudad de León Guanajuato tiene por sí misma el desarrollo del 80% de esta empresa. Además, la gran mayoría del modelo académico quirúrgico que está fuera de esta ciudad es de alguna manera influenciada por ésta al contar con la mayor infraestructura hospitalaria de la zona. Como puede observarse, la perspectiva de la ciudad en estos sectores permite una positiva visión hacia fuentes de empleo y un continuo crecimiento, esto plantea retos compartido con las grandes ciudades del país y visualiza un ritmo acelerado en el día a día encontrando en la medida en que la incorporación de estas exigencias a la dinámica familiar sea exitosa.

3.4.6 Comunidad

La comunidad de León Guanajuato debe su segmento cultural a la fusión histórica de etnias y a los particulares eventos de lo cual esta zona ha sido parte. Actualmente la ciudad puede considerarse cosmopolita, sin embargo, preserva cuantiosas tradiciones y tiene un fuerte arraigo religioso católico cristiano que porcentualmente es de los más prevalentes del país. De acuerdo con los archivos históricos del municipio los siguientes son los momentos más emblemáticos que han ido moldeando a la comunidad actual de León de acuerdo con los archivos históricos de la ciudad y a lo comentado por el Instituto Nacional para el Federalismo y el desarrollo municipal (INAFED, 2017) y la Monografía que del municipio realizó el Historiador Carlos Arturo Navarro Valtierra en 2010.

En la época prehispánica el valle fue habitado por tribus chichimecas, mismas que se mantuvieron en constante guerra cuando los primeros pobladores de la zona tomaron



las zonas cercanas al Lerma en la altura de Pénjamo y empezaron a realizar agricultura y ganadería. Los esfuerzos para combatir al pueblo chichimeca favorecieron la construcción de un pueblo mayor a la colonización inicial y gracias a esto fue fundada el 20 de enero de 1576 e instalado su primer ayuntamiento. Como dato curioso el nombre de esta zona anteriormente llamado Valle de Nuestra Señora, cambia a León, por ser este lugar en España el sitio del natalicio del Virrey Almanza, mismo que da la orden para la construcción y trazado de la localidad. Cuatro años más tarde es elevado a Alcaldía y separado de Guanajuato, esto para una mayor organización bélica pues se combatía contra la sublevación de negros de 1580. En 1582 es fundado el primer Hospital llamado de San Cosme y San Damián. Hacia 1731 los Jesuitas llegaron a León y antes de ser exiliados construyeron el templo de la Compañía Nueva lo que posteriormente llegaría a ser la Catedral (INAFED,2017).

Durante la Independencia del país, León fue mantenida sistemáticamente en manos de los realistas y solo en 1821 por acuerdo político el general Iturbide llega al control de este sitio. Hacia 1827 León se convierte en uno de los 4 departamentos del recién creado estado de Guanajuato y de este modo hacia 1830 León recibe el título de “Ciudad” llamada León de los Aldama debido a los hermanos generales insurgentes Aldama, en 1833 y posteriormente 1850 la población de León resiste epidemias de Colera. En 1949 se declara como Santa patrona de la ciudad a la Virgen de la Luz. (INAFED, 2017. Navarro, 2010).

Durante la Batalla de Reforma Manuel Doblado toma la ciudad la cual en ese momento era bastión conservador, sin embargo, durante la ocupación francesa y el proceso de reforma la población pareció acoger bien a Maximiliano al cual recibe en 1864



con fuegos artificiales y globos aerostáticos. En 1862 Pio IX crea al Obispado de León separándolo del de Michoacán, un año después una inundación afecta a más de 800 casas en una población de alrededor de 100,000 habitantes. El 30 de septiembre el coronel Cecilio Delgado Ordena disparar a gente que rezaba en la calle, esto para cumplir las leyes de reforma con el resultado de diversos heridos. En 1869 se reconstruye el convento y colegio de los padres paulinos para utilizarlo como presidencia municipal. A principios de 1870 dos hechos relevantes para la idiosincrasia y futuro de León ocurren: por una parte, el Papa Pio IX declara a la Virgen de la Luz como patrona principal del obispado de León; en otros temas llegan las primeras máquinas de coser marca Singer y Wheeler & Wilson (INAFED, 2017).

Una vez llegado el Porfirismo, la estabilidad política y un crecimiento industrial se hizo incipiente en la ciudad, en 1877 se funda la primera fábrica textil con el nombre de la americana, el teatro Manuel Doblado se construye en 1880, a la par de estos eventos la represión religiosa continua y nuevamente hay un ataque a civiles en un jueves santo el 30 de marzo del 1877 (Navarro, 2010).

En junio de 1888 la ciudad sufre la peor inundación de su historia que deja la destrucción de 117 manzanas y 5,000 personas en la miseria además de incontables pérdidas humanas. A raíz de esto un poderoso éxodo alimentado por el temor de estos hechos deja a la ciudad con la mitad de sus habitantes cediendo con esto el segundo lugar en importancia que hasta ese momento tenía a la ciudad de Guadalajara. Por otro lado, un año después de la tragedia se inicia la construcción de lo que sería el malecón del río para evitar nuevas inundaciones (SAPAL, 2009).



En 1882 llega el servicio telefónico, hacia 1908 León contaba con 63,000 habitantes existían 5 hoteles, 2 hospitales, 2 asilos, 22 mesones, 5 colegios de internado, 2 cuarteles, 5 colegios de internado y cárcel para mujeres y hombres. En 1913 se fundó la cámara nacional de comercio de León, si bien la revolución había iniciado para estas fechas, no se establecía ninguna batalla fundamental en la ciudad. Ciertamente es que Duarte y Santa Rosa fueron tomados por el movimiento, al año siguiente los Villistas tomaron la ciudad y la designaron capital del estado entrando en disputa con el General Álvaro Obregón, el cual no la reconoció como capital, este mismo general en batalla en Santa Ana del Conde perdió el brazo (INAFED 2017).

Para esos tiempos, León sufrió hambruna y la epidemia de tifo acaeció sobre la ciudad y muchos habitantes migraron a Guanajuato. A mediados de 1916 el conflicto armado toma el servicio de trenes y la ciudad quedó aislada. En 1918 se abre la primaria Josefina Camarena, tres años después llegan los primeros dispositivos de radio y ese mismo año inicia su construcción el templo Expiatorio. En 1923 se abre la carretera a San Felipe. En 1926 se funda la fábrica de calzado Emyco, inicio el mismo año la celebración de la fundación de León mediante su feria, en el mismo año una inundación provoca muertes y algunos daños materiales. El 3 de enero las tropas federales entablan una lucha con los cristeros y se fusilan a varios católicos con representatividad local. En 1929 tras una estabilización y acuerdos parciales, se restablecen los cultos religiosos y la cristiada tiende a recluirse y desaparecer (INAFED, 2017).

El 23 de mayo de 1937 se funda el movimiento Nacional Sinarquista, hacia 1941 se funda el Instituto Lux y el 17 de marzo de 1945 se funda la Escuela de Medicina de la ciudad con el Dr. Francisco Gómez Guerra como director. En el año de 1951 se calculan



ya 25 fábricas grandes de calzado con 1,500 talleres familiares que cuentan con 22,000 obreros. En 1952 se funda el colegio La Salle. Por otra parte, aparece el almacén 3 hermanos y el diario el Heraldo de León. En 1963 se inicia la construcción del Boulevard Adolfo López Mateos ante la protesta agresiva de la población. En 1974 se inaugura el edificio de la Universidad del Bajío y en 1978 hace lo propio el Tecnológico de Monterrey y la Universidad Iberoamericana. En 1979 se inicia la construcción del Centro de Convenciones y es inaugurado el Zoológico de Ibarilla. En 1985 se crea la plaza del Zapato y en 1987 se inicia construcción de plaza mayor. En 1989 llega por primera vez al poder el partido Acción Nacional PAN mediante el Ing. Carlos Medina Plasencia. En 1994 se inaugura el Centro de Ciencias Explora (INAFED,2017).

Esta semblanza da las imágenes históricas del cómo y por qué la ciudad de León es actualmente lo que es y cómo sus debilidades, episodios caóticos e incluso trágicos han moldeado a una población con apertura, pero riqueza religiosa y un espíritu conservador de los más arraigados en el país.

3.4.7 Institución

Las instituciones formadoras de los recursos humanos en salud, como es el caso del Cirujano General, se pueden dividir en Instituciones Médicas y de Seguridad Social o bien instituciones netamente educativas como las universidades que dan fe del proceso educativo que en las primeras se ofrecen. Es importante conocer el entorno y origen de cada uno de ellos para poder tener una perspectiva más clara del por qué sus fortalezas y debilidades hoy.



3.4.8 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS se crea en 1943 siendo presidente de la República el Licenciado Manuel Ávila Camacho e Ignacio García Téllez como primer director general y prácticamente creador de este régimen de seguridad social. El IMSS presenta un sistema de seguridad social innovador que abarca servicios de salud, vivienda, red de guarderías, pensiones y en resumen todo lo pensado que un trabajador requerirá a lo largo de su vida para contar con un transitar digno para su familia y para su persona. Su financiamiento es tripartito siendo este cubierto por el trabajador el patrón y el gobierno. Actualmente, el IMSS cuenta con alrededor de 74 millones de derechohabientes poco más del 60% de la población. Con respecto a la formación de recursos humanos y en especial residencias médicas inician en el Hospital la Raza hacia 1954 para esparcirse posteriormente a Monterrey y Guadalajara. Hacia 1975 se establece como cambio sustancial la rotación de los alumnos de postgrado de al menos 3 meses a hospitales rurales, en ese tiempo llamados IMSS-Coplamar. Para 1984 se decide elaborar un programa académico para cada especialidad, a finales de los 90 se decide aumentar un año las especialidades troncales y al inicio de año 2000 se plantea una perspectiva más participativa del alumno con el profesor como facilitador del conocimiento (IMSS, 2017).

3.4.9 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Este instituto nace de una propuesta del presidente Adolfo López Mateos en 1959 así la dirección general de pensiones y de retiro se transforman a partir de 1960 en el ISSSTE y actualmente da servicio a casi 13 millones de derechohabientes mediante un formato que cubre enfermedad invalidez y pensión, así como otros servicios sociales. Su



financiamiento es bipartito (estado y trabajador) e inicia con la formación de residentes durante la década de 1960 y es clave en el movimiento político de residentes de 1964 (Díaz, 1975).

3.4.10 Secretaría de Salud (SA)

Esta institución nace en 1943 con la exploración de la seguridad social como hito post revolucionario con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia, posteriormente Secretaría de Salud. Debe de decirse como agregado, que finalmente ésta es la sucesora de los esfuerzos de otorgamiento de salud desde la época de reforma y el cambio surge por la organización y codependencia financiera que se le da los hospitales que hasta entonces funcionaban, es decir, paradójicamente la Secretaría de Salud, no es un sistema integrado de seguridad social sino una herramienta administrativa para llevar cobertura de salud a los ciudadanos (Rivera, 2007).

Este sistema, sin embargo, tiene a los hospitales centralizados de mayor tradición y antigüedad llamados Institutos Nacionales de Salud y recientemente como un propósito de llevar medicina de alta especialidad fuera de la ciudad de México, se han instaurado los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. En general, el financiamiento de estos hospitales fue con apoyo directo del gobierno federal y con donativos altruistas, además el sistema fuera de los hospitales ya mencionados fue fragmentado por Estados durante la década de los 80 y posteriormente en una segunda etapa durante la década de los 90 realizando una secretaria autónoma para cada entidad federativa. Posterior al año 2000 con el inicio del Seguro Popular, el enfoque de financiamiento cambió y actualmente las dependencias de la SA dependen en su mayoría del flujo de este modelo de financiamiento que funciona de forma parecida a los seguros médicos privados. En



cuanto a su impacto histórico en la educación de especialidades médicas se encuentran como protagonistas debido a su naturaleza que precede a toda organización formal de la seguridad social, así se tiene que El Hospital General de México fue el primer sitio con una residencia formal y aval universitario en el país (Rivera, 2007).

3.4.11 Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Esta universidad y su facultad de medicina provienen de la Real y Pontificia Universidad de México creada por mandato de Carlos I de España. Es en 1821 de acuerdo con los archivos de la UNAM cuando a Universidad se convierte en Nacional de la mano de Valentín Gómez Farías, el cual, al adicionar la creación de Ciencias Médicas, empieza a escribir la historia moderna de la Facultad de Medicina. En 1906 se decide incorporar conocimientos médicos biológicos, pero siempre dando peso medular a la práctica clínica. En el programa de 1915 se marca como cambio trascendente la ampliación de la carrera de 5 a 6 años agregando año de actividades hospitalarias. En 1929 obtiene la autonomía convirtiéndose finalmente en la Universidad Nacional Autónoma de México.

En 1951 se aprueba la creación del departamento de estudios de postgrados en medicina, iniciando con esto la validación de especialidades médicas por programa universitario ya con estos hacia 1960 la Escuela Nacional de Medicina se convirtió formalmente en Facultad de Medicina. En los años 90 se aprueba el Plan Único de Especialidades Médicas mismo que se encuentra actualmente vigente para la formación de residentes avalados por esta universidad (Marsiske, 2006).

3.4.12 Universidad de Guanajuato



La Universidad de Guanajuato es la predecesora de lo que en su tiempo fue llamado Colegio del Estado adquiriendo su nombre definitivo hacia el año de 1945 curiosamente el mismo año en que inicia la Escuela de Medicina que posteriormente se anexaría a la Universidad. Esta Institución actualmente es autónoma, sin embargo, este cambio es mucho más contemporáneo pues se llevó a cabo durante 1994 siendo el Maestro Juan Carlos Romero Hicks quien mediante su gestión logra este trascendental paso. Durante los años ochenta, se producen programas para coordinar residencias médicas de hospitales del IMSS y SA posteriormente en los noventa hacen lo mismo con el ISSSTE (García & Ibarra, 2012).

3.4.13 Infraestructura

Tres hospitales son los escenarios principales en donde se llevan a cabo las experiencias de aprendizaje de los residentes quirúrgicos de la ciudad de León, dos son instalaciones a cargo de la Secretaría de Salud, uno estatal y otro federal. El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) es un hospital regido por el gobierno federal, quien de acuerdo con su plan de trabajo 2019 cuenta con superficie total de 25 000 m², 184 camas censables, 27 especialidades, 34 consultorios, 7 quirófanos (quirófano central) y un helipuerto. Posee departamentos de Imagenología avanzada, medicina nuclear, quimio y radio terapia, así como puesto de sangrado. Cuenta con unidades de apoyo en cirugía ambulatoria, oncología, hemodiálisis y rehabilitación. Tiene cuatro pisos de hospitalización uno de ellos con salas de presión negativa y positiva, terapia intensiva pediátrica, neonatal, cardiológica y de adultos con 35 camas en total. Por su parte el Hospital General de León pertenece a los Servicios de Salud de Guanajuato y está construido en una superficie de 41 hectáreas contando con 250 camas,



39 especialidades, área de imagen avanzada, terapia intensiva y sala para quimioterapias (Díaz, 2019).

Por último, la Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío IMSS (UMAE) cuenta con 24 000m² de construcción en 19 500m² de terreno con 14 áreas, 7 niveles y 4 pisos de hospital, 237 camas censables y 207 no censables 74 consultorios, 15 quirófanos, imagenología avanzada, medicina nuclear, 28 camas de terapia intensiva, central de mezclas y banco de sangre (Fuentes, 2015). Como puede hacerse notar en la anterior descripción, los tres hospitales cuentan con grandes instalaciones y equipo de avance tecnológico, sin embargo, cada uno tiene políticas acerca del uso por lo que en la práctica adentro de la residencia quirúrgica cada uno tiene ventajas y desventajas, aunque el potencial para ser excelentes sedes lo tienen los tres.

3.4.14 Superestructura

Si bien se ha tratado cierta homogeneidad desde la instauración de las residencias médicas, la realidad es que esto dista de ser lo que se observa hasta el día de hoy. Esto entre otras cosas se debe a un enfoque que de acuerdo con las necesidades de origen prevalece en la institución formadora, así como el grado de profesionalización docente, de hecho, no existe en México una estadística seria que exponga puntualmente estas diferencias, lo que hasta el momento se sabe al respecto es más por sondeos directos y entrevistas a los alumnos. En la siguiente tabla se realiza la descripción y comparación de lo que se conceptualiza como superestructura dentro del enfoque de formación de recursos humanos y el marco ideológico de cada hospital.



Tabla 3.

Cuadro comparativo de superestructura entre Hospitales con curso de Cirugía General en León.

	Hospital General de León	UMAE Bajío IMSS	HRAEB Bajío
Misión	Ser una institución pública rectora que contribuye al bienestar de la población, garantizando el derecho a la salud a través de servicios que cumplan con estándares de calidad y seguridad del paciente, impulsando la participación social	Somos una unidad médica de alta especialidad que se distingue por brindar atención integral especializada, otorgando servicios de manera oportuna, con calidez y sentido humanitario, para limitar el daño, restablecer la salud y así contribuir a mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.	Brindar servicios de salud con calidad, eficiencia, oportunidad y seguridad a enfermos que presentan padecimientos que se encuentran en la cartera de servicios del Hospital, y ofrecer trato amable y humanitario a ellos y a sus familiares, vinculando la atención con la formación de recursos humanos. Desarrollar investigación relacionada con el proceso de atención médica proporcionado por el Hospital, que sirva para mejorar el cuidado a los pacientes.
Visión	Ser una institución vanguardista que se consolide como un sistema de salud confiable, transparente, respetuoso y de respeto, que otorgue servicios eficaces y eficientes, con profesionales de la salud	Ser una unidad de atención médica integral especializada y de investigación mediante una modernización profesional, tecnológica e informática, operando con estándares mundiales de calidad total y que sea	Ser un hospital con cultura de calidad, que ofrezca seguridad al paciente, y tenga un apropiado clima laboral que facilite a su personal trabajar de manera organizada para apoyar de forma ágil, eficiente y eficaz a sus pacientes, demostrado en los indicadores de



	comprometidos con sus usuarios y la decidida participación de la población guanajuatense en el autocuidado de la salud	reconocida por la comunidad.	desempeño. Contar con programas de enseñanza que permitan que personal en formación destaque por su nivel académico, y ser un referente nacional para la actualización continua de alto nivel. Tener el reconocimiento nacional por la cantidad y calidad de sus investigaciones y lograr mayor proyección internacional.
Valores	Honestidad, Humildad, tolerancia, respeto, lealtad, compromiso, equidad, humanismo, compañerismo	Ética, Lealtad, Disciplina, honestidad, responsabilidad, trabajo en equipo, justicia social.	Amabilidad, Trabajo en equipo, organización, calidad técnica, comunicación, eficiencia, honestidad, espíritu de servicio, respeto a la dignidad del ser humano, responsabilidad.
Nivel académico del recurso humano en relación con formación	No hay datos confiables del porcentaje existente en cuanto al proceso de profesionalización docente.	Se llevan a cabo de manera periódica diplomados en profesionalización docente para profesores titulares y adjuntos.	Capacitación original en pedagogía para adultos para todo el personal médico antes de iniciar formalmente el curso de residencia médica.

Nota: Adaptación con base en los documentos de las distintas instituciones.

En cuanto a lo que se refiere a la cultura organizacional, los tres nosocomios reciben anualmente instrumentos para ser llenados por sus trabajadores a fin de tener un diagnóstico y actuar en consecuencia si bien los resultados de esta encuesta presentan un rango de difusión más abierto en el HRAEB que en los otros dos hospitales.



Para Carrada (2002) la cultura organizacional en los sistemas de salud se basa en 4 tipos de manifestaciones, a saber: estructurales, simbólico-conceptuales, conductuales y materiales, cada una de ellas concebida por subestructuras y dirigidas a los valores, creencias y suposiciones básicas que en conjunto expresa la institución. El conocimiento de la cultura organizacional en las instituciones de salud es un camino que empieza a aclararse por lo que aún no se cuenta con datos longitudinales suficientes para categorizar puntualmente cada una de ellas, sin embargo, los esfuerzos realizados recientemente permiten una actitud positiva a este respecto en los próximos años.

Del cuadro comparativo sin embargo, se puede concluir que el HRAEB pareciera tener un enfoque que aporta mayores facilidades al proceso de enseñanza, esto por ser el único que engloba a ésta dentro de su visión, si bien al parecer tanto él como la UMAE Bajío han tomado acción en lo que respecta a la profesionalización docente, por su parte, el Hospital General de León parece tener ciertas desventajas teóricas que fundamenten su labor frente a los otros dos, precisamente en los temas ya comentados y aunque si bien pueden deberse solo a una mala difusión, se debe de observar estas diferencias de acuerdo a los contextos en que cada hospital fue diseñado y bajo qué marco organizacional fue puesto en marcha. Si lo hace de esta manera, no es difícil darse cuenta que la estructura y diseño aplicativo de los dos hospitales de alta especialidad, han facilitado el enfoque académico, mientras que, en el Hospital General, esta carencia se ha sabido sobrellevar de acuerdo a los resultados, lo cual a su vez puede ser causa de que aún en la actualidad un marco regulatorio que evite esta debilidad es inexistente.

3.4.15 Entorno



El entorno en el que el proceso educativo se da en cada sede tiene variantes dadas por las características analizadas anteriormente, así como otros elementos de carácter subcultural y físico.

3.5.15.1 Entorno sociocultural

Cada uno de los hospitales guarda un ambiente particular en torno a este elemento y esto es dado básicamente por el resultado de tres factores, siendo estos la ubicación, los criterios de admisión y la multiculturalidad del recurso humano. Así se tiene un caso particular con el Hospital General pues prácticamente cambiará de ubicación en estos días pasando de una zona céntrica de la ciudad a otra mucho más alejada, pero con la ventaja de mayor infraestructura además de la cercanía con la escuela de medicina y con el HRAEB. Por su parte la UMAE IMSS forma parte de un complejo hospitalario típico de esta institución en el cual permanece como parte de un núcleo médico que incluye además de este hospital otro de gineco pediatría y una unidad de medicina familiar, así como instalaciones delegaciones del Instituto. Por último, al mencionar los criterios de inclusión de pacientes, el Hospital General de León aparece de facto como el único de admisión libre, pues mientras que la UMAE IMSS está enfocada a población con derechohabencia, el HRAEB solo captura población acorde a su cartera de servicios típica de tercer nivel. Estos factores ofrecen ciertas particularidades que son observables en el día a día de cada hospital además de que moldean el tipo de servicio en que el residente de cada unidad tendrá sus fortalezas y debilidades potenciales.

En el punto de multiculturalidad existe un marco regulatorio que favorece la admisión de residentes de cualquier parte del país, sin embargo, en la práctica se observa que existe mayor prevalencia de personas oriundas de estados contiguos al bajío por un



lado y por otro hay una tendencia de los hospitales de SA de tener un porcentaje mayor de residentes egresados de la Universidad de Guanajuato que su contraparte del IMSS.

3.5.15.2 *Entorno físico*

Si bien los tres nosocomios se encuentran en León, cada uno de ellos guarda ciertas características. El Hospital General de León se encuentra particularmente en una situación especial pues está a punto de mudarse a nuevas instalaciones después de casi 60 años de ocupar un lugar clásico en la zona céntrica de la ciudad con la cercanía de la escuela de medicina (misma que ya se ha mudado al nuevo sitio desde hace algunos años) pero, además, cerca de todas las amenidades de la zona central de cualquier ciudad. En el caso de la UMAE IMSS, en sus inicios se reconocía la zona como lejana y poco habitada, sin embargo, para la actualidad esto está lejos de ser realidad pues el hospital se encuentra en una de las zonas con mayor crecimiento y cerca de los principales núcleos de desarrollo y plazas comerciales, si bien no cuenta con los desplazamientos típicos del área central de la ciudad, su ubicación permite tener acceso a múltiples zonas culturales y lúdicas sin mencionar que la infraestructura del IMSS como instituto se encuentra en el mismo lugar.

El HRAEB es el edificio de carácter nominativo más joven de los tres, pues inicia funciones en el 2007 por lo que en cuanto a su ubicación se refiere, ha tenido más de una situación con respecto a su entorno, inicialmente la zona estaba aislada e incluso su accesibilidad fue cuestionada, sin embargo, poco a poco se convirtió en un imán para pequeños empresarios y actualmente la zona realza como centro de enseñanza e infraestructura hospitalaria del estado pues se encuentra junto al llamado Departamento



de Medicina y Nutrición, al Instituto Tecnológico de León y a partir de noviembre de este año del Hospital General de León.

Poco a poco nuevos fraccionamientos han llegado a la zona y actualmente cuenta con facilidades de accesibilidad mucho mayores sin ser iguales aún a las de la UMAE IMSS o la situación original del Hospital General de León. Esto último, sin embargo, puede jugar un papel en el proceso de enseñanza al mostrar al educando un escenario más libre de potenciales distracciones al menos, de carácter inmediato. Es así como cada uno de los hospitales formadores cuentan con una serie de características que los hacen particulares, sin embargo, el factor principal continúa siendo el alumno y su motivación por aprender, por lo que estos elementos se encuentran lejos de ser decisivos, sin embargo, es útil tenerlos en cuenta a lo largo del presente análisis.

3.5 Recogida de datos (Instrumentos de Información)

Los instrumentos empleados en la presente investigación otorgan la información referente a las categorías propuestas, supuestos teóricos, objetivos y preguntas de investigación. Se utilizó una entrevista para determinar la postura de los diferentes actores involucrados en el fenómeno, si bien de manera emergente terminó siendo útil también para el análisis de ciertas categorías. Dado que no todas las categorías fueron consideradas tan a fondo por los interlocutores, durante la entrevista a profundidad, como se deseó originalmente. La entrevista a profundidad, por su parte, se conformó como el corazón de la investigación, debido a la riqueza de datos obtenidos y la profundidad de ellos.



3.5.1 Encuesta

- Se realizó una encuesta ya que como lo afirman Rodríguez, Hoffmann y Makedanz (2011) una técnica para recoger datos es útil en la investigación cualitativa. El instrumento fue dirigido en mayor proporción a alumnos que cursan la especialidad de cirugía general (se incluyen a todos los residentes de cirugía adscritos a los hospitales de Guanajuato que accedieron a participar) y en menor proporción a cirujanos ya formados (los cuales son obtenidos mediante su consentimiento por medio de muestra discrecional y no exceden el 25% del total de los sujetos de observación). Cabe mencionar, que, dentro del grupo de cirujanos en funciones, se refirió a los recién egresados, sin embargo, dado la disponibilidad también fueron interrogados algunos cirujanos con mayor experiencia. La necesidad de este tipo de categorización entre residentes, cirujanos formados y cirujanos de mayor experiencia y la proporción entre ellos radica en que cada uno de estos grupos tiene un impacto diferente de la problemática, dado la temporalidad por la cual han cursado o están cursando dentro del desarrollo de su profesión. Por lo tanto, la interpretación de cada uno de ellos es valiosa en si misma sin dejar a un lado que los que la viven en el presente reflejan con mayor certeza la realidad del tiempo. Comentado lo anterior se pudieron integrar los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- Ser residente de la especialidad de Cirugía General.
- Ser Cirujano General en práctica de su profesión como actividad profesional principal.



Criterios de exclusión:

- Encontrarse fuera de la zona de alcance del investigador durante la segunda etapa de investigación empírica (ejemplo: rotación fuera del país).
- Estar aceptado para realizar estudios de subespecialidad momento de la investigación.
- No aceptar participar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

- Rechazo a participar en algún apartado de la investigación.
- Negativa o impedimento para participar en dos o más ocasiones.



Diseño, validación, manufactura y contenido del cuestionario. Si bien los cuestionarios suelen verse vinculados a investigación cuantitativa, Rodrigues, Hoffmann y Makedanz (2011) afirman que se deben tener como una técnica para recoger datos que es de utilidad en la investigación cualitativa, siempre y cuando el enfoque dentro de la investigación sea el de la exploración de ideas con respecto a la realidad del fenómeno y no se establezca como la única o fundamental técnica en la recogida de datos. Cuidando las anteriores recomendaciones las preguntas fueron basadas en las categorías de investigación propuestas anteriormente, fueron de carácter neutro y expusieron un rango de respuestas principalmente abiertas, aunque también se realizaron basadas en la escala de Likert y dicotómicas. Este instrumento fue previamente sometido a una validación por panel de expertos bajo la tutela del tutor del postgrado, para posteriormente, ser aplicado con un pilotaje a 12 sujetos por muestreo intencional no probabilístico. El desarrollo de la herramienta se realizó dentro de la academia del Doctorado en el módulo respectivo a la elaboración de instrumentos. El objetivo de la encuesta, la cual puede ser empleada para fines cualitativos y cuantitativos según Rodrigues, Hoffmann y Makedanz (2011), fue establecer patrones de interpretación de la problemática planteada, mismos que posteriormente fueron utilizados para mediante un muestreo teórico (intencional) elegir a las personas a las que se realizó la entrevista en profundidad. A continuación, se muestra la propuesta inicial del instrumento, las acotaciones centrales de los expertos quienes validaron el mismo y posteriormente la versión final.

1.- Brevemente, ¿qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades?

R- Respuesta abierta.



2.- ¿Crees que la cirugía general como especialidad ha pasado por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

R- Si o No

3.- ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema durante la residencia?

-Practica quirúrgica.

-Conocimiento teórico.

-Desigualdad de oportunidades.

-La falta de desarrollo de habilidades especiales o de alta especialidad.

-El valor otorgado del cirujano general ante la comunidad al margen de subespecialidades y cursos de alta especialidad.

4.- ¿Por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento?

-Falta de estímulo

-Diferencias socioculturales

-Falta de practica

-Falta de conocimientos por mala aplicación de los programas

-Todas las anteriores

5.- ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?

-Absolutamente.

-La mayor parte de las veces.

-Algunas veces.

-La menor parte de las veces.

-Nunca.

6.- ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general?

R- Texto corto

7.- ¿Piensa usted que dentro de su área de especialidad el cursar una subespecialidad o curso de alta especialidad es imprescindible para su ejercicio profesional?

-Si

-No

8.- ¿Actualmente se encuentra cursando una residencia, curso de alta especialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía general?

-Curso de residencia troncal.

-Curso de residencia de subespecialidad.

-Curso de alta especialidad.

Ejercicio de la cirugía general.

9.- ¿Cuáles fueron las principales causas por las que decidió realizar la residencia en cirugía general?

-Respuesta en texto corto.

10.- ¿Cuál es o sería –según el caso- la causa por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?

-Respuesta en texto corto.

11.-Bajo tu perspectiva sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valoren la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad

-Texto corto

12.- ¿Para ti hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección?

-Un requisito.

-Una elección.

13.- ¿Qué opinas de la homogenización en las competencias dentro del entrenamiento en cirugía general?

-Respuesta en Texto corto



14.- Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación con el desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista y por qué.

R- Texto tan extenso como lo considere necesario.

15.-En tu opinión, la cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse.

-Si

-No

Experto 1

Dr. Gregorio Daniel Ramirez Beltrán, Doctor en Educación por la Universidad Interamericana

Correo electrónico: danielrmzb@hotmail.com

Enfoque de Validación: De contenido y de constructo

Comentarios: “En general las preguntas miden lo que pretenden recomendaría ser menos general en algunas preguntas y disminuir las preguntas de respuestas dicotómicas a su mayor nivel en atención a que se trata de un instrumento que será aplicado en un estudio cualitativo”.

Comentarios:

Experto 2

Dra. Mónica De los Dolores Barba Morales, Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Cuauhtémoc.

Correo electrónico: monidolb@yahoo.com.mx

Enfoque de la validación: de contenido y de constructo

Comentarios: “Existe coincidencia del instrumento con las categorías y objetivos descritos para la investigación, sugiero dar a entender mejor, preguntas como la 6 y la 9, favorecer las respuestas con escala de Likert y disminuir en lo posible las respuestas dicotómicas.

Experto 3



Dr. Jiri Sykora, Doctor en Educación por la Universidad Gregoriana Roma Italia

Correo Electrónico: jiri.sykora@iberoleon.mx

Enfoque de validación: de contenido y de constructo

Comentarios: “Se debe tener especial cuidado en el sentido de las preguntas ya que algunas parecen ser repetitivas, en otras no se alcanza a comprender el sentido de la pregunta (probablemente mi español es factor para considerar). Se recomienda en general minimizar las respuestas dicotómicas y favorecer las respuestas de texto corto de tal manera que el contexto cualitativo en el cual se desenvuelve el instrumento sea más fácilmente expuesto al momento del análisis”.

Con los comentarios anteriores se replanteó el instrumento quedando como se muestra en esta segunda versión.

1.- Brevemente, ¿qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades?

R- Respuesta en texto corto.

2.- ¿Crees que la cirugía general como especialidad actualmente atraviesa por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

R- Si o No

3.- ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema en tu formación de residente con respecto a tu práctica profesional?

-Práctica quirúrgica.

-Conocimiento teórico.

-Desigualdad de oportunidades.

-La falta de desarrollo de habilidades especiales o de alta especialidad.

-El valor otorgado del cirujano general ante la comunidad al margen de subespecialidades y cursos de alta especialidad.

4.-Describe brevemente ¿Por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento?

R- Respuesta en texto corto.

5.- ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?

-Absolutamente.

-La mayor parte de las veces.

-Algunas veces.

-La menor parte de las veces.

-Nunca.

6.- ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general?

-Menos de 1 año.



-De 1 a 3 años.

-De 3 a 5 años.

-De 5 a 8 años.

-Más de 8 años.

7.- ¿Qué tanto considera relevante para el ejercicio de su profesión el cursar una especialidad o curso de alta especialidad?

-Muy relevante.

-Relevante.

-Neutro.

-Poco relevante.

-Nada relevante.

8.- ¿Actualmente se encuentra cursando una residencia, curso de alta especialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía general?

-Curso de residencia troncal.

-Curso de residencia de subespecialidad.

-Curso de alta especialidad.

Ejercicio de la cirugía general.

9.- Describa brevemente las dos principales razones por las cuales decidió el entrenamiento en cirugía general dentro de su formación como especialista:

-Respuesta en texto corto.

10.- ¿Cuál es o sería –según el caso- la razón principal por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?

-Respuesta en texto corto.

11.-Bajo tu perspectiva sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valorar la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad

-Si.

-No.

12.- ¿Para ti hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección?

-Un requisito.

-Una elección.

13.- ¿Qué tan importante consideras a la homogenización de competencias con las que el cirujano debería salir de su entrenamiento de especialidad?

-Muy Importante

-Algo importante

-Importante

-Poco importante

-Sin importancia

14.- Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación al desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista.

R- Texto tan extenso como lo considere necesario.

15.-En tu opinión, la cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse.

-Absolutamente de acuerdo.

-Algo de acuerdo.

-Ni de acuerdo ni de desacuerdo.

-Absolutamente en desacuerdo.



Esta encuesta se realizó con apoyo del programa *Rotator Survey*® en su versión 25.37.

Dicho programa solo se lee en Windows, por lo cual fue necesario un programa de apoyo para emular esta plataforma en sistema MAC, esto se realizó mediante la aplicación *Virtual box*® en donde se instaló *Windows XP* 64 bit y se corrió el programa primario de manera exitosa.

La encuesta basó su contenido en las categorías propuestas con anterioridad y que emanan de los supuestos teóricos. A continuación, se describe la naturaleza de cada una de las preguntas con la cual se entiende el enfoque de exploración de ideas que obra en cada una facilitando así su comprensión dentro del espectro cualitativo:

- La pregunta número uno busca dar una breve tribuna libre con el objeto de tomar confianza del sujeto y favorecer su interpretación con respecto a los elementos positivos y negativos de la cirugía general como especialidad, de este modo se puede iniciar la exploración y evidenciar la tendencia de cómo los sujetos interpretan la realidad de la especialidad anidando ésta dentro de cada uno de los supuestos teóricos y relacionándola con la mayoría de las categorías propuestas, en resumen, es una pregunta inmanentemente exploradora.
- En el reactivo dos, se muestra al sujeto ante un estímulo dicotómico (positivo o negativo) con respecto a la realidad que él percibe sobre el estado actual de la cirugía general como especialidad en crisis, aquí la pregunta en complemento de la primera además de se expone de facto si el sujeto es consciente o no del problema en cuestión.
- En la pregunta número tres, se apuesta por una pregunta de opción múltiple y se busca conocimiento relacionado al currículo y resultados del programa actual



principalmente, en este tipo de cuestiones es particularmente interesante observar si la percepción del sujeto cambia de acuerdo con la etapa de formación en la que se encuentra.

- Nuevamente, en el reactivo cuatro se opta por la posibilidad de la respuesta abierta, en esta ocasión se confronta al sujeto a la opinión objetiva que en cuanto a la formación quirúrgica tienen de la especialidad algunas revistas especializadas buscando encontrar opiniones que nos ayuden a profundizar dentro de la causalidad del cirujano general como producto del sistema de formación actual y su currículo.
- La pregunta número cinco opta por una escala de Likert cuestionando la importancia actual de la especialidad para con el usuario final de la misma de este modo se busca adentrar en la conciencia del sujeto sobre el desarrollo de la profesión para que se está entrenando o bien ya ejerce y analizar las causas socioculturales y académicas de su respuesta.
- El reactivo seis, nuevamente expone al sujeto a una escala tipo Likert y busca categorizar dentro del entorno sociocultural del cirujano o bien referente a la perspectiva que este guarda con respecto a su posicionamiento socioeconómico y el modo en que esto es interpretado como parte de los resultados de la formación actual en la especialidad.
- Como complemento del reactivo anterior, la pregunta siete busca conocer el grado de necesidad que el sujeto tiene de cursar por una subespecialidad o curso de alta especialidad para poder desarrollarse en su profesión, para dimensionar el grado de su respuesta y nuevamente se emplea una escala de Likert.



- La pregunta ocho tiene fines más concretos, solo indaga el proceso temporal en el que el sujeto se encuentra actualmente dentro de su formación académica. De esta manera se busca categorizar el resto de sus respuestas además de dar una pausa y relajar la encuesta con una pregunta que no exige grado de introspección alguno.
- En la pregunta nueve se busca mediante el descubrimiento de las dos principales razones que motivaron la decisión de formarse en cirugía por parte de los sujetos, y el entorno sociocultural que rodea este tipo de situaciones.
- En la pregunta diez se busca una de las respuestas más ambiciosas del cuestionario por lo cual se propone una respuesta abierta, se interroga sobre las motivaciones para ejercer la cirugía general sin el apoyo de un gramaje académico mayor, esta respuesta tiene implicaciones en casi todas las categorías propuestas y consecuentemente también está en relación con los supuestos teóricos propuestos.
- Como complemento a la pregunta diez, en la pregunta once se propone un enunciado de respuesta dicotómica (positiva o negativa) con relación a la necesidad de un entrenamiento de mayor especialización como necesidad para el ejercicio de la cirugía.
- La pregunta doce es también un enunciado de carácter dicotómico que busca categorizar a los sujetos que buscan en la formación de cirugía general un peldaño para sus objetivos profesionales y no su profesión primaria.
- Buscando la parte propositiva de la encuesta, en la pregunta trece se busca encontrar la categorización en que el sujeto conceptúa la homogenización de la



cartera de competencias de los diferentes centros formadores de la especialidad en la República Mexicana nuevamente aprovechándonos de la escala de Likert para este fin.

- Definitivamente, la pregunta más ambiciosa de la encuesta al menos en su profundidad es la interrogante número catorce y por eso se da foro libre para responderla. Aquí, se busca crear en el sujeto el conflicto mental sobre la interrelación multivariable por lo cual está determinada la evolución de la cirugía en los modelos hasta el momento instituidos. De acuerdo con las tendencias que marquen las respuestas se realizarán categorías que abonarán a la reconstitución de líneas de interpretación a partir de las cuales se decidan los elementos para seleccionar sujetos a los cuales aplicar la entrevista a profundidad como segundo instrumento del estudio.
- La pregunta quince por último formula mediante escala de Likert el grado en que el sujeto observa debilitamiento de la especialidad con respecto a las competencias en ella aprendidas con esto el autor pretende tener elementos para evidenciar sobre todo el primer supuesto teórico.

En síntesis, las preguntas se encuentran fundamentadas en los supuestos teóricos y sus respuestas otorgarán elementos para el desarrollo de las categorías propuestas.

3.5.2 Entrevista no estructurada (a profundidad)

Este tipo de entrevista se entiende por las bases que en su aplicación promovieron Taylor y Bogdan (1984). En este tipo de entrevistas el instrumento de investigación no es un formulario o protocolo previamente establecido sino el propio investigador, ya que conduce los hallazgos de la conversación por el camino más conveniente tratando de



profundizar lo más posible en el tema en cuestión y en la interpretación del mismo que su interlocutor le da. Aquí, no solo se trata de obtener respuestas sino, de realizar preguntas y saberlas estructurar adecuadamente y en ocasiones requerirá más de un encuentro con los informantes y se debe tratar de entender qué es lo importante para ellos, antes de entrar en la materia fundamental de la investigación.

Para efectuar este instrumento, se reconocen momentos que se deben tomar en cuenta a fin de estar preparados y que el ejercicio sea valioso. Se debe cuidar, por ejemplo, el lugar y el momento de la entrevista, asegurarse de traer lo necesario para la misma (papel y lápiz por decir lo mínimo). En el momento de la entrevista será importante la actitud del entrevistador la cual deberá ser abierta pero asertiva y en todo momento amable, también se debe considerar en ciertos escenarios el acondicionamiento del lenguaje el tono del entrevistado, de igual forma en este apartado se sugiere evaluar la propia vestimenta (Robles, 2011, p.43).

La entrevista debe tener una introducción con preguntas generales que proveen confianza y otorguen un tono agradable al proceso. Posteriormente, se llega al cuerpo de la entrevista con los elementos interrogatorios esenciales, finalmente se acaba la etapa de entrevista bien dando término al proceso en general agradeciendo al interlocutor. Al término de la entrevista es aconsejable empezar a trabajar en ella de inmediato, analizarla y tomar lo sustancial de ella, pues si se espera o peor aún se reúnen varias entrevistas antes de su análisis, se perderá buena parte de la esencia intangible que como dinámica de la conversación es evidente al término de esta (Robles, 2011, p.41).

3.5.2.1 La grabación de la entrevista



Se recomienda la grabación de la entrevista, pues es una manera fácil de recordar el contenido fiel de lo dicho, además de tener acceso al tono de la plática las veces que se requieran. Otros tipos de precauciones a tomar en cuenta fueron solicitar expresamente al entrevistado su autorización para realizar la grabación, se aseguró el buen funcionamiento del aparato grabador antes de cada ejercicio. Por último, se grabó la conversación en el ordenador tan pronto como fue posible para evitar la pérdida de la información o la confusión con nuevas entrevistas (Robles, 2011, p.43-44).

3.5.2.2 Dificultades de la entrevista

Posibles dificultades: básicamente se tiene la resistencia a la grabación de entrevistas, aunque no fue el caso. Se entiende que fue informado y autorizado al inicio de la entrevista. Cuando esto suceda, se recomienda explicar por qué la importancia de la grabación y dejar claro que, para fines de la investigación, lo importante en lo que se dice y no quien lo dice. En casos hipotéticos pudo enfatizar que la problemática de no grabar la conversación se encuentra en lo difícil que sería escribirla y seguir una cadencia natural de la charla, siendo esto indispensable para obtener las respuestas más espontaneas posibles.

Con respecto a la confidencialidad, fue tan convincente como requirió a fin de dejar claro que el material fue totalmente oculto en cuanto a la identificación se refiere y solamente se usaron términos generales como “docente” o “alumno”. En caso de que algún tema en particular fu problemático, se pudo interrumpir por ese momento la grabación o bien reenfocarlo de acuerdo a como lo permitan los objetivos de la propia entrevista.



3.6. Procedimiento (logística de aplicación).

3.6.1 De la encuesta

La aplicación de la encuesta se realizó de diversas formas de acuerdo con la posibilidad que cada uno de los entrevistados tuvo en su agenda para responder, dichos procedimientos se enlistan a continuación:

- Persona-Persona: se acudió directamente con el sujeto y se le invitó a participar y se solicitó llenar la encuesta.
- Vía telefónica: se contactó al sujeto vía telefónica invitándole a participar y realizando la encuesta mediante lectura de las preguntas y copia fiel de las respuestas otorgadas.
- Vía *WhatsApp*: se contactó mediante esta red social enviando archivo con encuesta e invitando a participar las respuestas fueron recibidas por este mismo canal.
- Vía correo electrónico: se contactó al sujeto vía correo electrónico invitándole a participar y enviando archivo con la respectiva encuesta, posteriormente la encuesta realizada fue enviada por este mismo canal.

3.6.2 de la entrevista

Basado en Robles, (2011) se propusieron las siguientes etapas dentro de la logística de aplicación.

- Inicio
 - Se recomendó una breve presentación y explicación de la idea de la entrevista.



- Debe de atenderse al carácter confidencial del evento, así como lo anónimo del uso del producto de la entrevista. Del mismo modo hubo de enfatizar en el carácter espontaneo de la entrevista y entender que si bien existieron preguntas, las respuestas a ellas no serán ni buenas ni malas.
- Aun grabando puede fue útil escribir algunas notas de acuerdo con las ideas principales que se vertieron durante la entrevista.
- Durante
 - Fue recomendable crear un ambiente de confianza desde el inicio de la entrevista y este se conservó durante toda la duración de ésta. Se recomendó mostrar interés y cordialidad, así como evitar debatir con el entrevistado y en la medida de lo posible se evitó el cuestionamiento de sus opiniones ya que esto suele limitar la profundidad con la que el entrevistado toma y desarrolla los temas.
 - El fin último de este tipo de herramientas es, profundizar en los temas que enriquezcan la investigación, por lo anterior, no dar por sentados conceptos plantados por el entrevistado y comprender e incluso preguntar sobre estos comentarios clave. Preguntas útiles en estos casos serian, por ejemplo: ¿En qué sentido lo dice?, ¿podría darme un ejemplo de ello?
 - Puede existir una guía de pautas, sin embargo, esto no tiene por qué descuidar lo que acontece durante la charla, se buscó siempre la respuesta espontánea del entrevistado y posterior a ello la



profundización del tema. Es posible y recomendable hacia el final de la entrevista checar si todos los temas han sido abordados, si bien el orden o el modo en que fueron tratados pudo ser trascendente a juicio del entrevistador.

- La atención continua del entrevistador es clave y aunque se exigió de manera variable de acuerdo con tipo de entrevistado se pudo dividir bajo este enfoque dos acciones principales, la primera fue la actitud ante los entrevistados de pocas palabras en donde el entrevistador pudo echar mano de preguntas y repreguntas con el fin de obtener información relevante y en medida de lo posible profunda sobre el tema. En el segundo caso el entrevistado presento una fluida verborrea por lo cual el entrevistador debió estar atento al tiempo disponible de la entrevista y a que se toquen todos los temas de interés.
- Cierre
 - Este debió darse una vez que los temas habían sido tratados con la profundidad requerida por el entrevistado.
 - Fue aconsejable brindar al entrevistado un momento de reflexión, dando la posibilidad de ampliar algún tema de especial interés para él.
 - Se recomendó el cierre con el agradecimiento por el tiempo aportado y por el reconocimiento a las genuinas respuestas otorgadas.



3.7 Categorías

Tabla 2

Categorización de los ejes de análisis

Eje de análisis (Dimensiones)	Categoría	Subcategoría	Indicador	Instrumento
Experiencias del educando dentro de su realidad académica	Entorno académico	Dentro del sistema sede Fuera del sistema sede	Calidad académica Facilidad de rotaciones externas	Entrevistas Cuestionario
Experiencias del educando dentro de su realidad cultural	Entorno cultural	Consideraciones teóricas Implicaciones prácticas	Prejuicio cultural Caracterización profesional	Entrevistas Cuestionario
Observación y crítica del ejercicio del programa actual	Resultados del programa actual	Criterios objetivos Criterios subjetivos	Puntualidad en la resolución de problemas Percepción de la competitividad de diferentes escenarios	Entrevista
Expectativa actual del ejercicio de la cirugía	Causalidad del cirujano formado	Positiva (éxito) Negativa (fracaso)	Estabilidad laboral Incertidumbre laboral	Cuestionario Entrevista



Aportaciones para optimizar resultados	Plan Maestro	Propuesta administrativa de homogenización Propuesta académica de homogenización	Cambios de forma curricular Cambios de fondo curricular	Cuestionario Entrevista
Marco curricular En cirugía General	currículo	Currículo de base común Currículo de alta especialidad	Competencias propias del programa actual Competencias vinculadas a otros programas	Cuestionario Entrevista
Opciones en la aplicación y estrategia didáctica en la enseñanza de la cirugía.	Desarrollo y evaluación de competencias	Integración formal del módulo de simulación quirúrgica con principios equitativos para todas las sedes Sistema de evaluación en “nodos” primarios	Adquisición de experiencias mediante herramienta indirecta Paquetes mínimos de competencias graduales sugeridas	Entrevistas



3.8 Análisis de datos

Para el análisis de la encuesta se utilizó una narrativa interpretativa de los resultados bajo el contenido de cada pregunta previamente descrita, en cuanto al análisis de las entrevistas a profundidad, se siguió el método recomendado por Taylor y Bogdan (1990), actualizado posteriormente por Hernández (2003) en donde se realiza un análisis de 3 niveles los cuales son descubrimiento codificación y relativización dividiendo a su vez la fase de codificación en recopilación de categorías y comparación de las mismas. Posteriormente como parte de análisis empleado y como parte de la validación se llevó a cabo una triangulación metodológica que finalmente contrastó los diferentes elementos encontrados durante la investigación de campo.

3.9 Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas, se manejó como anónimo a todos los participantes y su opinión e individualidad fue protegida en todos los espacios de la investigación. Se procuraron las condiciones acordes a las normas del consejo internacional de ciencias médicas que incluyeron: valor social o científico presente, validez científica, selección equitativa de sujetos, condiciones de diálogo auténtico, evaluación independiente y respeto a los sujetos participantes. Se realizaron entrevistas telefónicas o ayudadas por correo electrónico y las entrevistas a profundidad se hicieron en persona en un ambiente y con horario adecuado para ese fin.

Se realizaron todos los esfuerzos para apegarse al rigor metodológico solicitado por la universidad acorde a la información que se ha otorgado mediante la documentación respaldada por los servicios académicos de la universidad tanto durante el ciclo escolarizado como el pertinente a herramientas de titulación.



A manera de conclusión del presente capítulo, se muestran los objetivos a considerar dentro de la investigación, posteriormente se enuncia la metodología de la investigación a seguir hablando de una amplia descripción del contexto específico en donde se realiza la investigación, posteriormente se describen ampliamente cada uno de los instrumentos empleados y se comenta sobre las características de los participantes y del análisis empleado, para terminar con la operacionalización de las categorías y terminar con las consideraciones éticas. Con el desarrollo de lo anteriormente suscrito, se obtienen, los resultados que se describen en el capítulo siguiente.



CAPÍTULO 4

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS



4.Resultados

Los resultados en la investigación de campo se dividen en dos apartados básicos, estos son los resultados de la encuesta mismos que fueron manejados tal y como se comenta al inicio del apartado metodológico y a continuación se exponen graficando directamente las respuestas ordinales y realizando lo mismo con las nominales posterior a la respectiva categorización. Lo anterior fue procesado mediante el programa Exel. En total se encuestaron a 40 personas entre residentes y cirujanos en funciones. En una segunda etapa, se exponen las características generales de cada una de las entrevistas a profundidad realizadas como segunda etapa del análisis de campo en esta investigación.

4.1 Datos sociodemográficos

Es importante, antes de presentar los resultados, mostrar los datos que caracterizan a los participantes entrevistados. Esta información está reportada en cada una de las fichas técnicas, sin embargo, aquí se hace un concentrado muy sintético para facilitar la comprensión del lector.

Tabla 5

Datos sociodemográficos

	Edad	Genero	Nivel académico	Hospital donde realiza actividad
Sujeto 1	55 años	Masculino	Postgrado en cirugía más de 10 años de experiencia	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Sujeto 2	22 años	Masculino	Residente de 1 año de cirugía general (10 meses)	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío



Sujeto 3	28 años	Masculino	Residente de tercer año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS León Gto.
Sujeto 4	27 años	Masculino	Residente de tercer año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS León Gto.
Sujeto 5	27 años	Masculino	Residente de tercer año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS León Gto.
Sujeto 6	26 años	Masculino	Residente de Segundo año de cirugía general	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Sujeto 7	34 años	Masculino	Postgrado en cirugía general 3 años de experiencia	Hospital de Especialidades IMSS
Sujeto 8	27 años	Masculino	Residente de segundo año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS
Sujeto 9	29 años	Masculino	Residente de tercer año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS
Sujeto 10	28 años	Femenino	Residente de segundo año de cirugía general	Hospital de Especialidades IMSS
Sujeto 11	38 años	Femenino	Postgrado en cirugía general (5 años de experiencia) y alta especialidad en cirugía bariátrica	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío



Sujeto 12	42 años	Masculino	Postgrado en cirugía general con 7 años de experiencia	Hospital Regional de Alta Especialidad
-----------	---------	-----------	--	---

4.2 Resultados de la encuesta

Aquí como ya se ha mencionado anteriormente se describen las respuestas procesadas a las preguntas de la encuesta y se advierte en cada una de ellas el carácter vinculante con los **3 objetivos generales** de la investigación y sus respectivos objetivos específicos, la **pregunta general** y específicas de la investigación, así como los supuestos teóricos y categorías de la misma.

Basada en la pregunta ¿Qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades? Esto está vinculado con los objetivos específicos derivados del objetivo general número uno y dos, así como la pregunta general de la investigación, los supuestos teóricos uno y tres y las categorías de entorno académico, entorno cultural y currículo.

Figura 3

Fortalezas y debilidades de la cirugía general



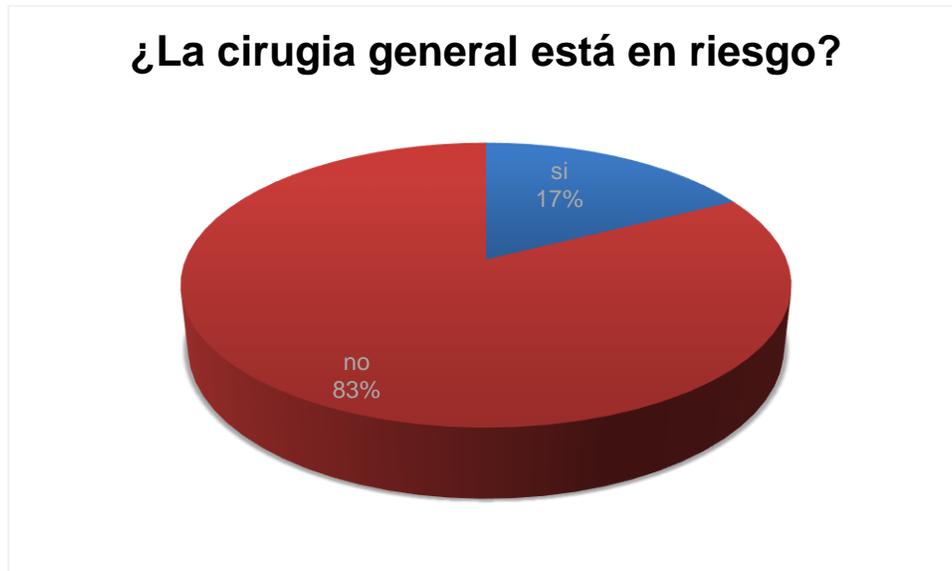
En esta gráfica se aprecia el resultado por categorías a la pregunta abierta sobre fortalezas y debilidades de la cirugía general. Se observa que 14 de los encuestados consideran a la especialidad con poco valor en la actualidad. Por otra parte, 12 personas la consideran una especialidad competente y con tecnología de vanguardia, además de considerarla como una especialidad de amplia cartera y su contraparte una crisis en la cartera de servicios, así como los problemas didácticos, fue la opinión de 10 de los encuestados. Seis participantes la consideran una especialidad demandante, 4 la toman como una preformación para un curso de mayor especialidad y en dos casos la opinión fue basada en la falta de seguridad laboral que ofrece la especialidad.

Basado en la pregunta ¿Crees que la cirugía general como especialidad actualmente atraviesa por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad? Esto está vinculado con los objetivos específicos derivados del objetivo general número uno, del supuesto teórico dos y la categoría “resultados del programa actual”



Figura 3

¿La cirugía general está en riesgo?



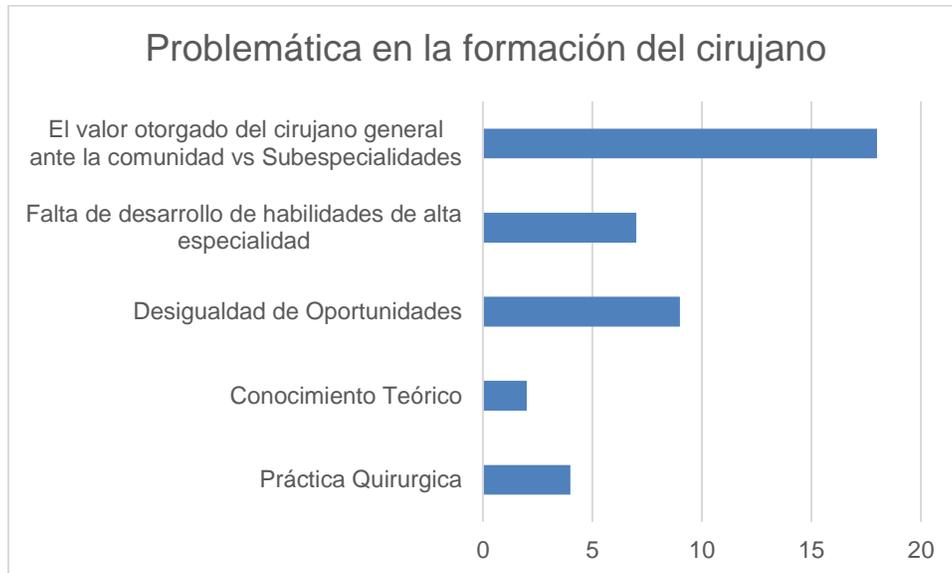
En esta gráfica se puede observar directamente como el 17% del total de encuestados está consciente de una crisis actual en cirugía general, el resto opina lo contrario.

Basado en la pregunta ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema en tu formación de residente con respecto a tu práctica profesional? Esta pregunta está vinculada con los objetivos específicos derivados del objetivo general uno, la pregunta general de investigación, el supuesto teórico uno y tres y las categorías que se refieren al entorno académico, resultados del programa actual y causalidad del cirujano formado.



Figura 4

Problemática en la formación del cirujano



En esta gráfica se puede observar que la mayoría de los encuestados (18) opinan que tiene una relación directa como problemática de formación del cirujano el sobre valor otorgado a las diferentes subespecialidades y/o cursos de alta especialidad frente la cirugía general, 10 encuestados refieren como principal problemática la desigualdad que las diversas sedes tienen en cuanto a la formación curricular en teoría y práctica, un punto atrás, siendo 8 los encuestados que opinan que el problema se centra en la falta de desarrollo de habilidades de alta especialidad. Por último, al final con 4 y 2 encuestados se encuentra lo relacionado con el conocimiento teórico y la práctica quirúrgica.

Basado en el reactivo: describe brevemente por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas, el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento. Este tema, se vincula con los objetivos específicos derivados los objetivos



generales uno y dos, la pregunta general de investigación, los supuestos teóricos uno, dos y tres y las categorías entorno académico, resultados del programa actual, causalidad del cirujano formado, currículo, desarrollo y evaluación de competencias. De este modo, se muestra la figura siguiente:

Figura 5.

¿Por qué de las deficiencias de la cirugía general?



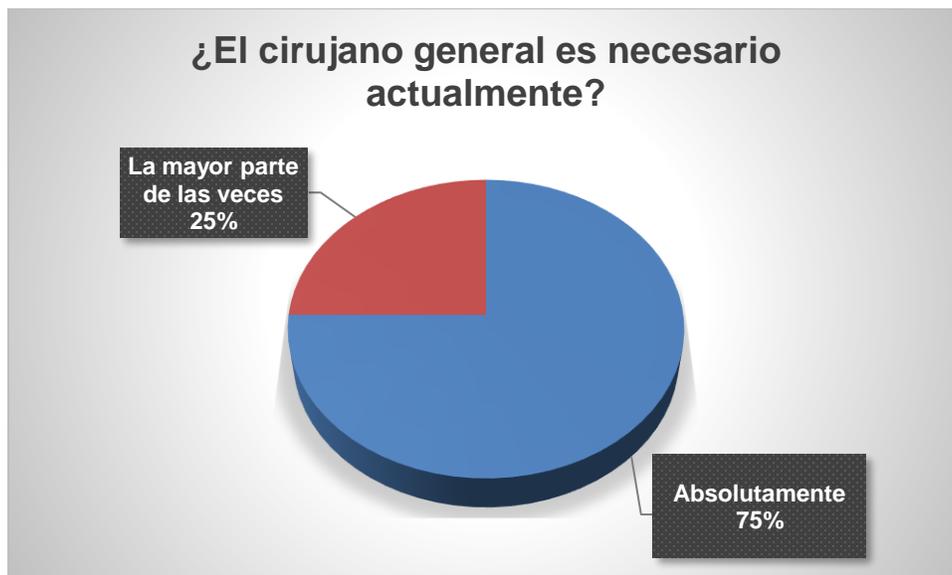
La mayoría (40%) de los encuestados refieren que la formación insuficiente es la causa de esta realidad, por su parte un 20 % comenta como causa que la especialidad como tal ha subido en grado de dificultad y competencia, un 15% razona que la falta de estándares es el verdadero problema y por último tres categorías tuvieron solo 5% de apoyo, las cuales fueron la formación inespecífica, y el acuerdo o desacuerdo con el reactivo en cuestión.



Basado en la pregunta: ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana? Esta interrogante de la entrevista se relaciona con la pregunta general de la investigación, supuestos teóricos uno y dos y la categoría de entorno cultural, y se tienen los siguientes datos:

Figura 6.

¿El cirujano general es necesario actualmente?



Esta pregunta fue realizada con base en una escala de Likert sin embargo el 100% de los encuestados solo consideran dos respuestas del espectro como probables, así el 75% de los encuestados manifestó que el cirujano es absolutamente necesario para el México de hoy, por su parte el 25% restante comentó que la mayor parte de las veces el cirujano continúa siendo necesario. Como se comentó anteriormente, el resto de las respuestas no tuvo apoyo de ninguno de los encuestados.

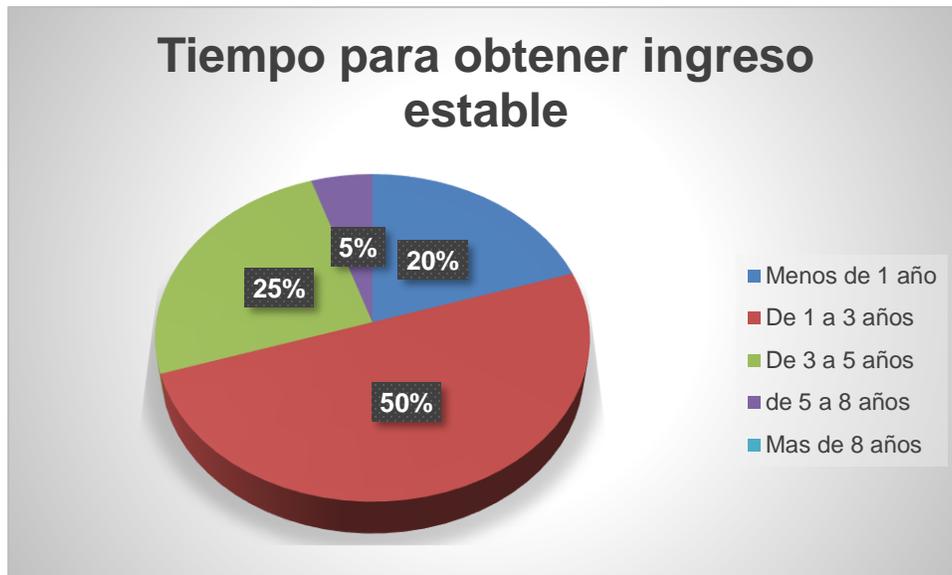
Basado en la pregunta ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general? Esta pregunta se vincula con los objetivos específicos del



objetivo general uno y dos, supuesto teórico dos y categorías entorno cultural y causalidad del cirujano formado. Derivado de lo anterior se puede observar:

Figura 7.

Tiempo para obtener el ingreso estable



En la gráfica se puede ver como respuesta a la anterior pregunta que un 50% determinó el tiempo necesario para un ingreso estable entre 1 y 3 años después de egresar, por su parte un 25% comentó que sería necesario de 3 a 5 años el tiempo medio para la obtención de un ingreso estable, un 20% fue más positivo opinando que en menos de un año lograría este objetivo, por último solo el 5% opinó que el rango para obtener un ingreso estable en nuestro país con una especialidad quirúrgica ronda entre los 5 y 8 años, ningún encuestado pensó que requiera más de 8 años para lograr este cometido.

Basado en la pregunta: ¿Qué tanto considera relevante para el ejercicio de su profesión el cursar una subespecialidad o curso de alta especialidad? Esto está involucrado con los objetivos específicos del objetivo general dos, pregunta específica



dos, supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno académico, entorno cultural, plan maestro y desarrollo y evaluación de competencias y por consiguiente tenemos:

Figura 8.

Importancia de cursar estudios posteriores a la universidad



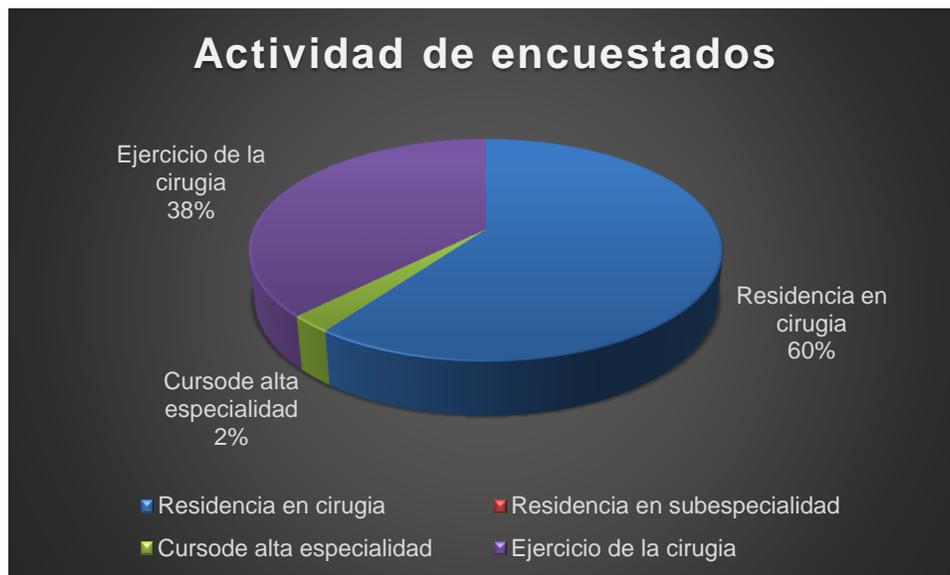
En esta gráfica donde nuevamente se hace uso de una escala Likert, se aprecia cómo las respuestas: poco relevante y nada relevante no figuraron entre los encuestados, por su parte el punto neutro fue positivo en 10 encuestados, para 12 encuestados fue relevante cursar estudios posteriores a la especialidad y para la mayoría con un total de 18 personas fue muy relevante el realizarlo.



Basado en el reactivo: ¿Actualmente cursa la especialidad en Cirugía General, un curso de Alta especialidad, subespecialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía? Este ítem está vinculado con las categorías: entorno académico, entorno cultural y currículo.

Figura 9.

Actividad de los encuestados



Como se observa en este gráfico la mayoría correspondiente al 60% de los encuestados, se encuentran actualmente realizando su residencia en cirugía general un 38% por su parte es ya un cirujano formado en funciones y solo un 2% se encuentra en la realización de un curso de alta especialidad, por la naturaleza y el blanco de los encuestados es lógico que no se encuentran individuos con una residencia en subespecialidad en el momento de aplicar el instrumento.



Basado en el reactivo: Describa brevemente las dos principales razones por las cuales decidió el entrenamiento en cirugía general dentro de su formación como especialista. Este ítem tiene vinculación directa con los objetivos específicos del objetivo general dos, pregunta específica dos, supuesto teórico dos, tres y las categorías entorno cultural y currículo.

Figura 10.

Razones para entrenarse en cirugía



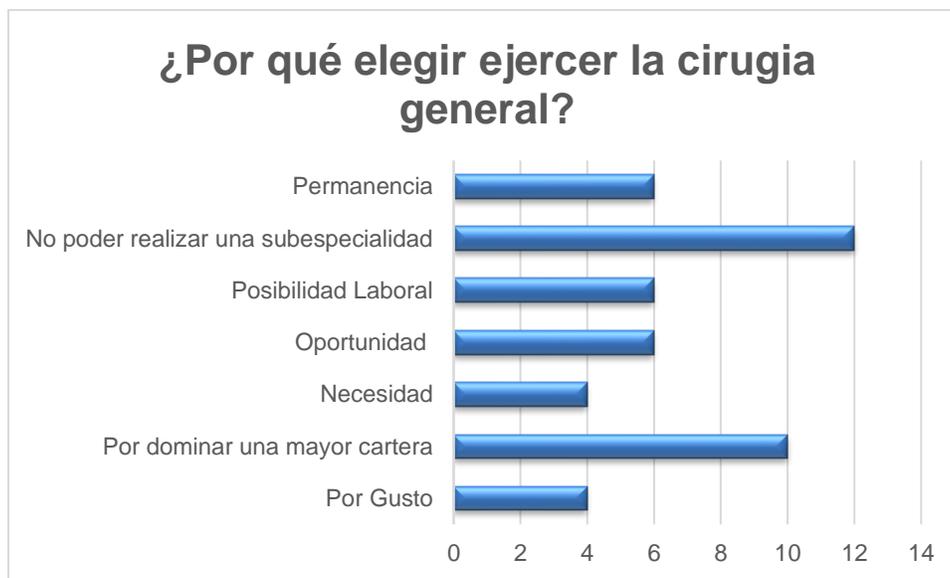
Como resultado de esta pregunta hay un empate de categorías con 14 encuestados que comentaron simplemente un gusto personal por la especialidad y otros que respondieron que es la especialidad más efectiva. Posteriormente hay un segundo empate con 12 encuestados cada categoría, la primera refiere que el encuestado simplemente tiene facilidades para labores técnicas, los otros 12 encuestados comentan por su parte que la consideran la especialidad más completa, en ocasiones los encuestados opinaron que la causa es su sentido práctico.



Basado en la pregunta: ¿Cual es o sería -según el caso- la razón principal por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad? Esta pregunta se relaciona con los objetivos específicos derivados de los objetivos generales dos y tres, la pregunta general de investigación, supuestos teóricos uno, dos y tres y las categorías entorno cultural y causalidad del cirujano formado.

Figura 11.

¿Por qué elegir ejercer la cirugía general?



La mayoría de los encuestados estuvieron de acuerdo en ejercer la cirugía general solamente ante la imposibilidad de realizar una subespecialidad o curso de alta especialidad, en total 12 encuestados estuvieron de acuerdo con este punto, 10 individuos por su parte mencionaron que la mayor cartera de servicios de la cirugía general sería el factor dominante, las categorías permanencia de la especialidad a través del tiempo, posibilidad laboral y oportunidad laboral tuvieron un triple empate con 6



encuestados cada una. Por último 4 encuestados mencionaron que lo harían solo por gusto y otros 4 debido a necesidad de realizarlo.

Basada en el reactivo: Bajo tu perspectiva ¿sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valorar la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad? Este ítem tiene vinculación directa con los objetivos específicos derivados del objetivo general uno y dos, pregunta específica dos, supuesto teórico dos y las categorías: entorno cultural, entorno académico y causalidad del cirujano formado.

Figura 12

Recomiendan hacer la subespecialidad



En este gráfico se puede observar como una mayoría importante (65%) de los encuestados recomiendan la realización de una subespecialidad a las nuevas generaciones, por otra parte, el 35% de los encuestados no la consideran necesaria.



Basado en el reactivo: ¿Hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección? Esto se relaciona con el objetivo específico del objetivo general uno, la pregunta general de investigación, supuesto teórico uno y dos y las categorías entorno sociocultural, resultados del programa actual, currículo y desarrollo y evaluación de competencias tenemos lo siguiente.

Figura 13

La residencia en cirugía es...



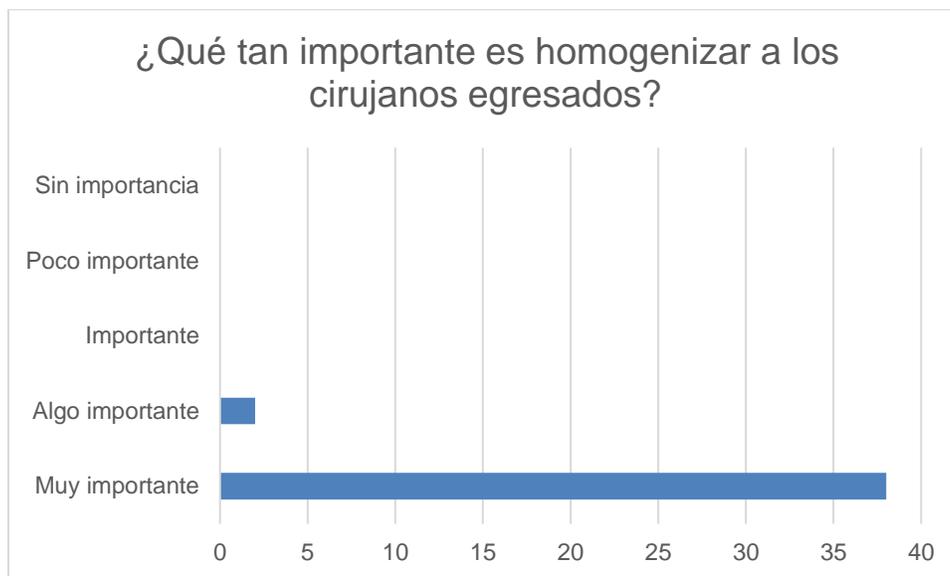


En este gráfico se aprecia cómo solamente para el 10% de los encuestados la realización de la residencia en cirugía es un mero requisito.

Basado en la cuestión: ¿Que tan importante consideras a la homogenización de la cartera de competencias con la que el cirujano debería salir de su entrenamiento de especialidad? Esta pregunta tiene estrecha vinculación con los objetivos específicos del objetivo general dos y tres, pregunta específica dos, supuesto teórico uno y las categorías: resultados del programa actual, plan maestro, currículo, desarrollo y evaluación de competencias se comenta lo siguiente.

Figura 14

¿Qué tan importante es homogeneizar a los cirujanos egresados?



Esta gráfica es el resultado de un reactivo con respuesta tipo Likert, sin embargo, tal como se puede apreciar solamente dos puntos del espectro de respuestas fueron



utilizadas por los encuestados estas fueron “muy importante” por 38 de ellos y “algo importante” solo por 2.

Basado en la pregunta: “¿Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación con desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista? Argumenta tu respuesta” Esto se relaciona con los objetivos específicos del objetivo general uno, la pregunta general de la investigación, supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual y currículo. Derivado de lo anterior, se presenta lo siguiente:

Figura 15

¿Por qué el auge de las super especialidades?



Como se puede ver en el gráfico de las diversas categorías en las que se efectuó el análisis de las respuestas, las necesidades académicas y científicas están en el primer

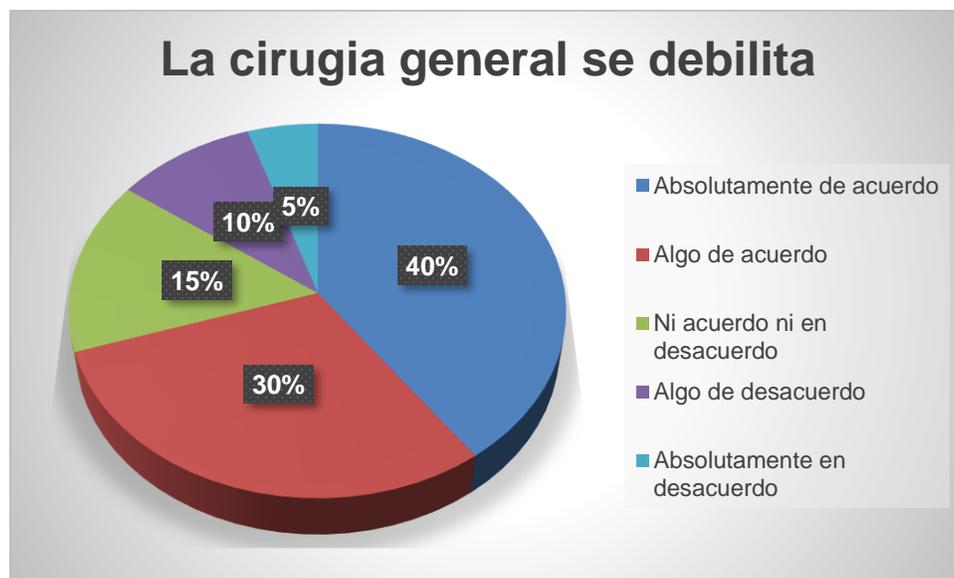


lugar con 22 encuestados, el segundo lugar con 14 encuestados opina que el modelo capitalista es el factor más importante. Las necesidades administrativas y los mejores resultados empataron con 8 encuestados cada una, por último, el impacto tecnológico y las necesidades regionales se quedaron con el apoyo de 4 y 2 encuestados respectivamente.

Basado en la pregunta: ¿La cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse? Esta interrogante se vincula con los objetivos específicos de los objetivos generales uno y dos, la pregunta general de la investigación, supuesto teórico uno y las categorías: entorno académico, resultados del programa actual y currículo. De lo anterior se presenta la siguiente figura:

Figura 16

La cirugía general se debilita



En general, el gráfico informa que la postura está dividida en tercios aproximados, uno totalmente de acuerdo con la aseveración, otro parcialmente de acuerdo y el tercero dividido en posturas que no están de acuerdo con la aseveración. Así, se tiene la



respuesta “absolutamente de acuerdo” a 40% de los encuestados, la respuesta “algo de acuerdo” tiene al 30% de los encuestados, por su parte “ni acuerdo ni en desacuerdo” tiene el 15%, “algo de desacuerdo el 10% y por último con absolutamente en desacuerdo el,5%.

4.3 Entrevistas a profundidad

Las entrevistas aquí descritas y posteriormente analizadas fueron grabadas y transcritas posteriormente para extraer de ellas lo esencial cuidando en todo momento la objetividad y favoreciendo a una comprensión más juiciosa del estudio de cada una. Debido a que se trata de entrevistas a fondo, cada una de ellas permitió la libre expresión de los entrevistados, no obstante, se va informando aleatoriamente respecto a los diferentes objetivos, preguntas, supuestos, etc., con los que está involucrada la investigación. En la siguiente entrevista se abordan los objetivos específicos del objetivo uno, dos y tres, la pregunta general de la investigación y las preguntas específicas uno y dos, supuesto teórico dos y las categorías de entorno académico, cultural, resultados del programa actual, causalidad el programa formado, plan maestro, currículo y desarrollo de evaluación de competencias.

- Entrevista No1

Identificación: Caso 1, Cirujano general egresado de más de 10 años, actualmente jefe de turno de hospital de tercer nivel, edad 55 años.

Duración de la entrevista: 52 minutos

Captura de la entrevista: Grabación en formato MP3

Lugar de la entrevista: Jefatura de turno Hospital Regional de Alta Especialidad



Hora de la entrevista: 23:00 hrs.

Incidentes: Ninguno

Características generales: Técnicamente, una entrevista fluida y agradable no fue interrumpida en toda su duración, otorga información importante por ser parte de la experiencia de un cirujano de vieja escuela con formación anterior a los currículos actuales.

Características específicas: La temática usada fue: introducción al campo, motivaciones para la cirugía, desarrollo en licenciatura y especialidad, desarrollo laboral, opinión sobre la crisis de la cirugía general como especialidad, entorno psicosocial y sociocultural.

En la entrevista número dos, el entrevistado se enfoca en los objetivos específicos de los objetivos generales uno y dos, la pregunta general de la investigación, supuesto teórico dos y las categorías: entorno cultural y académico.

- Entrevista No 2

Identificación: Residente de primer año (10 meses) de hospital de tercer nivel de secretaria de salud, edad 22 años

Duración de la entrevista: 31 minutos

Captura de la entrevista: Grabación en formato MP3

Lugar de la entrevista: Biblio-hemeroteca del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Hora de la entrevista: 23:30 hrs.

Incidentes: Ninguno



Características generales: se trata de una entrevista con un residente quirúrgico de limitada experiencia dado que cursa con el primer año de la especialidad, sin embargo, es importante para dar un semblante del perfil de muchos residentes al entrar su entrenamiento en cirugía general.

Características específicas: el entrevistado se define como el residente que busca la subespecialidad como primera alternativa, de hecho, reconoce que la crisis es la especialidad troncal entre otras cosas, porque tal como él, muchos estudiantes ven la especialidad como un trámite para llegar a la subespecialidad.

En la entrevista tres, el entrevistado vierte información importante en torno a: los objetivos específicos de los objetivos uno y dos, la pregunta general de la investigación, supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual, causalidad del cirujano formado, currículo y plan maestro.

- Entrevista No 3

Identificación: residente de tercer año del hospital de tercer nivel del sistema IMSS, edad 28 años

Duración de la entrevista: 63 minutos

Captura de la entrevista: grabación en formato MP3

Lugar de la entrevista: consultorio de cirugía

Hora de la entrevista: 15:03 hrs.

Incidentes: sin incidentes



Características generales: se trata de un residente que ha pasado más de la mitad de su entrenamiento en cirugía por lo que tiene una idea más completa de la especialidad que sus compañeros de otros niveles, de ahí el contexto en que se lee su participación.

Características específicas: el entrevistado tiene característicamente la experiencia de haber estado parte de su formación práctica en secretaria de salud, por lo que hace una comparativa con conocimiento de causa de ambas instituciones, además reconoce la problemática de la especialidad y expone motivaciones para realizar subespecialidad y para quedarse como cirujano.

En la entrevista número cuatro, el informante pone su mirada y palabras en los objetivos específicos de los objetivos generales dos y tres, pregunta específica dos, supuestos teóricos dos y tres y las categorías: entorno académico, entorno cultural, causalidad el cirujano formado, currículo y desarrollo y evaluación de competencias.

- Entrevista No. 4

Identificación: Residente de tercer año de Cirugía General en hospital de tercer nivel del sistema IMSS, edad 27 años

Duración de la entrevista: 28 minutos

Captura de la entrevista: grabada en formato MP3

Lugar de la entrevista: consultorio de Cirugía General

Hora de la entrevista: 18:30 Hrs.

Incidentes: Ninguno

Características generales: se trata de un residente de tercer año de especialidad el cual se encuentra en el sistema IMSS en hospital de tercer nivel, por lo que su contacto con



subespecialidad y cursos de alta especialidad es elevado frente a similares residentes de hospitales de menor complejidad.

Características específicas: se trata de un residente que intentó realizar una subespecialidad al año de su curso, pero que no fue seleccionado por lo que su experiencia y evolución al respecto resulta interesante y refleja de muchos otros que viven situaciones similares y cómo recategoriza a la Cirugía General después de esa experiencia.

En la entrevista cinco, el entrevistado coincide en abordar los objetivos específicos de los objetivos generales uno, dos y tres, la pregunta general de la investigación, el supuesto teórico uno y las categorías: entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual, causalidad del cirujano formado y currículo.

- Entrevista No. 5

Identificación: residente de cirugía de tercer año de la especialidad en hospital de tercer nivel del sistema IMSS, edad 27 años

Duración de la entrevista: 74 minutos

Captura de la entrevista: grabación en MP3

Lugar de la entrevista: consultorio de Cirugía General

Hora de la entrevista: 19: 23 Hrs.

Incidentes: No hubo

Características generales: Residente de tercer año de Cirugía General con una visión más completa de la especialidad que sus compañeros de menor grado y con un factor interpersonal frecuentemente observado en esta etapa.



Características específicas: el entrevistado propone una experiencia de formación interesante tanto por su doble nacionalidad y el tipo de visión y formación relacionado con este hecho, así como por su entorno familiar ampliado y su relación con una elección segura de la especialidad troncal para el subsiguiente desarrollo profesional.

En la entrevista seis, el entrevistado enfatiza fuertemente temas que se relacionan con los objetivos específicos de los objetivos generales uno y tres, pregunta específica dos, supuesto teórico tres y las categorías entorno cultural, resultados del programa actual y causalidad del cirujano formado.

- Entrevista No. 6

Identificación: residente de segundo año de la especialidad de cirugía general en secretaria de salud edad, 26 años.

Duración de la entrevista: 52 minutos

Captura de la entrevista: grabación MP3

Lugar de la entrevista: Bibliothemeroteca del Hospital Regional e Alta Especialidad

Hora de la entrevista: 23:30 Hrs.

Incidentes: Ninguno

Características generales: médico residente de segundo año de la especialidad en cirugía general consiente ya de las ventajas de estar en un hospital de tercer nivel y con visión equilibrada de los límites entre especialidades troncales y subespecialidades.

Características específicas: el entrevistado menciona como experiencia particular una perspectiva más empresarial de la función médica y la separación de ésta como actividad



económicamente activa necesariamente principal dentro de su desarrollo posterior al entrenamiento.

En la entrevista siete, el informante desarrolla temas que están vinculados con objetivos específicos de objetivos uno y dos, pregunta específica uno, supuestos teóricos uno y dos y las categorías entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual, causalidad del cirujano formado y currículo.

- Entrevista No 7

Identificación: Cirujano General adscrito a la Unidad Médica de Alta Especialidad Bajío del IMSS. 3 años de egresado 34 años de edad

Duración de la entrevista: 74 minutos

Captura de la entrevista: Grabado en formato MP3

Lugar de la entrevista: Consultorio de Cirugía del hospital

Hora de la entrevista: 12:30 horas.

Incidentes: No hay

Características generales: se trata de un cirujano general de reciente egreso y con una estabilidad socioeconómica en crecimiento, sus experiencias marcan en mucho lo que los cirujanos generales jóvenes enfrentan.

Características específicas: el entrevistado habla particularmente de su paso por la cirugía general y sus motivaciones para elegir el desarrollo como especialista troncal, del mismo modo, pone el dedo en aspectos puntuales de disciplina y su relación con el aprovechamiento integral del proceso de aprendizaje en una residencia quirúrgica.



En la entrevista ocho, el residente se enfoca en temas relacionados con los objetivos específicos del objetivo general uno, con la pregunta general de la investigación, los supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno cultural, resultados del programa actual y plan maestro.

- Entrevista No 8

Identificación: Residente de segundo año de Cirugía General en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío, oriundo de Tepic Nayarit de 27 años de edad.

Duración de la entrevista: 41 minutos

Captura de la entrevista: grabación en formato MP3

Lugar de la entrevista: consultorio de Cirugía del Hospital

Hora de la entrevista: 16: 20 horas.

Incidentes: Ninguno

Características generales: se trata de una entrevista que puntualiza las experiencias vividas dentro de los retos que enfrenta el educando al querer ser especialista y cómo visualiza la demanda de una residencia quirúrgica, siendo un alumno que de antemano pretende una subespecialidad se corresponde en argumentos con otros entrevistados de esta misma realidad y favorece la riqueza de comentarios.

Características específicas: dado la etapa de formación del entrevistado, su nicho de experiencia se relaciona con los factores socioculturales que influyeron en la selección de carrera y posteriormente la realización de una residencia como camino hacia la realización profesional y laboral.



En la entrevista nueve, el médico residente expresa temas que están vinculados con los objetivos específicos de los objetivos generales uno y dos, con la pregunta específica uno, los supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno académico, entorno cultural, plan maestro y currículo.

- Entrevista No. 9

Identificación: Residente de cirugía de tercer año en la Unidad Médica de Alta Especialidad del bajío, nacido en León Guanajuato de 29 años de edad.

Duración de la entrevista: 33 minutos

Captura de la entrevista: grabación en Formato MP3

Lugar de la entrevista: Consultorio de Cirugía del Hospital

Hora de la entrevista: 15:09 hrs.

Incidentes: Ninguno

Características generales: se comenta sobre las características del mundo médico y de especialidad, así como, de los fenómenos socioculturales que rodean esta situación.

Características específicas: es una entrevista variada y rica en experiencias y apuesta a un sentido práctico en cuanto al desarrollo de las especialidades quirúrgicas, también hace crítica de la situación actual de la Cirugía General como escuela y faltantes del currículo vigente.

En la entrevista diez, el médico se enfoca nuevamente en temas que están vinculados con los objetivos específicos del objetivo uno, la pregunta general de investigación, supuestos teóricos uno y dos y las categorías: entorno académico, entorno cultural, causalidad del cirujano formado, plan maestro y currículo.



- Entrevista No. 10

Identificación: se trata de un médico residente de 28 años de edad, cursando segundo año de la especialidad en Cirugía General en la Unidad Médica de Alta Especialidad Bajío del IMSS.

Duración de la entrevista: 70 minutos

Captura de la entrevista: grabación formato MP3

Lugar de la entrevista: consultorio de Cirugía del hospital

Hora de la entrevista: 23:00 hrs

Incidentes: Ninguno

Características generales: La entrevistada expone un nivel de madurez profesional interesante, además de otorgar una perspectiva de género, se encuentra dentro del grupo de residentes con aspiraciones parcialmente frustrada hacia la especialidad.

Características específicas: la entrevistada presenta una experiencia particular con el examen de selección para especialidad requiriendo mayor tiempo del promedio para alcanzar el éxito, pero reconociéndolo como buen instrumento a pesar de ese hecho. Por otra parte, se declara sin conciencia previa de los elementos causales de la crisis en la especialidad.

En la entrevista 11 el Cirujano aborda los objetivos específicos del objetivo general dos, la pregunta específica 1, el supuesto teórico tres y las categorías: entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual y currículo.

- Entrevista No 11

Identificación: Cirujano con 5 años de egresada, actualmente médico adscrito del servicio de tracto digestivo del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío 38 años.



Duración de la entrevista: 36 minutos

Captura de la entrevista: Grabación formato MP3

Lugar de la entrevista: Aula 2 del Hospital Regional de Alta Especialidad.

Hora de la entrevista: 19:50 hrs.

Incidentes: ninguno

Características generales: se trata de cirujana de alrededor de 5 años de egresada la cual discierne sobre la experiencia de las distintas sedes de la residencia y como varían en recursos, además de ser parte del grupo de seleccionados que originalmente deseaban derivarse.

Características específicas: se trata de un caso interesante tanto por la perspectiva de género de una cirujana ya formada, como por la particularidad de ser un caso en donde se migra de una zona de mayor densidad poblacional (Ciudad de México) a una de menor (León).

En la entrevista 12, el cirujano general profundiza en temas vinculados con los objetivos específicos de los objetivos uno y dos, pregunta general de investigación, pregunta específica uno y dos, supuestos teóricos dos y tres y las categorías entorno académico, entorno cultural, resultados del programa actual, causalidad del cirujano formado, plan maestro y currículo.

- Entrevista No. 12

Identificación: Cirujano General Adscrito al servicio de cirugía de tracto gastrointestinal del Hospital Regional de Alta especialidad del Bajío, 42 años, con 7 años de egresado.

Duración de la entrevista: 47 minutos



Captura de la entrevista: grabado en formato MP3

Lugar de la entrevista: Lobby de departamento de enseñanza del hospital.

Hora de la entrevista: 19:15hrs.

Incidentes: Ninguno

Características generales: Cirujano General el cual ejerce como tal desde hace 7 años durante la entrevista comenta sobre motivaciones por las cuales no continuó con una especialidad siendo del grupo en el que el factor psicosocial fue determinante.

Características específicas: comenta sobre cómo una opción de cara a la crisis de cirugía general es la realización de la especialidad completa previo a cualquier curso de alta especialidad o subespecialidad.

Durante el presente capítulo se exponen los resultados de los dos instrumentos utilizados durante la investigación empírica, cada uno de ellos con detalles de naturaleza descriptiva. En la primera parte, se menciona uno a uno los reactivos de la encuesta con la visualización gráfica de su aportación interpretativa al fenómeno estudiado. Por otra parte, en el apartado siguiente se describe el contenido de las entrevistas y su relación con los objetivos, preguntas de investigación, supuestos teóricos, categorías etc., y , se le dedica un preámbulo a una ficha descriptiva de cada una de los entrevistados donde comentan elementos de importancia para situar el contexto particular de cada entrevista, tales como, el tiempo de duración, el sitio donde se realiza, características del entrevistado etc. Al término de este capítulo se conocen de manera concreta los resultados del estudio, sin embargo, su análisis y triangulación es la parte más importante del mismo como se desarrolla en el capítulo final.





CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES



5.1 Análisis de los resultados de la encuesta

A continuación, se presentan los hallazgos más significativos ordenados de acuerdo con el número de pregunta de investigación y se contrastan con lo expuesto previamente en los marcos teórico y referencial.

5.1.1 Pregunta 1.

De los resultados obtenidos en la pregunta ¿Qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades?

Se puede interpretar de primera mano que las opciones más mencionadas caen en dos atributos tomados como debilidades actuales de la especialidad y las cuales pueden hasta cierto punto leer complementariamente lo que la mayoría de los alumnos actuales de cirugía suelen pensar cuando se le enfrenta a esta coyuntura. Estas opciones fueron el poco valor y la competencia actual sentida para la especialidad, de esta forma se puede entender que al menos la percepción de alrededor de un tercio de los encuestados es hacia un panorama negativo, por otra parte existe un fenómeno dicotómico pues muestra que algunos expresan como fortaleza la riqueza en cartera de servicios, la misma cantidad observa crisis en este segmento por lo que se deduce que una de las partes, sea la que sea no es despreciable, se encuentra mal informada. Por último, la principal fortaleza referida es la que comenta de los adelantos tecnológicos, sin embargo, debe ponderarse ésta con la realidad del país en donde la mayoría de los pobladores no tienen asequible gran parte de estos adelantos y no por esto la especialidad pierde el mayor porcentaje de su acción resolutive.



Debido a esta interpretación, el reactivo participa en la construcción de cada uno de los supuestos teóricos y categorías, sobre todo en las relacionadas intrínsecamente con el desarrollo actual de la especialidad. Por su parte, Bruns (2014) coincide con esta visión de la problemática de la cirugía desde el paradigma de las subespecialidades fundamentando en este la principal razón del debilitamiento de la especialidad y de la disminución en su recurso humano y en la calidad.

5.1.2 Pregunta 2

De los resultados obtenidos en la pregunta ¿Crees que la cirugía general como especialidad actualmente atraviesa por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

Se puede deducir que estando solo una minoría (17%) de acuerdo con lo que formula la pregunta se puede observar en más de una arista. Por un lado, esto puede ser interpretado como un grado importante de desinformación del horizonte laboral de la mayoría de los encuestados lo que explicaría cómo este resultado podría chocar con otros con reactivos en el mismo sentido, pero de mayor profundidad. Por otra parte, se encuentra la visión del “estatus quo” que la cirugía general ha desarrollado a lo largo de los años en donde los que se encuentran en sus caminos perciben el riesgo como la evolución natural sin la pérdida de su esencia. Una tercera óptica, puede ser el reconocimiento parcialmente inconsciente de una dicotomía en el desarrollo de la cirugía en donde la marca tecnológica pareciera ser interminable, pero con límites de asequibilidad al mismo tiempo que con un desarrollo subespecializado cada vez mayor y



por otro lado la cirugía clásica o convencional destinada a la porción mayoritaria de la población, que adolece de una capacidad adquisitiva menor.

Aquí se ponen de relevancia elementos relacionados con el primer supuesto teórico y con la mayoría de las categorías, pero sobre todo las relacionadas con la formación quirúrgica actual. Uno de los elementos desarrollados a partir de la presente interpretación es la consecuente disminución en el número de residentes de cirugía general que recientemente se ha advertido. Potts (2018) ya lo menciona en su trabajo sobre los cambios actuales de las residencias médicas y se observa en la presente investigación la equivalencia de este fenómeno al menos mediante la respuesta implícita o explícita de la mayoría de los encuestados.

5.1.3 Pregunta 3

De los resultados obtenidos en la pregunta ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema en tu formación de residente con respecto a tu práctica profesional?

Se puede inferir lo siguiente: como un particular interés se puede observar que, con mucho, las tendencias en la respuesta favorecieron al valor observado del Cirujano General vs las subespecialidades, prácticamente el doble de la segunda que por cierto no es particularmente diferente, pues se refiere a las desigualdades que en general percibe el alumno durante su entrenamiento frente las diversas sedes. Juntas este par de respuestas, hace pensar que al menos una buena parte de los residentes pueden suponer a lo largo de su entrenamiento que la alternativa de derivarse a una especialidad o curso de alta especialidad estará ligado a su triunfo laboral posterior, con lo cual a la



postre menos cirujanos egresan o los que lo hacen desvinculan la cartera base de la especialidad por lo que se crea un círculo vicioso del problema. Aquí se encuentran elementos en relación con el desarrollo de las categorías referentes al currículo y resultados del programa actual.

Muchos de los encuestados coinciden con lograr una homogeneidad en las competencias como la gran área de oportunidad. Esto coincide con lo expuesto por Klingensmith (2015) en donde menciona que al menos un tercio de los residentes de 9 programas dentro de EUA, califican como positiva una mayor flexibilidad en las rotaciones en diferentes hospitales, con la finalidad de homogeneizar las competencias dominantes de cada uno de estos lugares.

5.1.4 Pregunta 4

De los resultados obtenidos del reactivo. Describe brevemente por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento.

Se puede interpretar: basado en que el 60% de las respuestas se engloban en decir que hay una formación insuficiente que otorga menos competencias que en el pasado, hay cierta conciencia sobre la disminución de cartera de servicios en la práctica. Sin embargo, esto aún no se transforma en una inquietud para deducir e investigar las verdaderas causas y con esto establecer estrategias encaminadas a la resolución del problema. También es llamativo que la respuesta: “falta de estándares” solo haya sido referida por el 15% de los encuestados cuando desde el punto de vista de la docencia sería de las primeras cosas en fomentar.



Claramente se observa entonces, que frecuentemente el alumno no tiene un conocimiento suficiente en lo que respecta al proceso de enseñanza y aprendizaje (esto porque la mayoría de encuestados fueron residencias y no cirujanos formados). También, como parte de la experiencia del tesista, se puede argumentar que la menor complementación de competencias ha ido de la mano con la disminución cada vez más amplia de horas hospital con lo cual el médico tiene menor número de experiencias de los distintos casos que posteriormente habrá de resolver de manera independiente de su núcleo de aprendizaje. Este reactivo desarrolla consideraciones concernientes a la causalidad del cirujano actual y el currículo.

La pregunta en si misma acota lo mencionado por Bruns (2014), Garcia (2018), Porras (2016) entre otros, con respecto al aprovechamiento general del curso de cirugía en el ayer y en la actualidad entendiendo esto como una problemática multifactorial pero que de momento otorga el resultado paradójico en el que un modelo bien estructurado pareciera de repente tener más huecos que los proto modelos del pasado.

5.1.5 Pregunta 5

De los resultados obtenidos de la pregunta ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?

Se puede interpretar: el cirujano, al menos en la concepción de los encuestados conlleva una cartera vigente y necesaria para el país hoy en día. Bajo esta aseveración se deduce que, la necesidad de la cirugía general está implícita y explícitamente ahí y pocos argumentos al momento pudieran debatir esta cuestión, más bien el reto está en concientizar del problema y tomar acción. Aquí son abordadas las categorías que se



refieren al contexto académico y sociocultural. En general, en otros trabajos se acepta (Porras, 2016) que, mejorando los procesos educativos de la especialidad se tiene una respuesta directamente vinculada con una mejor salud para la sociedad. Esta afirmación es apoyada por la interpretación de las respuestas obtenidas en este reactivo.

5.1.6 Pregunta 6

De los resultados obtenidos de la pregunta ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general?

Se puede decir que, la tendencia es positiva pues el 70% de los encuestados opinan que lograrán un ingreso estable en menos de 3 años. Esta proyección muestra indirectamente que falta información en los alumnos a este respecto porque la realidad sentida por los cirujanos ya formados se encuentra un tanto alejada de estas respuestas teniendo como media 5 años. Pero en algunos casos cifras más alejadas cercanas a los 8 años. Este reactivo muestra también que la proyección del éxito laboral y otros temas no dejan de ser opiniones subjetivas, mismas que están influenciadas por varios factores que no necesariamente son hechos universalmente sólidos.

Con las respuestas otorgadas se orienta sobre la visión del poder adquisitivo que la mayoría de los residentes tienen sobre su profesión (entorno sociocultural), siendo además vinculante con el grado de especialización que adquieran. Estos resultados contrastan con los expuestos por Hernández (2010) en donde menciona que el 98.2 de los cirujanos recién egresados se encuentran con incertidumbre sobre su futuro económico y que solo un 16.6% ha tenido una propuesta laboral exitosa por alguna institución pública.



5.1.7 Pregunta 7

De los resultados de la pregunta ¿Qué tanto considera relevante para el ejercicio de su profesión el cursar una subespecialidad o curso de alta especialidad?

Particular atención merecen los resultados de este reactivo pues dibuja de forma clara la apreciación que el cirujano en formación tiene para con la academia más allá de su especialidad. Aquí, se puede observar de manera contundente que la mayoría considera a la especialidad o al curso de alta especialidad relevante o muy relevante y solo un pequeño porcentaje lo tiene como neutro dentro de su desarrollo profesional. Lo anterior, puede ser interpretado como la tendencia cada vez mayor al desarrollo profesional de la cirugía basado en la subespecialización y con ello la disminución de la práctica convencional de la cirugía.

De particular interés sería preguntar basados en este resultado cuáles han sido las principales motivaciones generales y particulares para tener este tipo de tendencias en el cirujano joven. Si se conoce que, porcentualmente hablando la mayoría de ellos, de acuerdo con el comportamiento del mercado y las necesidades advertidas serán más solicitados por agenda de Cirugía General que por el curso de alta especialidad que hayan realizado y en algunas ocasiones incluso que de algunas subespecialidades. Este reactivo trastoca a profundidad las categorías del entorno sociocultural y académico interconectándolas bajo la interpretación de un alcance más allá de la especialidad y está directamente vinculado con un ingreso mayor. Esta narrativa es mostrada también por Bruns (2014) quien al describir los factores que se asocian al florecimiento de las subespecialidades, menciona como relacionadas al mercado, el dominio del gremio, así como la opinión pública favorable hacia los nichos más especializados.



5.1.8 Pregunta 8

De los resultados de la pregunta ¿Actualmente cursa la especialidad en Cirugía General, un curso de Alta especialidad, subespecialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía?

Se puede tener un análisis cruzado con el resto de los reactivos, pues como se ha mencionado anteriormente, esta pregunta en particular tiene el objetivo de mostrar un panorama con respecto a la caracterización de los encuestados y en qué escenarios se desempeñan al momento de la encuesta. Así, se tiene un 60% de residentes, un 38% de cirujanos en ejercicio de su profesión la mayor parte con pocos años de ejercicio y un 2% de residentes de curso de alta especialidad. Con lo anterior, es posible deducir que estas respuestas en su mayoría corresponden a cirujanos en formación o con un ejercicio inicial y su visión de la especialidad hasta este momento.

5.1.9 Pregunta 9

De los resultados del reactivo, “Describe brevemente las dos principales razones por las cuales decidió el entrenamiento en cirugía general dentro de su formación como especialista.”

Se puede decir a manera de interpretación que, buena parte de las respuestas se engloban en aquellas que proponen a la especialidad como la más completa y efectiva, que los alumnos en proceso de entrenamiento tienen una motivación adecuada para continuar con el ejercicio de la Cirugía General. Incluso, el segundo apartado en importancia fomenta también esta situación al clasificarla como aquella especialidad que más simpatía tenía en el alumno o a la cual se veía más apto para su desarrollo. Con



esta valoración, se entiende que en la mayoría de los alumnos existe un reconocimiento hacia el potencial y particular impacto que la cirugía tiene sobre los pacientes, llamando la atención cómo este tipo de posiciones se contrastan con otras respuestas ya mencionadas anteriormente.

Pareciera que el efecto que se ve en cuanto a la tendencia a la súper especialización se encuentra ligado más a un carácter de ventaja competitiva que a evitar el desarrollo y aplicación de la cirugía a cabalidad. Esta interpretación se vincula directamente con el entorno sociocultural que rodea frecuentemente al residente de especialidad y que combina elementos personales con los del propio ecosistema de la especialidad elegida y el lugar donde planea ejercer. El seguimiento, guía y asesoría de esta serie de factores son integrados en modelos anglosajones mediante la creación de un personaje de acompañamiento especializado llamado *Surgical Coach* que favorece las mejores decisiones del residente acorde a su perspectiva, recursos técnicos y plan de vida. Este tipo de gerencia incipiente ha sido valorado por autores como Lin (2019) sin embargo, aún está en ciernes, aunque no deja de ser una opción para considerar en la optimización de la especialidad.

5.1.10 Pregunta 10

De los resultados de la pregunta ¿Cuál es o sería -según el caso- la razón principal por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?

La interpretación de este reactivo está muy relacionada con la anterior y se pueden leer en complemento, las respuestas que integran la categoría más frecuente: “no poder



realizar una subespecialidad”. Llama la atención por cierto contrasentido o bien un reconocimiento parcial de la especialidad, como tal, si bien se confronta con una segunda categoría que se sitúa muy de cerca con la primera y que expresa el dominio de una cartera amplia como principal motor para ejercer la Cirugía General. Las otras opciones son más bien subordinadas de éstas dos por lo que se puede decir que existe una tendencia de un debate mental en la mayoría de los que se desarrollan como residentes de cirugía en donde la cirugía ocupa un escaño práctico y la subespecialidad otro ideal. Es posible esta dualidad como el desarrollo políticamente correcto hacia la fragmentación médica, por una parte, y por otro lado la continuidad de una especialidad médica que es dramáticamente útil para la realidad del país en su conjunto. Se tienen que hacer esfuerzos por equilibrar estas dos visiones para poder ofrecer mayor calidad sin sacrificar la disponibilidad de ésta a ciertos sectores, pues solo se lograría crear estratos de ofrecimiento médico relacionado con la región y la capacidad adquisitiva siendo esto contrario a la naturaleza de la medicina y por supuesto de la cirugía. La interpretación de las respuestas otorgadas, realmente ocupan todos los supuestos y categorías de la investigación, pues si bien el carácter dicotómico en el que aterriza puede verse simple, tras ello se encuentra una jerarquización de juicios que se esclarecen gracias al análisis directo o indirecto de cada uno de los supuestos teóricos basado en el desarrollo de las categorías propuestas.

La fortaleza central que otorgan los encuestados a la cirugía general es su amplia cartera de servicios. Esto es reconocido por autores como Porras (2016) quien al mismo tiempo propone el desarrollo de los principales factores que determinan una especialidad con estas características a fin de continuar egresando recurso humano de calidad.



5.1.11 Pregunta 11

De los resultados del reactivo: Bajo tu perspectiva ¿sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valorar la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad?

Ya que solo el 35% de los encuestados opinan que no recomendarían realizar una subespecialidad o curso de alta especialidad lo que se observa es un ambiente que favorece la postura de la subespecialización, frente a la de solo realizar una especialidad troncal. Más allá de este hecho, con el afán de entender el fenómeno a cabalidad, conviene profundizar en la entrevista hacia los argumentos en que posiblemente los encuestados suelen apoyarse para decidir una respuesta en uno u otro sentido, debido a que, estas razones tienen vinculaciones más complejas que permiten la exposición frontal tanto al mal entendido de proponer las cuestiones positivas de cada categoría como mutuamente excluyentes como denostar un modelo sobre el otro. El tema aquí impacta directamente en la categoría del entorno académico y se enmarca en el entorno sociocultural al tener como contexto este último.

5.1.12 Pregunta 12

De los resultados del reactivo: “Hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección”

Aquí se percibe que para 9 de cada 10 encuestados la realización del curso de Cirugía General es una elección y por lo tanto este conocimiento puede hasta cierto punto basar una propuesta hacia el empoderamiento de la especialidad y no su progresivo debilitamiento. Debido a que se establece un potencial de empatía que seguramente estará directamente relacionado con las experiencias de éxito relacionadas a través del



ejercicio de la especialidad. Esta interpretación tiene relación con las categorías pertenecientes a currículo y entorno académico y aportan el entendimiento de una especialidad con reconocimiento plural y bien establecido pese a la variación curricular a través de los años.

5.1.13 Pregunta 13

De los resultados de la cuestión ¿Que tan importante consideras a la homogenización de la cartera de competencias con la que el cirujano debería salir de su entrenamiento de especialidad?

La respuesta casi total hacia un valor muy importante como es la homogeneización apunta claramente a una debilidad sentida por la mayoría de los residentes y cirujanos, formándose en la adquisición de competencias que el modelo actual fomenta con una plataforma de sedes heterogéneas. Este resultado, de continuar así, no puede ser otro que formar productos con patrones de respuesta y calidad dramáticamente diferentes que aterrizan en profesionales que ofrecen resultados de avanzada en una parte de la cartera de servicios, pero con restricciones variables en otros propios de la especialidad. Esta pregunta establece unos de los resultados más constantes de la investigación y al mismo tiempo trastoca las categorías de desarrollo de competencias de la especialidad y las que tienen que ver con un plan maestro propuesto, sin dejar de relacionarse con el entorno académico y curricular.

Algunas publicaciones mencionan (Hernández, 2010) que hasta un 26% de cirujanos que recién egresan de la especialidad no se sienten aptos para resolver las principales complicaciones de su especialidad y esto lo relacionan con un limitado



número de experiencias al respecto. Si se entiende que, cada sede hospitalaria tiene sus fortalezas y sus áreas de oportunidad se puede fácilmente llegar a la conclusión que uno de los principales problemas de la enseñanza de la cirugía general hoy es la heterogeneidad de resultados, por lo que esto deberá de ser objeto de análisis a más a profundidad durante las entrevistas.

7.1.14 Pregunta 14

De los resultados de la pregunta ¿Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación con el desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista?

Se obtienen como categorías abiertamente dominantes aquellas que aluden a las necesidades académicas y científicas y por otra parte las que tienen que ver con un modelo de consumo (capitalista). De esta forma, se puede argumentar que existe la posibilidad que cada una de estas posturas sean correctas, pero también que una favorezca el desarrollo de la otra y si ese es el caso lo interesante estaría en deducir si a la luz de los hechos es el avance tecnológico motivado por el utilitarismo de una herramienta capitalista favorecedora del mercado el que argumenta adelantos científicos en pos de estas prácticas de avanzada o bien son las necesidades del vacío en el conocimiento que aún tiene la medicina las que fomentan en si misma este desarrollo y fragmentación del campo quirúrgico.

Dentro de esta interpretación se encuentran implícitos todos los supuestos teóricos y categorías propuestas en la investigación y de aquí se desprenden distintas narrativas que serán profundizadas en las entrevistas. Al estar frente a un reactivo que reta el



estatus quo del desarrollo puramente meritorio de las ciencias médicas, es también importante resaltar que de momento no hay referencias directas a estas interrogantes, cosa que también se entiende por el poco o nulo apoyo de la industria con fines de lucro.

5.1.15 Pregunta 15

De los resultados de la pregunta ¿La cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse?

Dado que un 70% de los encuestados están de acuerdo con que de alguna manera la Cirugía General se debilita como especialidad, esta pregunta ayuda a entender que una de las alternativas posibles es la evolución de la Cirugía General a un estado de formación propedéutico para un especialista con una cartera de servicios más concentrada como puede ser la subespecialidad. Lo anterior, puede ser una lectura, aunque el desarrollo de esta alternativa supone sus propios problemas, así como matices que deberán resolverse.

Por otra parte, el reconocimiento de esta tendencia también puede ser el gatillo para volver a fortalecer esta especialidad de tal forma que se reinvente con innovación y procesos de enseñanza de calidad y patrones homogéneos de resultados que permitan establecer un nuevo comienzo dedicado a fomentar los buenos resultados del pasado con la visión novedosa del futuro. Esta realidad y el compromiso que la cirugía general tiene por delante, se comparte con lo comentado por autores como Bruns et al (2014), entendiendo al fenómeno de subespecialidad en cirugía como un nuevo paradigma al que la cirugía general debe enfrentar, pues la necesidad de ella para los pacientes aún



prevalece. Esta interpretación, aporta directamente al primer supuesto teórico de la investigación.

5.2 Análisis en las entrevistas a profundidad

Para el análisis de las entrevistas a profundidad se utilizó el método propuesto por Tylor y Bogdan (1990) donde propone tres distintos niveles para el mejor aprovechamiento de la entrevista, el primer nivel es la fase de descubrimiento en el cual se examinan los datos buscando temas vinculados. En segundo lugar, se encuentra la codificación misma que basado en Hernández y colaboradores (2003) se subdivide en recopilación de categorías de análisis y en la segunda se hacen agrupaciones y vinculaciones. Por último, se realiza la relativización de los datos mismos que se dividen en datos indirectos, directos, de contexto y argumentación final.

5.2.1 Entrevista 1

5.2.1.1 Fase 1 Descubrimiento

*Motivo para iniciarse en cirugía no vinculado hasta contacto experiencial directo con esta rama.

*Logística más simple para la selección de hospital sede, motivos personales para realizar la residencia en Querétaro.

*Formación multi- teórica y práctica, sin problema referido a esfuerzo físico aún con guardias AB competencia relacionada con actitudes personales. Similares resultados en general a los observados hoy en día.



*Subespecialidad posible oncocirugía o endoscopia, pero nunca llamó la atención terminarlo “solo por gusto”

* Estabilidad profesional 5 años 3 sitios geográficos antes de la estabilidad

*Considera la cirugía en crisis viéndola como pie de rama solamente y probablemente es una tendencia irreversible.

*En cuanto a la formación el hospital determina el perfil y las motivaciones del cirujano para hacer subespecialidad y una buena idea sería combinar fortalezas entre los hospitales de 2do y 3er nivel previo diagnóstico situacional del hospital para formar productos homogéneos y optimizar los tiempos requeridos para subespecialidad finalmente, estos faltan.

5.2.1.2 Fase 2: Codificación

5.2.1.2.1 Recopilación de categorías

*Entorno académico: positivo y facilitador

*Entorno cultural: Motivaciones vocacionales.

*Resultados del programa actual: similares a los observados hoy en día.

* Causalidad en el cirujano formado: positiva, competente, aunque en buena parte por autodidacta con estabilidad socioeconómica a los 5 años.

*Crisis en la especialidad, sí por ser vista como un requisito a subespecialidad.

*Propuesta respecto a formación quirúrgica: Tipificar a los hospitales no como sedes sino como aportadores de x número de competencias.

5.2.1.2.2 Agrupación y vinculación



Entorno académico y sus vinculaciones: En cuanto el entorno académico y las vinculaciones del resto de las categorías se puede decir que las motivaciones primarias para hacer medicina y cirugía tuvieron una relación indirecta a su disposición durante su desarrollo profesional y no presentó resistencia por esa parte, se refiere una similitud con los resultados en el programa de ayer y de hoy, esto debido a que la educación continua en buena parte siendo autodidactica, académicamente considera obtuvo herramientas para considerarse un producto competente que logra una estabilidad socioeconómica en aproximadamente 5 años lo cual habla de que la vinculación laboral está ausente o es incompleta.

Sin embargo, esto no parece privativo de la especialidad y si es mayor a la de algunas subespecialidades, pero más bien reguladas por la oferta y la demanda. El entorno académico y el esquema de competencia continua parece ser un facilitador para la crisis en la especialidad pues a decir del entrevistado, ésta es actualmente blanco en muchas ocasiones solamente de estudiantes que la toman solo como un requisito para llegar a la subespecialidad. El fortalecimiento de la especialidad podría llevarse a cabo desde un cambio de paradigma que formule una nueva forma de concebir a los hospitales formadores no como entidades cerradas, sino como partes de un sistema que permita exponer sus fortalezas y debilidades compartiendo las primeras para neutralizar el efecto de las segundas.

Entorno cultural y sus vinculaciones:

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: llama la atención cómo las modificaciones del programa y entornos culturales no parecen tener el impacto esperado en el resultado de acuerdo a el entrevistado, por otra parte, él menciona que la crisis de



la cirugía de hoy no existía en el pasado por lo cual el programa puede haber fracasado si ponderamos un resultado similar (asociado a lo autodidacta) en tiempos de mayor competencia, es decir cuando ocupamos un cirujano más competente nuestro programa nos ofrece uno con menor grado de competencias de acuerdo a la cartera de servicios vigentes lo que pudiera ser consecuencia del crecimiento de las subespecialidades es a la vez causa de la misma realidad.

Causalidad en el cirujano formado y sus vinculaciones: se menciona 5 años para lograr una estabilidad socioeconómica este número de años es mayor a la media de los posgrados en el resto de las ciencias naturales, sin embargo, probablemente se compense con que la media de lo entendido por estabilidad socioeconómica concebida por el gremio está por arriba del promedio, aun así esta realidad hace evidente que por una parte en que la sola especialidad no posibilita un desarrollo profesional exitoso y establece que los sacrificios de aspecto social como desplazamientos a otras ciudades suelen ser la constante.

Crisis en la especialidad y sus vinculaciones: actualmente de acuerdo con el entrevistado existe una percepción más banal de la cirugía general como especialidad esto viene en relación con el entorno sociocultural actual en donde se relaciona la cultura del avance tecnológico y la super especialización a mejores resultados, esto otorga como la consecuencia lógica esperable en la rama de la medicina, pero con una brecha de recursos que solo acentúa las diferencias sociales dentro del país. Esta tendencia, sin embargo, parece ser que seguirá creciendo por lo cual debemos tomar las decisiones y estrategias desde el hoy.



Propuesta respecto a la formación quirúrgica y sus vinculaciones: por última es de extraordinaria originalidad la propuesta que se plantea el entrevistado durante la entrevista, promoviendo un cambio de paradigma para lograr conceptuar ya no más hospitales sede, sino más bien hospitales con diversas fortalezas y debilidades a raíz de lo cual el docente deberá asistir a cada uno de ellos para entrenarse en las fortalezas en particular y para favorecer una alimentación de las debilidades convirtiendo el proceso de residencia en un ganar-ganar y favoreciendo la retroalimentación del sistema hospitalario y formador de recursos humanos en salud, esto tendrá vinculaciones directas con el programa actual y con la causalidad de la formación en cirugía así como indirectos desde el punto de vista socioeconómico y entorno sociocultural del cirujano, logrando el favorecimiento no solo de la especialidad sino del acercamiento a los servicios.

5.2.1.3 Fase 3 Relativización

5.2.1.3.1 *Datos directos*: el entrevistado realiza una semblanza de sus motivaciones primarias por la medicina hasta su paso por la cirugía; recorre cada uno de los puntos por los que tuvo que pasar con una serie de facilitadores, la mayoría de ellos producto de su motivación intrínseca y gusto por la profesión; comenta su paso al ámbito laboral en donde debe migrar en más de una ocasión para encontrar una estabilidad económica y adaptarse con nuevos escenarios laborales a lo largo de su desarrollo profesional; refiere una adecuada formación y competencia para su ejercicio profesional en problemas mayores a este respecto, finalmente, acepta la crisis en la especialidad de cirugía aunada a la vertebración de esta en subespecialidades y cursos de alta especialidad y reconoce la necesidad de un fortalecimiento de la misma dado la imposibilidad de dotar al país con un número de subespecialistas requeridos, aporta por último una idea novedosa con



respecto a los hospitales formadores y su óptica dentro de del mol de fortalezas y debilidades.

5.2.1.3.2 *Datos indirectos*

Se puede intuir que el entrevistado no se ve desfavorecido por una serie de fenómenos que pueden estar presentes en la residencia. En primer lugar, él se encuentra sin presiones familiares pues cuenta con el apoyo de sus padres los cuales gozan de solvencia económica, más allá de eso, él se encuentra en ese momento soltero y sin haber procreado hijos lo que le confiere una ventaja en cuanto su atención y tiempo al periodo de residencia. Por otra parte, las tutorías extracurriculares con las que contó favorecieron en parte su facilitación en los puntos de quiebre de su formación, así como las elecciones más difíciles que en esos momentos el residente debe hacer, con esto se puede explicar en parte como su desarrollo fue exitoso y dio como resultado un producto competente por arriba del promedio.

5.2.1.3.3 *Contexto*

El desarrollo de este entrevistado se da en dos contextos característicos que se deben tener en cuenta para formalizar la interpretación de sus palabras, por una parte, se trata de alguien que se forma a fines de los 90 con una realidad diferente de la cirugía general menos agobiada en ese momento por la problemática actual. Por otra parte, el entorno socioeconómico no contaba con facilidades para el otorgamiento de una medicina pública de calidad en cuenta a servicios quirúrgicos al menos en buena parte de la población, lo que a su vez facilitaba en buena medida la práctica privada sobre todo en localidades pequeñas de menos de 100 000 habitantes. Así pues, el contexto



socioeconómico cultural y de formación académica en el que se vio envuelto el entrevistado ejerce hasta cierto punto las condiciones de desarrollo profesional y laboral.

5.2.1.3.4 *Argumentación final*

Muchas de las aportaciones con respecto a la residencia y la formación del cirujano junto con su posterior desarrollo laboral son muy valiosas particularmente en este entrevistado, pues en el que tiene más experiencia de todos los que fueron requeridos en este ejercicio particularmente llama la atención su opinión con respecto al programa de formación en el que a juicios finales no le ve tanta diferencia en el producto final desde el punto de vista que tanto ayer como hoy termina siendo en su mayoría autodidacta, aunque por otra parte, si juzga más incompleto los programas más contemporáneos al comparar las competencias de los residentes de alto nivel con las de él al momento que cursaba esa etapa de la formación.

Se puede decir también que su postura frente a la problemática de la especialidad, es realista aunque a juicio del tesista, un tanto sesgada al dar por hecho que la opción ideal es colmar de subespecialistas al país entendiendo que cada uno de estos profesionales optan cada vez más por una cartera de servicios más profunda pero también más reducida por lo que en un momento puede ser perjudicial incluso para el ejercicio de la medicina profesional como se le conoce al diluir los conocimientos básicos en el método científico a solo la pericia técnica para la realización de procedimientos.

Por último, su idea acerca de cómo los hospitales formadores pueden cambiar el paradigma de educación en donde hasta ahora el resultado es productos heterogéneos es sumamente novedoso, se basa en conceptuar a los hospitales no como sedes o formadores solo etiquetarlos de acuerdo a su tipo de competencia mayor (Trauma, Alta



especialidad, Hernias, etc.) y de esta forma crear un sistema rotatorio de residencia que produzca productos más homogéneos acorde al título que todos ellos habrán de recibir al final de su residencia.

5.2.2 Entrevista 2

5.2.2.1 Fase 1 descubrimiento

*Motivo para ejercer medicina se relación a con la enfermedad y la solución de la misma por especialidad quirúrgica (experiencia personal). La atracción hacia la cirugía se da básicamente por los avances tecnológicos vistos en esta.

*Acerca del ENARM no lo encuentra como buen instrumento lo considera un examen mal planteado.

*Define la necesidad del cirujano actual acorde la dimensión de la ciudad donde labora y centra su utilidad al ámbito institucional.

*De acuerdo con su programa actual y con el resultado que se espera en cuanto al nivel de competencias en cirugía. Si bien no hay suficiente entrenamiento para la patología más frecuente dentro de la especialidad.

*Deseos de sub-especializarse como motivo principal de estar cursando el curso de Cirugía General.

*Considera a la Cirugía General en crisis por considerarla un paso previo a lo que finalmente será la meta profesional (dígase curso de alta especialidad y/o subespecialidad).

*Considera la entrada directa de algunas subespecialidades como una posibilidad de fortalecer el número de egresados en Cirugía General.



*Reconoce una brecha sociocultural de la cual pareciera nacer la crisis en especialidades troncales teniendo, por un lado, demanda creciente de subespecialista, pero por otro lado aún con necesidad de especialidades troncales en varias partes del país. Estos mismos factores abonan a que los recursos humanos en formación busquen más la subespecialidad como opción profesional y ponen a la especialidad troncal como un paso para este fin.

5.2.2.2 Fase 2 Codificación

5.2.2.2.1 Recopilación de categorías

*Entorno Académico: Positivo, facilitador y de vanguardia. Esto mayormente referido dentro del sistema sede.

*Entorno Cultural: basado en una tendencia que impone la tecnología como facilitador obligatorio para la obtención de mejores resultados y que genera tendencias formadoras en los alumnos y de consumo en los pacientes. Debido a esto se tiene la implicación práctica consecuente en un favorecimiento a la realización de procedimientos con mayor implicación tecnológica.

*Resultados del programa actual: se establece como un potencial adecuado si bien hasta el momento con un análisis subjetivo.

*Causalidad del cirujano formado: Perspectiva positiva, aunque dirigida a la subespecialidad.

*Sobre la homogenización del producto final: la simplificación administrativa como opción más visible.

*Sobre currículo: no existe una postura puntual. Lo considera adecuado.

5.2.2.2.2 Agrupación y vinculación



Entorno académico y sus vinculaciones: en cuanto a las vinculaciones del entorno académico se puede decir que con respecto al entorno cultural se guarda una relación entre la selección del entrevistado sobre su hospital sede ya que como él lo comenta la tendencia de las masas es hacia elegir como positivo la mayor infraestructura entendiéndolo como el mejor escenario para obtener resultados, además, su perspectiva posiblemente influenciada por esta tendencia es la de aspirar a una máxima especialización en una ciudad de más de 1 millón de habitantes, pues relaciona estos hechos a una mayor calidad de vida e incluso hace énfasis que en este tipo de ciudades el paciente elegirá siempre al subespecialista.

En cuanto a lo relacionado con el resultado del programa actual, la experiencia del entrevistado es limitada sin embargo comenta estar de acuerdo con el producto que hasta este momento puede asimilar, si bien, discrepa del instrumento filtro para acceder a la especialidad en México sin proponer una alternativa tacita. El observa al cirujano formado dentro del sistema al cual pertenece como alguien que no tiene competencias faltantes y por lo tanto contará con las herramientas para salir adelante una vez insertado en el campo laboral. Reconoce debilidades respecto al currículo de la cirugía pues actualmente para él funciona más como puente para llegar a la subespecialidad que como herramienta final por lo que de algún modo propone cambios administrativos como alternativa para afrontar este dilema pues si observa una necesidad de cirujanos generales.

En cuanto a las vinculaciones del entorno cultural, las más relevantes a decir del entrevistado son las que han promovido de cierta manera el escenario justo en donde la búsqueda de la máxima especialización es lo políticamente correcto, estas “realidades”



a decir del entrevistado son las que impulsan cada vez a más médicos residentes a buscar la súper especialización como el objetivo más codiciado. De alguna manera lo anterior choca con la idea de que el cirujano formado sea requerido y conforme todas las competencias para el éxito profesional ya que, de ser así, ¿Por qué existe la visión de un mayor éxito por parte del subespecialista? Se está pues en una dicotomía cultural en donde existe una parte que juzga resultados de acuerdo con la mayor tecnología aplicada posible y otra que se elabora de acuerdo a las necesidades, se entiende pues, que de acuerdo a la tendencia actual la brecha está condenada a continuar separándose de no acotar en justa medida sus diferencias.

El currículo del cirujano general y el menoscabo práctico de éste puede entonces guardar relación importante con el entorno cultural de nuestro tiempo en donde el desarrollo tecnológico juega dos etiquetas, por una parte, facilitando los procesos de certeza y reproducción de los tratamientos médicos mismos que por su propia naturaleza cada vez son más innovadores aunque no necesariamente más eficaces, emanando de esto lo que se antojaría una etiqueta que apunta más al mercantilismo médico en donde la ventaja competitiva referente a la oferta y demanda en el mercado de la salud pareciera lo esencial.

Para que esta última visión prospere es necesario disolver modelos profesionales que si bien han mostrado durante décadas resultados no parecen compatibles con la idealización de los particularmente especializado y así como el escenario de lo novedoso basa su papel en nuevos productos, exige a su vez nuevos profesionales con un tinte evolucionado, de este modo, a pesar que las subespecialidades existes desde antes de que esta neo-culturización llegara retratan la necesidad de la misma de una manera muy



adecuada y a la par de ella existen como creación directa de esta fenómeno los cursos de alta especialidad.

5.2.2.3 Fase 3 Relativización

5.2.2.3.1 Datos directos

El entrevistado comenta de su experiencia personal relacionada con la elección del oficio médico y de cómo este fue de la mano con las alternativas quirúrgicas todo gracias a vivencias personales; enseguida habla del examen nacional para la residencia y opina que no es un instrumento adecuado pues solo busca el conocimiento puntual y no aplicado; posteriormente la entrevista toma con la profundidad posible los temas relacionados al currículo de la Cirugía General y el desarrollo laboral personal en donde el entrevistado comenta acerca de sus motivaciones para cursar en este momento el primer año en cirugía, habla acerca del porqué le llama la atención subespecialidades como cirugía plástica o bien un curso de alta especialidad como cirugía laparoscópica, lo anterior estando en relación con una mayor tasa de bienestar sentida para este segmento de empleados de la salud.

El entrevistado habla sobre la crisis actual de la cirugía general y basa su crítica en la interpretación que él y muchos compañeros dan actualmente al curso de cirugía teniéndolo como un trámite o puente para llegar a sus metas profesionales. Finalmente, está de acuerdo con el hecho de disminuir este vehículo en el que se ha convertido la cirugía tratando de formar currículos para subespecialidades directas tales como neurocirugía o urología.

5.2.2.3.2 Datos Indirectos



Como datos indirectos, el entrevistado deja ver una influencia importante con respecto al entorno cultural en su toma de decisiones profesionales esto aplica tanto para su carrera como para la elección de especialidad y su perspectiva hacia la subespecialidad. En sus argumentos se dibuja una postura hacia el modelo de lo que se podría llamar un máximo mérito académico para un menor mérito práctico en el sentido que la meta final es una calidad de vida relacionada a una acción determinada que fruto de la línea académica otorgue una remuneración superior con el mínimo de tiempo. En otras palabras, pareciera que el objetivo final es convertirse en un producto caro para su entorno obviamente con un nivel de eficacia adecuado.

5.2.2.3.3 *Contexto*

Dentro del contexto de esta entrevista se debe entender que se trata de un alumno perteneciente a las urbes más grandes de México (Guadalajara) el cual ha estado expuesto a hospitales de tercer nivel desde su pregrado donde la temática de la alta especialidad siempre ha tenido una filtración mayor que la que está en relación con especialidades troncales. Por otra parte, se debe considerar que se encuentra en el primer año de la residencia por lo que su experiencia con respecto a su formación y a varias categorías de esta investigación están limitadas a el tiempo en que formalmente está en su entrenamiento como cirujano por lo que en sus opiniones con respecto a la perspectiva como profesional debemos tomar en cuenta estas cosas.

Por último, hay que mencionar que el hospital donde se encuentra es un hospital de tercer nivel por lo cual es muy probable que su impresión sobre la cartera práctica del cirujano general esté influenciada por la dinámica de estos nosocomios lo cual también es factor para considerar dentro de su participación.



5.2.2.3.4 *Argumentación final*

Se puede decir que esta entrevista es valiosa y singular por más de una cuestión, entrevistar a un residente de primer año siempre supone de situaciones poco ordinarias. Se entiende que su experiencia es más limitada en comparación con sus compañeros de otros años, sin embargo, algunas veces eso otorga ciertas ventajas pues sus respuestas tienden a ser también un tanto más espontáneas y normalmente no pre estructuradas. Los aportes más relevantes de esta entrevista terminan siendo, la óptica que un residente de primer año que aspira a subespecialidad tiene con referencia a la especialidad troncal, pues expone literalmente que para muchos compañeros y para el paso por cirugía llega a ser solo un trámite en busca de un entrenamiento final consistente en subespecialidad o curso de alta especialidad este tipo de realidades se mezcla con distintas percepciones que el entrevistado advierte frente a cuestiones socioculturales y las cuales directa o indirectamente tienen influencia en este tipo de óptica y que obviamente se encuentra en relación con nuestro problema fundamental dentro del fenómeno de la crisis en la especialidad de cirugía general. Por otra parte, el entrevistado no advierte problemas generales en la formación como cirujano general al menos no mayores, pero si hace la observación hacia el instrumento activo para acceder a la residencia por el cual tuvo que esperar un año antes de ingresar.

5.2.3 Entrevista 3

5.2.3.1 *Fase 1 descubrimiento*

*Motivo para medicina: experiencias inespecíficas de la infancia donde el descubre la acción médica como una influencia positiva hacia el ser humano.



*Examen nacional en dos ocasiones en general lo menciona como experiencia en donde se requiere un extra en cuanto al esfuerzo académico que se requiere para salir seleccionado, enfocándose a contestar un examen más que en madurar competencias como médico.

*Selecciona IMSS por ventajas laborales.

*Selección de sede basada en contexto familiar.

*Refiere competencias similares a otras sedes al menos en términos locales.

*Refiere un equilibrio entre la estabilidad económica del médico general y del médico especialista.

*Considera al cirujano con una cartera de servicios más amplia que a su contraparte subespecialista.

*Ve el objetivo de subespecialidad por un principio de competitividad desarrollado durante toda la carrera por un estatus quo o sistema.

* Ve cierta heterogeneidad en el resultado final del paciente entre egresados de una y otra sede y eso lo relaciona con variantes en la aplicación del currículo.

*Refiere una logística de formación con deficiencias (IMSS) por cómo las competencias van otorgándose lo que distrae de los verdaderos valores quirúrgicos.

5.2.3.2 Fase 2 Codificación

5.2.3.2.1 Recopilación de Categorías

*Entorno académico: es positivo dentro de la dinámica familiar al estar libre de costos de entrada, el entorno propiamente dicho de la licenciatura provee de experiencias para decidir por una institución específica dentro de su elección de sede.



*Entorno cultural: en este caso, el entrevistado se ha mantenido en ciudades de más de 500 000 habitantes con una migración primaria a Guadalajara donde realiza la mayor parte de su educación y posteriormente su llegada a León Guanajuato donde se encuentra realizando su residencia.

*Resultados del programa actual: la proyección del entrevistado en esa parte es dicotómica, por un lado, manifiesta que durante la formación no observa marcadas diferencias en las fórmulas didácticas, sin embargo, al momento de terminar la formación refiere que esto es más visible de acuerdo con el problema al que se enfrenta el egresado pues varían las competencias de egreso.

*Causalidad en el cirujano formado: la refiere exitosa si bien con una suma de variables que no necesariamente penden de la formación sino del contexto y la aplicación laboral actualmente existente dentro del nicho donde se actúa.

*Plan maestro: dentro de este apartado se refiere que una propuesta académica de la homogenización podría evolucionar a partir de una logística de aplicación similar en todas las sedes independientemente de su raíz institucional, lo que a su vez propondría las modificaciones administrativas respectivas.

*Currículo: relacionado al currículo no presenta una disertación profunda, pero relaciona el desarrollo de este, con cierta diferencia en la aplicación práctica de acuerdo a las sedes.

*Desarrollo de evaluación de competencias: no menciona uno establecido salvo el valorado subjetivamente al momento de incorporarse al entorno laboral.



5.2.3.2.2 Agrupación y vinculación

Entorno académico y sus vinculaciones: permanece una relación coyuntural con el entorno cultural dado que éste se convierte en facilitador del primero, más allá de eso en este particular caso la formación del entrevistado se da en el estado de Jalisco por una migración laboral con fines laborales, esta es una realidad actual de México en donde las grandes ciudades cuentan con un factor estable de crecimiento dado este tipo de migración intra nacional. Este tipo de hechos favorece también la percepción de un sistema en donde se privilegia la cultura del esfuerzo y a su vez pone como meta final el aumento en la calidad de vida relacionada con el poder adquisitivo y hasta cierto punto la posibilidad de acceder a un entorno de mayor hedonismo.

La academia pues, parece ser el instrumento mediante el cual se tiende un puente que permite llegar a escaños socioeconómicos más deseables. En cuanto el entorno académico y sus vinculaciones podemos decir que este teje relaciones hacia las ventajas laborales propias de algunas instituciones motivo por el cual el entrevistado decanta por el sistema IMSS, no hace evidente por otro lado ventajas en término de currículo o del resultado final de formación frente a otros modelos también presentes en México. En lo referente a las vinculaciones del programa actual, sí manifiesta cierto desfase con la realidad que él cómo cirujano le tocará vivir sobre todo en lo concerniente a un ambiente laboral con mayor número de subespecialistas (esto en las grandes ciudades), esto impacta socioculturalmente y forma parte del complejo de variables que arroja la percepción actual para las especialidades troncales, esto se encuentra también en relación con el currículo vigente y participa en el marco de vinculaciones del desarrollo y evaluación de competencias.



5.2.3.3 Fase 3 Relativización

5.2.3.3.1 Datos directos

De esta entrevista se puede tener como datos directos, que se trata de un elemento con un núcleo familiar sin dependientes económicos con los cuales compartió hogar hasta el ingreso a su residencia; el entrevistado sugiere cambios en el examen de residencias por considerarlo mal instrumento, sin embargo, él lo aprobó en dos ocasiones; adherido a esto se encuentra el hecho que el entrevistador renuncia a una posibilidad de especialidad por no ser finalmente adecuada para él, esto como consecuencia de un modelo de selección en donde se ofrecía al alumno dos alternativas de especialidad. Durante su residencia menciona experiencias adecuadas en general con una perspectiva laboral buena, pero sin sentir una diferencia importante entre la condición profesional del especialista y el no especialista o bien del especialista y el subespecialista.

En la perspectiva del entrevistado la subespecialidad suele ser tentadora para un médico residente, porque permite desarrollar las competencias a un nivel de reto mayor que la propia especialidad. Para el entrevistado la aplicación curricular debe optimizarse en dos aristas, primero tenemos la logística propia del sistema IMSS en donde el primer año se cursa en un hospital de segundo nivel y el resto de años se está en un tercer nivel pero el segundo año se caracteriza por la aplicación curricular correspondiente a manejo peri operatorio y carga de trabajo no relacionada directamente con quirófano, para el entrevistado los resultados del entrenamiento serían más fluidos de cambiar esas competencias al primer año para que los posteriores manejaran un flujo quirúrgico ascendente. Por otro lado, está la aplicación curricular dependiente de la sede en donde el entrevistado observa una diferencia notable entre una y otra sede más, sin embargo,



no considera un factor determinante en cuanto a la aplicación de esas competencias en el ámbito del egresado, si bien, acepta que suelen desembocar en manejo y resultados visiblemente diferentes para los pacientes.

5.2.3.3.2 *Datos Indirectos*

Como datos indirectos en el caso del entrevistado se tiene lo referente a su dinámica familiar presumiblemente de buena cohesión, pues permanece con relativa dependencia económica más allá de la universidad y además mientras se da ésta se mantiene en casa de su familia. Por otro lado, hasta el momento no tiene dependientes económicos lo que facilita su visión a futuro desde el punto de vista profesional. A la luz de ciertas opiniones en contrasentido de lo referente al resultado de su formación académica y sobre las competencias con las que terminan los actualmente entrenados en cirugía, se puede intuir que su percepción del mundo laboral aún debe madurar y posiblemente también tenga que ver en que en estos momentos ve esa situación atrás de un último año de entrenamiento en donde considera la obtención de las competencias en este momento faltantes. Considera a la subespecialidad en oncología como una alternativa en donde se sumarán procedimientos a la cartera, pero desconoce que parte de su cartera actual tenderá a la disminución.

5.2.3.3.3 *Contexto*

El escenario donde se lleva a cabo la entrevista es el hospital sede UMAE Bajío del IMSS durante una actividad clínica complementaria. Se trata de un médico en su tercer año de residencia o R3 el cual ha realizado su formación profesional de pregrado en una de las metrópolis más grandes del país; decide mudarse a esta ciudad por la selección del IMSS como institución sede, esto por las ventajas laborales de la misma; el



entrevistado cursa por una logística académica que le permite rotaciones a la mayoría de hospitales importantes del estado (oficiales) por lo cual cuenta con el conocimiento del actuar de al menos los distintos hospitales formadores de cirujanos en el estado. El entrevistado ha vivido en al menos tres estados localizados en el centro del país y tuvo en dos ocasiones la experiencia de quedar seleccionado en una especialidad mediante examen nacional.

5.2.3.3.4 *Argumentación Final*

Se trata de un entrevistado el cual se encuentra en el tercer año de cirugía general comparte experiencias acerca de su ingreso a cirugía general en el sistema IMSS y de cómo ha notado su crecimiento en el orden de sus competencias; visualiza la crisis de la cirugía general, pero de varios aspectos aun no es consiente; comenta que, para la mayoría, la expectativa de la subespecialidad no está encaminada a recursos o mayor calidad de vida sino al reto académico. Este comentario es interesante y pone un nuevo tema en el marco del problema, pues habría que analizar el fondo de esta temática y saber si obedece al espíritu competitivo adoptado por el sistema de residencia o es parte de una asimilación preconcebida desde otros entornos.

El entrevistado comenta que una logística común entre todas las instituciones formadora de cirujanos sería muy positiva para mejorar los indicadores de desempeño final de esta especialidad. La entrevista es positiva en el sentido que aporta elementos novedosos y que es referencia de una persona en entrenamiento actual, pero con 3 años de experiencia en este proceso.

5.2.4 **Entrevista 4**

5.2.4.1 *Fase 1 descubrimiento*



*Decide Medicina en una fase tardía (17 años) debido a una experiencia familiar.

*Decide cirugía por gusto personal durante su licenciatura en medicina.

*Su sede la elige básicamente por motivos familiares

*A su juicio el ENARM es en buena parte un buen instrumento, pero su mayor dificultad radica en la resistencia que se requiere para presentarlo debido a las horas de duración que en promedio tiene. Opina que convendría perfilar el contenido del examen

*Sobre la experiencia del fracaso al intentar una subespecialidad y el retomar el control de su desarrollo profesional

*Visión centrada en la ventaja tecnológica como ventaja competitiva, pero sin un desarrollo a profundidad que ponga en el centro al paciente.

*No refiere ventaja entre un cirujano general y uno con curso de alta especialidad.

* Refiere poco acercamiento a una cirugía socialmente entendida debido a que la línea que ha marcado su entrenamiento ha estado fundamentalmente hecha para ser el mejor y no para ayudar al mayor número de personas.

*No cree en una crisis actual hacia la cirugía general.

*Ve una residencia con claroscuros lo primero por el gran número de población que se atiende y lo segundo por el recurso humano entrenado para enseñar.

*Desventaja de insumos por gestión deficiente

5.2.4.2 Fase 2 codificación

5.2.4.2.1 Recopilación de categorías

*Entorno académico: respecto al entorno académico lo refiere como un reto que ha pasado de manera adecuada y que de alguna forma en la etapa presente donde de la



residencia en donde ha requerido apoyos no otorgados que de alguna manera minan su potencial final.

*Entorno cultural: en cuanto al entorno cultural destacan dos aspectos, en primer lugar, lo relacionado a la tecnología misma que permea claramente en el modo de diseñar su futuro profesional. Por otra parte, el aspecto familiar, pues el entrevistado decidió su sede teniendo en cuenta el lugar donde radicaba su familia nuclear preponderantemente.

*Resultados del programa actual: se comenta como adecuado pero perfectible, refiere no sentir desventaja frente a otros una vez terminada la especialidad teniendo grandes posibilidades de éxito y observando un promedio de 2 a 3 años para lograr una estabilidad socioeconómica.

*Plan Maestro: se refiere más en relación a gestión para la generación de rotaciones externas enmarcadas dentro de un plan bien establecido y que estos se incluyan como base del currículo abriendo la posibilidad al conocimiento de altas especialidades y al de experiencias diversas en el orden de enriquecer la sede.

Desarrollo y evaluación de competencias: menciona que se encuentran estandarizadas en buena forma la mayoría de ellas, sin embargo, otro porcentaje menor es necesario optimizarlo.

5.2.4.2.2 *Agrupación y vinculación*

Entorno académico y sus vinculaciones: dentro del entorno académico se perciben en el entrevistado dos vinculaciones importantes, ambas dentro del entorno sociocultural. Por una parte, se tiene su elección de hospital sede coincidente con su región natal y por otra parte está su ánimo hacia el núcleo de su desarrollo como especialista sustentado en la tecnología de nueva generación que se ofrece para la especialidad. Ambas cosas



hablan de cómo el entorno académico ronda ciertos vectores acordes a las realidades socioculturales en que se dé el fenómeno educativo.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: las vinculaciones educativas han sido ya señaladas en cuanto a la causalidad del cirujano formado se puede decir, que de acuerdo con el entrevistado existe una perspectiva de equidad para el especialista troncal y subespecialista, sin embargo, se debe recordar que el entrevistado busca un curso de alta especialidad, lo que tendría que ponderarse. Con respecto a los resultados del programa actual, éste se encuentra en avances precisamente por situaciones relacionadas con el entorno sociocultural y político. El entrevistado ha sido de las primeras generaciones en reducir su carga de estancia en el hospital en un 25% aproximadamente, esto a consecuencia de la disminución en frecuencia de guardias hospitalaria y de lo cual su resultado se verá en próximos años. Esta situación vincula a su vez con el currículo pues se encuentran en proceso de evolución estrategias para tratar de resolver problemáticas emanadas de las políticas antes señaladas y que probablemente indique el desarrollo de competencias y la evaluación de las mismas desde un paradigma diferente.

En cuanto las vinculaciones con los resultados del programa actual, éstas en esencia se han comentado al ser parte de relaciones anteriores, sin embargo, teniendo como bujía principal esta categoría se debe relacionar con el entorno educativo principalmente pues este a juicio del entrevistado debe optimizarse si bien aún no se encuentra en situación de riesgo para el egresado. Por otra parte, el entorno sociocultural se encuentra con una facilitación hacia los adelantos tecnológicos mismo que el entrevistado pretende utilizar como principal ventaja competitiva para una vida laboral



exitosa. El currículo de base común tanto como el de alta especialidad vira hacia una evolución innegable y a juicio del entrevistado pareciera que el entorno sociocultural lo ha motivado directamente a este tipo de cambios ya que por una parte la población general parece demandar cada vez más a elementos entrenados en alta especialidad y por otro el desarrollo tecnológico permea cada vez más a todas las actividades del ser humano. Como parte del desarrollo ya comentado la vinculación con el entorno educativo es innegable y probablemente sea esta la que defina con sus resultados a mediano plazo si los cambios en políticas de formación de recursos humanos en salud deben de replantearse.

Por último, de lo correspondiente al desarrollo y evaluación de competencias se comenta más sobre el primero entendiendo la necesidad de comparar experiencias de diversos centros de formación a fin de realizar un ejercicio educativo trascendente en el cual se pueda diseñar estrategias para obtener los mejores resultados esto vincula directamente lo correspondiente a las categorías educativas y de resultados del programa actual, el resto en este apartado no cobra real relevancia.

5.2.4.3 Fase 3 Relativización

5.2.4.3.1 Datos directos

Se trata de un residente en su tercer año de preparación de 4 que tendrá en total para la especialidad de Cirugía General en México. El entrevistado revela un gusto tardío por la medicina debido a experiencias personales. aunque una vez en la carrera, demuestra un gusto por las especialidades quirúrgicas dado a empatías dentro de sus relaciones didácticas por lo cual decide realizar angiología, siendo esta rama de la Cirugía General presenta examen nacional (ENARM) para esta especialidad quedando en el



primer intento y opinando que el reto mayor del examen es físico debido a las horas que lleva el realizarlo. Posteriormente refiere decidir su cede teniendo como factor preponderante estar cerca de su hogar seleccionando la UMAE 1 bajío con subsede en Hospital General de Zona No 21 del IMSS, posterior a su R1 debe realizar examen para derivarse a angiología, sin embargo, fracasa en este paso.

Es importante esta experiencia, porque dibuja 2 aspectos por lo cual el residente de hoy suele verse enfrentado, por un lado, ingresar a una especialidad troncal a través de un filtro importante, siendo esto solo un paso antes de la actividad que realmente desea desempeñar y por otro se encuentra frente a la posibilidad de desarrollar finalmente una especialidad que no es de su completo agrado. En el caso de nuestro encuestado, refiere que posterior a una fase de duelo retoma su gusto por la residencia y enfoca sus esfuerzos en la cirugía general misma que siempre vio como alternativa sobre todo al conocer los avances tecnológicos que esta propone en la actualidad.

Actualmente al término de su R3 refiere una formación satisfactoria si bien recomienda mayor laxitud en cuanto a las políticas del IMSS, esto en lo referente a rotaciones externas y con hospitales de otras instituciones.

5.2.4.3.2 *Datos indirectos.*

Con respecto a los datos indirectos, se obtiene primero que los residentes pueden tener más de una razón para elegir determinada especialidad y sede, se entiende un potencial académico alto dado que ha cursado y aprobado el examen nacional solo una vez en la especialidad que el eligió, pero a su vez enfrenta fracaso al momento de optar por subespecialidad. Se encuentra frente al dinamismo de la tecnología de nuestro tiempo lo que da a entender que la especialidad la ha incluido en buena parte, sin



embargo, menciona que los principales adelantos fueron observados durante un congreso internacional, por lo cual es de esperar aún no se encuentren activos en su sede. Al parecer existe cierta desorganización e inequidad en las rotaciones interinstitucionales y en algunas ocasiones aun dentro del mismo instituto existen reglas que no se siguen homogéneamente u otras que son aplicadas discrecionalmente afectando al producto final de formación de la residencia.

5.2.4.3.3 *Contexto*

Se trata de una persona de clase media con un apoyo económico por parte de su familia nuclear que no tiene dependientes económicos directos y se encuentra en entrenamiento para la especialidad de cirugía general con la visión de terminar esta especialidad y realizar un curso de alta especialidad en cirugía laparoscópica avanzada. Su sede es la Unidad Médica de Alta especialidad del IMSS situada en la ciudad de León Guanajuato misma de la cual el entrevistado es oriundo. El sistema IMSS tiene como políticas generales respecto a las rotaciones externas que éstas solo deben realizarse si el servicio al cual se va a rotar no se encuentra activo en la sede del residente, pese a esto, como se comentó antes esta política general guarda más de una interpretación en los distintos hospitales de la institución.

5.2.4.3.4 *Argumentación final*

El entrevistado es un residente de tercer año el cual opina que el instrumento para seleccionar alumnos para la residencia no es malo, pero si demanda esfuerzo físico hacerlo en el tiempo que hoy se pide. El ingresa a cirugía por el deseo de realizar una subespecialidad pero fracasa en el proceso de selección de esta y actualmente se encuentra interesado en la realización de un curso de alta especialidad, cabe analizar



que este elemento no hubiera ingresado a cirugía de no ser un requisito para la subespecialidad que él quería realizar y también que actualmente si bien, está interesado en terminar la especialidad, su objetivo final es el desarrollo que el curso de alta especialidad le permita hacer en su campo laboral ya aplicado. Esto tiene contornos culturales y de tendencia en la educación que ya se han analizado anteriormente y que exponen los principios del porqué se sostiene la tesis de la crisis actual en la Cirugía General.

Si bien el entrevistado da su opinión con respecto a la diferencia sociocultural percibida entre un especialista y un subespecialista siendo esta no importante, observando su estrategia al respecto se percibe que esta opinión no parte de una conciencia madura de la problemática que existe al respecto, ya que él mismo se visualiza como especialista con curso de alta especialidad y además de esto da a entender que enfocaría su cartera de servicios precisamente a las competencias adquiridas mediante su último postgrado, así pues el entrevistado es en más de una arista un elemento más que certifica la debilidad con que la Cirugía General por si misma enfrenta el futuro.

5.2.5 Entrevista 5

5.2.5.1 Fase 1 Descubrimiento

*Motivación para la medicina meramente académica limitada con condiciones de su entorno.

*Comenta la experiencia de la situación en la dinámica de medicina en EEUU por ser ciudadano americano y mexicano.

*Diferencia importante es que en EUA no existe laboralmente la denominación de “Médico General”.



*Elige cirugía por parecerle una especialidad completa que lo retaba y le gustaba, sin embargo, fue hasta el momento de elegir la opción dentro del trámite del ENARM

*Factor interpersonal y familiar íntimamente relacionado con la decisión de la especialidad y la sede.

*Mentalidad autodidacta, en cuanto a la residencia.

*Habla de una cadena de antivalores al momento de la formación perioperatoria, y los errores interpersonales como principal alteración observada para obtener resultados en el desarrollo de competencias dentro de la residencia.

*Desea ser Cirujano General y conseguir una estabilidad laboral (2 años) lo más pronto posible. La subespecialidad sería solo un plan B.

*Refiere que el cirujano como especialista es igualmente competente que el especialista en el régimen institucional, no así en el régimen privado, al menos en ciudades grandes.

* Reconoce mayor cartera para el Cirujano General en la práctica privada, aunque mucha de esta es tomada por subespecialistas por lo cual se observa una mayor representatividad del segundo, pero para resolver cartera del primero.

5.2.5.2 Fase 2 Codificación

5.2.5.2.1 Recopilación de Categorías

Entorno académico: el entorno académico en el entrevistado es muy particular por la dicotomía que ha tenido debido a su doble nacionalidad y su vida parcialmente independiente del núcleo familiar desde temprana edad. Sus correlaciones han impactado de manera poco convencional en el correr de sus decisiones del plano profesional y aun en las que se encuentran en fase de proyecto.



Entorno Cultural: se presenta con variadas experiencias determinantes de su desarrollo y decisión con respecto a su evolución humana y profesional, con cierta austeridad de un núcleo familiar convencional de acuerdo con su respuesta fenómeno dado por decisiones propias.

Resultados del programa actual: en cuanto a lo objetivo, el entrevistado refiere tener un adecuado entrenamiento en la mayoría de las competencias que requiere al final de su tercer año de la residencia. En lo subjetivo refiere que probablemente al término no domine todas las competencias requeridas para la incorporación al mercado laboral de la cirugía.

Causalidad del cirujano formado: en general observo positivo el producto resultante del entrenamiento dentro de la especialidad en cirugía.

Plan maestro: se refiere en relación con este tema tratar de evitar el personalismo en la enseñanza pues es el fenómeno que el observa más deletéreo durante el proceso enseñanza aprendizaje. Lo anterior puede verse aterrizado en una propuesta académica más que una administrativa.

Currículo: Con respecto a este apartado se refiere la dicotomía existente en el país del norte y en México en donde se encuentra determinado ya por marco curricula la no existencia de médicos generales sino solo especialistas, no estando necesariamente de acuerdo con eso, el entrevistado menciona que durante la residencia es necesario una selección más estratégica de las rotaciones a pesar de conseguir un equilibrio entre las diversas sedes.

Desarrollo y evaluación de competencias: la actualización de los sistemas de evaluación en cuanto a contenido la evolución a un método más práctico es lo necesario.



5.2.5.2.2 Agrupación y vinculación

Entorno académico y sus vinculaciones: en cuanto al entorno académico y sus vinculaciones con el ambiente sociocultural se puede decir que en el entrevistado existe más de una particularidad que expone diferencias notables resultado de las principales aristas de la realidad que él ha vivido al ser un individuo con dos nacionalidades (Americana y Mexicana) y por otra parte tratarse de alguien con un desarrollo de vida adolescente y juventud lejos de su familia central por elección propia, en donde si bien no se vio sin respaldo económico total, sí fue un factor a tomar en consideración en su desarrollo posterior e incluso en tomas de decisiones actuales.

En cuanto al entorno educativo y los resultados del programa actual, el entrevistado comenta lograr en general un conocimiento y práctica suficiente de la mayoría de las competencias acordes al programa, sin embargo, si llega a notar que estas asimilaciones didácticas no se dan en todos los compañeros debido básicamente a que las mejores oportunidades emanan de empatía profesor-alumno y no de un sistema correctamente estandarizado siendo la principal crítica al respecto. Lo anterior también se encuentra vinculado con respecto a una causalidad del cirujano formado positivamente pero que puede mejorar.

En cuanto a las vinculaciones del entorno académico, el plan maestro y el currículo actual se debe mencionar que este se encuentra con cierto desfase, sin embargo, la principal problemática no es tanto esta parte sino, la nula estandarización en cuanto a su aplicabilidad lo cual causa la heterogeneidad que termina siendo dañina para el producto final y confunde el resultado emanado del marco curricular. El entorno académico debe



favorecer la extinción de estas diferencias para que basado en un buen principio las estrategias de un currículo final de alta especialidad sean realmente eficaces.

Con respecto al entorno académico y el desarrollo y evaluación de competencias, se debe a juicio del entrevistado, abrir más las políticas del IMSS en el sentido de las rotaciones interinstitucionales esto favorecerá las autoevaluaciones no solo de los alumnos sino de los docentes permitiendo el intercambio académico que sea necesario y homogenizando los procesos de enseñanza hacia el beneficio del paciente como un objetivo final.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: en cuanto al entorno cultural y las vinculaciones existentes con el entorno académico de este entrevistado fueron ya expuestas anteriormente. Respecto a las vinculaciones del entorno sociocultural y los resultados del programa actual, el entrevistado da a entender que de algún modo su estilo de vida relacionado con responsabilidades de trabajo y estudio desde temprana edad fue factor determinante en la asimilación de un entorno autodidacta y de un resultado adecuado favoreciendo lo positivo del programa y buscando optimizar lo que a su juicio encontró negativo. En el desarrollo curricular las principales vinculaciones con el entorno sociocultural están dadas sobre cómo se visualiza por parte del entrevistado la demanda laboral de un especialista y un subespecialista ya que éstas son marcadamente diferentes en la teoría de un ambiente académico, pero cuando se observan desde un entorno laboral suelen ser un tanto diferentes al punto de igualarse por completo. Respecto al entorno cultural y el desarrollo de competencias, se expone la percepción del segundo con influencia del primero dado que muchas de las necesidades percibidas



están en función de lo que el entrevistado ha observado dentro de su núcleo sociocultural a lo largo de su entrenamiento.

Vinculaciones con los resultados del programa actual: en cuanto al entorno cultural, se encuentra desfasado en la actualidad y es lo que provoca resultados heterogéneos. En lo relacionado con el entorno académico se tiene que de alguna manera ha propuesto un modelo en donde se otorga más valor a la formación de subespecialista que de especialistas troncales.

Vinculaciones en cuanto a la causalidad del cirujano formado: respecto al entorno académico, se ha comentado previamente, con respecto a la parte sociocultural se puede entender por parte del entrevistado un carácter positivo que no se refleja del todo mientras se encuentra dentro del proceso de formación. Los criterios de vinculación con respecto a los resultados del programa actual y mapa curricular, así como los que tienen que ver con el desarrollo de competencias se encuentran íntimamente relacionados en esta arista estando en consonancia con la percepción de resultados heterogéneos y la necesidad de una uniformidad aplicativa del currículo.

Currículo y sus vinculaciones: el currículo de acuerdo con lo comentado por el entrevistado tiene importantes vinculaciones con el entorno académico ya que este actualmente se encentra en proceso de un replanteamiento como anteriormente se ha mencionado. Respecto al entorno de los resultados del programa actual y la causalidad del cirujano formado, se tiene una variación de realidades de acuerdo con el lugar donde el ejercicio laboral es implementado y el hospital formador del cual se trate, esto también se relaciona con el entorno académico teniendo a la vista como principal área de oportunidad a la heterogeneidad de los egresados.



5.2.5.3 Fase 3 Relativización

5.2.5.3.1 Datos directos

Se trata de un residente de tercer año de la especialidad en Cirugía General el cual es entrevistado en la UMAE Bajío del IMSS misma que es su sede. El entrevistado comenta sobre su decisión de la elección profesional una situación particular de escrutinio conveniente de acuerdo con su realidad situacional, por lo anterior, esta decisión la toma tardíamente en su formación si bien siempre se inclinó hacia las ciencias biológicas, por otra parte, el entrevistado elige la especialidad en Cirugía General por gusto personal al estarse desarrollando como Médico Cirujano.

El alumno comenta que ha tenido un entorno sociocultural no hostil pero que por propia elección el escogió vivir con cierta independencia familiar desde temprana edad, cosa que lo orilló a trabajar desde la preparatoria y durante toda la carrera de medicina y que en la actualidad esto contribuyó tanto a la elección de su sede, pues esta le permitía un año más con su familia (con quien después de años de separación ha hecho considerar en alto valor cada momento juntos actualmente) así como, estar a punto de no elegir cirugía como especialidad por considerarla entre las más demandantes. Otra situación particular es la condición de doble nacionalidad que el entrevistado guarda, motivo por el cual la realización de su ejercicio profesional siempre tuvo como alternativa al país vecino del norte, sin embargo, precisamente por ser seleccionado para la residencia decide abandonar esa idea e instruirse en México.

Durante su residencia solo refiere buenas experiencias y un proceso continuo de asimilar competencias hasta el día de hoy. Se considera un residente exitoso pues en varias oportunidades sus maestros lo han invitado a actividades quirúrgicas fuera del



hospital y el trato y aprendizaje dentro de su sede ha sido muy bueno hasta el momento. Observa, sin embargo, que la política del hospital con respecto a no permitir la mayoría de las rotaciones externas solicitadas limita de manera importante la adquisición de alternativas en el tratamiento de pacientes y en más de alguna ocasión terapias de avanzada para diversas enfermedades por lo cual en ese punto sugiere realizar cambios pertinentes tanto operativos como administrativos. Su realidad personal actual ha tenido influencia trascendente para su permanencia en México y para su plan de vida posterior al término de la especialidad, incluso para un proyecto de curso de alta especialidad.

5.2.5.3.2 *Indirectos*

Se da a entender las diferencias entre el sistema de salud y formación médica entre los Estados Unidos de América y México teniendo como principal diferencia el orden y el utilitarismo como principal dato relacionado. Se obtiene ejemplo por otra parte, sobre la factibilidad de desarrollar una carrera de medicina mientras se tienen actividades laborales al menos en los primeros 4 años sin que esto impacte en aprovechamiento académico, pero sí en la conducta posterior del alumno en lo referente a los deseos de minimizar el reto de la residencia. Se entiende que el entrenamiento en general para la especialidad de Cirugía General es discrecional y personalista, teniendo en estas dos características un área de oportunidad, por otra parte, se reconoce la representatividad del subespecialista, sin embargo, ésta no aterriza en el plano laboral privado y suele participar de la cartera de su respectiva especialidad troncal siendo en ocasiones un porcentaje importante de su actividad extrainstitucional.

5.2.5.3.3 *Contexto*



El alumno es un personaje con doble nacionalidad que, aunque la mayoría del tiempo ha estado en México, ha desarrollado su carrera aunada a un trabajo paralelo y tuvo éxito en ser seleccionado para la residencia desde su primer intento. Actualmente se encuentra entrenándose en una unidad de tercer nivel que hasta hace pocos meses apoyaba en mucho a otras unidades con cartera de segundo nivel pero que actualmente al no ser así, se encuentra en una reestructuración interna. Sobre los fenómenos laborales de la especialidad y subespecialidad que el entrevistado comenta, se da en una zona de provincia con auge económico y con una infraestructura médica privada dentro de las primeras 5 del país. El entrevistado representa a cabalidad al estrato medio del país y se plantea una realidad laboral derivada casi en su totalidad de su profesión.

5.2.5.3.4 *Argumentación final*

El entrevistado es peculiar desde varias ópticas: en él se puede observar el desarrollo de un ciudadano de clase media que mejora su calidad de vida a través de una profesión en este caso la medicina, más allá de esto se trata de una persona con doble nacionalidad y con situaciones de familia muy particulares mismas que por un lado le plantea una juventud donde labora y estudia y por otra parte un proyecto de vida en ciudades sin gran carga metropolitana a cambio de seguridad y tranquilidad. Llama la atención cómo al final de cuentas y pese a tener la posibilidad de hacer vida en un país de primer mundo, el entrevistado elige México por factores de empatía y familiares. En su desarrollo profesional logra ser seleccionado para una especialidad médica en el primer intento y al cursar el tercer año de la misma se encuentra satisfecho con el resultado obtenido hasta el momento, refiere una perspectiva creada por el marco piramidal del sistema de salud en donde el subespecialista necesariamente debería tener



una mayor satisfacción laboral y un estatus sociocultural mayor que un especialista troncal, sin embargo, a lo largo de estos años y de conocer la realidad de cada uno de ellos no observa esa diferencia. Expone cómo la mayor área de oportunidad, la falta de facilidades para las rotaciones interinstitucionales formales que busque el intercambio académico como objetivo medular más que la satisfacción de rotaciones no encontradas en las sedes. El entrevistado no concibe como principal plan la realización de una subespecialidad al término del presente curso y comenta que esto es poco probable, pero estará en función de situaciones familiares más que de una necesidad o gusto en pos de la realización académica o el éxito laboral pues comenta que ambas pueden lograrse de manera completa con la especialidad troncal que está desarrollando.

5.2.6 Entrevista 6

5.2.6.1 Fase 1 descubrimiento

*Descubre medicina ante la impotencia de la enfermedad de un familiar cercano.

*Elige cirugía por un gusto personal relacionado con la representatividad del cirujano y la expresión de la medicina en algo tan tangible.

*Se prepara para el nacional desde el internado con estrategia pidiendo internado fuera de su ciudad al advertir una diferencia enorme en teoría y práctica con su universidad y la de la ciudad en la que llegó tuvo una metodología de estudio para pasar el examen.

*El examen es buen instrumento

* Jerarquización de valor entre saber qué operar y saber operar.

* Quiere hacer subespecialidad por los merecimientos académicos y de aplicación en campo laboral con los que interpreta estos.



*Observa ventajas socioculturales de los subespecialistas y en la actualidad ve un futuro sumamente difícil para establecer competencia como cirujano general.

*Piensa en el valor de la diversificación de actividades como clave para el éxito económico y el éxito laboral en medicina lo enmarca en logros de otra índole.

*Observa su sede como un privilegio si bien ha sido voluble en la asignación académica, pero un punto muy bueno son las rotaciones externas.

*Cree en la decadencia de la especialidad de la Cirugía General como una evolución natural y ve positiva la mayor especialización posible.

*Reconoce diferencia importante entre los productos resultantes de las diversas sedes de México sobre todo entre segundo y tercer nivel.

* En tercer nivel se enfoca en formar más subespecialistas y un segundo nivel en formar más especialistas troncales.

* A favor de crear más subespecialidades de entrada directa.

5.2.6.2 Fase 2: *codificación*

5.2.6.2.1 *Recopilación de categorías*

Entorno académico: dentro del entorno académico se observa heterogeneidad desde la licenciatura lo que en ocasiones obliga a los estudiantes a buscar otras latitudes dentro del mismo país con el fin de mejorar las habilidades o contar con herramientas que le permitan un desarrollo de competencias más completo dentro que le permitan ventajas competitivas dentro del ambiente laboral y sociocultural propiamente dicho.

Entorno Cultural: se observan puntualmente hechos del entorno cultural que marcan la pauta en las decisiones del entrevistado “Cuando veías una película y ves a un médico, siempre veías al cirujano” menciona por ejemplo durante los primeros minutos



de la entrevista, así mismo el mayor estímulo para decidirse por la medicina nace posterior a situaciones de enfermedad dentro del núcleo familiar y la imposibilidad de ayudar o conocer más allá. Similares situaciones incluyen en sus opiniones con respecto a la evolución en cirugía y su deseo de realizar subespecialidad.

Resultados del programa actual: ve en general a los egresados del programa con una heterogeneidad marcada sobre todo los que vienen de sedes de segundo nivel de atención en comparación con los que tienen un hospital de tercer nivel como sede. Por otra parte, siente que los egresados de segundo nivel se encuentran con más tendencia a ejercer la Cirugía General y los de tercer nivel con mayor frecuencia solicitan y realizan una subespecialidad.

Causalidad en el cirujano formado en general tiende a pensar que en el futuro cada vez será más difícil el ejercicio de la especialidad tronca y no por desventajas académicas sino porque por evolución natural de la medicina cada vez más gentes querrán ser atendidas por subespecialistas.

Plan Maestro: sugiere que algunas subespecialidades cambien a entrada directa, debido a la realidad de la residencia le parece poco probable la homogenización de la formación quirúrgica.

Currículo: menciona un desarrollo y aplicación muy suficiente del currículo en su hospital sobre todo desde el punto de vista teórico apuesta a la calidad de las practicas más que la cantidad, dicho por él, después de dos años de residencia esto es suficiente para una formación de excelencia, ve difícil la posibilidad de llegar a un currículo de alta especialidad para todos los residentes, pero en hospitales de alta especialidad es factible y se lleva a cabo con normalidad.



Desarrollo y evaluación de competencias: comenta brevemente sobre la evaluación durante la residencia y da a entender que también es heterogénea y con más organización y planeación en hospitales de tercer nivel.

5.2.6.2.2 *Agrupación y vinculación*

Entorno académico y sus vinculaciones: en cuanto a lo relatado por el entrevistado se tiene un entorno académico que se enlaza con el sociocultural en puntos como el entendido de la evolución de la medicina y la cirugía como una exigencia cultural acorde a los nuevos tiempos, esperanzado en otorgar mayor calidad en la atención poseer ventaja competitiva y sobre todo otorgar más beneficios a los pacientes en cuanto a cantidad y calidad de vida. En cuanto al entorno académico y los resultados del programa actual se encuentra cierto desfase de acuerdo a los comentarios del entrevistado pues si bien ahora el cirujano saliente se encuentra en un marco de competencia adecuada esto tiende a disminuir rápidamente y no se contemplan estas situaciones mediante estrategias claras.

El entorno académico promueve en la causalidad del cirujano formado uno con competencias estables, pero con posibilidad amplia de favorecer una brecha tecnológica y de conocimientos de avanzada. Con respecto a un plan que rompa paradigmas actuales en educación el entrevistado ve un escenario difícil tanto para cambios administrativos como académicos propiamente dichos, esto es enlazado a la vinculación curricular en donde más que esperar cambios espera que se promueva el conocimiento de estas herramientas a fin de aprovecharlas al máximo. Finalmente, con respecto a el desarrollo y evaluación de competencias se observa un entorno académico comprometido al menos en hospitales de tercer nivel.



Entorno sociocultural y sus vinculaciones: las vinculaciones de este entorno con el aspecto educativo fueron tratadas anteriormente, en cuanto a los resultados del programa actual y el entorno sociocultural se entiende que el programa está limitado para la competencia formal frente a subespecialidad en grandes metrópolis pues en parte por oferta y demanda y en parte por evolución los pacientes piden cada vez más gente súper especializada. Esto se enlaza también con la causalidad del cirujano formado mismo que está en la necesidad de realizar estudios posteriores para tener una ventaja competitiva, tal vez no para el hoy, pero sí en el futuro mediato. Respecto a la propuesta de un plan maestro de cambio, se comenta que si bien estaría animado en parte por la tendencia sociocultural a la evolución modernidad y tecnología en realidad esto sería solo en parte pues en general el periodo de transición estaría cargado de eventos de resistencia dado que se lastimarían intereses creados los cuales a fin y al cabo son reflejo de la realidad social del entorno. Si se habla del entorno sociocultural y el currículo tanto el de base común como el de alta especialidad se combinan elementos ya expuestos desde una perspectiva didáctica, pues al parecer existe un deslizamiento de la cartera de servicios y por tanto competencias del cirujano general hacia los cursos de alta especialidad y las subespecialidades animado por un entorno cultural basado en la competencia y la calidad en el servicio que tiene como primicia la relación entre la profundidad del conocimiento relacionada con un eje temático menor y mayores posibilidades de calidad en los resultados. Por último, se encuentran las vinculaciones entre la evaluación de competencias y el entorno sociocultural el cual es pedagógico ya que desde un punto de vista macro este sería facilitado por una tendencia cada vez mayor a ver como positivo la rendición de cuentas y la transparencia en cualquier proceso, sin excluir claro está, el



educativo, sin embargo, si se observa como un micrositio, parece ser que la tendencia es hacia el estancamiento en instrumentos que pueda mostrar no solo aspectos teóricos sino también la elocuencia práctica en que las competencias son adquiridas.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: el programa actual tiene vinculaciones ya establecidas anteriormente con respecto al entorno cultural y al académico, en lo concerniente a causalidad del cirujano formado para el entrevistado se encuentran en el inicio de un punto declive en el cual cada vez perderá más valor hasta llegar a un mínimo estable, esto debido a la creciente demanda de tecnología en relación con subespecialidades y a la obvia formación de estos últimos quitando por consiguiente recurso humano para la cirugía general pero también haciendo cada vez más limitada la cartera de servicios de esta última. En cuanto a la vinculación con el plan maestro y el currículo los resultados del programa actual se encuentran en proceso de evolución. Si bien este beneficio de momento pareciera solo aterrizar en hospitales de alta concentración, centralizados o de tercer nivel. Con respecto a las vinculaciones asociadas a la evaluación de competencias se menciona falta de desarrollo que observe la óptica de la aplicación al mercado laboral o bien basada en un diagnóstico de necesidades en cuanto a los servicios que se pueden prestar y para los que son entrenados a lo largo del postgrado.

Causalidad en el cirujano formado y sus vinculaciones: además de las ya mencionadas con anterioridad las vinculaciones respecto a la causalidad del cirujano formado, el currículo y un plan maestro académico el entrevistado puntualiza situaciones como el un currículo suficiente en estos momentos para una causalidad positiva que, sin embargo, si no se evoluciona en un plan maestro que privilegie la alta especialidad pronto



el currículo será obsoleto y la causalidad negativa. En cuanto a la causalidad del cirujano formado las vinculaciones con el desarrollo de competencias son en general que existe una gran tendencia al menos en hospitales de alta especialidad a permear una cultura de formación continua y de competitividad piramidal.

Plan Maestro y sus vinculaciones: aparte de las ya mencionadas se encuentran las relacionadas con el currículo y con la evaluación de las competencias, aquí cabe destacar el adecuado seguimiento teórico y actualizaciones prácticas que el currículo ha tenido los últimos años tanto en el aspecto teórico como práctico esto más aplicado en hospitales sedes de tercer nivel.

5.2.6.3 Fase 3 *Relativización*

5.2.6.3.1 *Datos directos*

Se trata de un residente a punto de iniciar su tercer año de especialidad en Cirugía General el cual tiene como hospital sede un tercer nivel perteneciente a la secretaria de salud llamado Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. El entrevistado refiere un gusto por la medicina y en particular la cirugía, basado en una visión hasta cierto punto romántica de la profesión “en cirugía, todo está en tus manos y eso me fortalece mucho”. El refiere al examen para ingreso a residencia como un gran reto pero que si es tomado en serio y la preparación es intensa, no es imposible (él se preparó en un curso hizo una disciplina para estudiar 4 hrs. diarias mínimo y lo pasó al primer intento), el entrevistado viene de una universidad pequeña y al decir de él, sus recursos son limitados sin embargo posterior a un diagnóstico situacional del caso decide migrar en su año de internado de pregrado a la ciudad de León en donde encuentra una infraestructura de su mayor agrado por lo cual decide también en este lugar realizar la residencia escogiendo su sede actual



por ser la que más le mostro prestaciones durante su año de internado. Al momento el entrevistado refiere estar satisfecho con la enseñanza otorgada en su sede si bien ve una práctica quirúrgica tímida en los principales manejos de la cartera de servicio del cirujano. Esto se ve compensado con rotaciones a hospitales de segundo nivel a lo largo de los 4 años que dura el curso.

Con respecto a la crisis en Cirugía General, a juicio del alumno se trata de la evolución convencional que debe darse en las ramas quirúrgicas como en cualquier rama de la medicina sin que la cirugía desaparezca por completo si cree que su cartera se irá haciendo más estrecha cada vez hasta consolidarse en un núcleo e actividades mayormente requeridas en zonas donde las subespecialidades sean aun escasas, la Cirugía General, se verá agobiada a demás –a decir de entrevistado- porque debido a la demanda de mayor especialización relacionada con el mayor uso de tecnología cada vez, el campo laboral del cirujano general recién egresado será cada vez más difícil por lo que la alternativa obvia será optar por ventajas competitivas que vengas de un curso de alta especialidad o bien la subespecialidad. Se opina que el reto actual para la cirugía es lograr una homogenización de recursos humanos y de infraestructura para todas las sedes, sin embargo, dado la realizada del país esto no es posible por lo que no se ve a corto o mediano plazo la posibilidad de hacerlo.

5.2.6.3.2 *Datos Indirectos*

Se infiere que el entrevistado es una persona madura que sabe luchar por sus ideales de una manera razonada y puntual, así lo demuestra su diagnóstico y plan de acción para la realización con éxito del ENARM, a pesar de ser su segundo año dentro de la carrera, tiene una idea clara de sus metas y regularmente clara del cómo



conseguirlas en el menor tiempo posible. Se encuentra influenciado por los tiempos actuales sobre todo en relación con el desarrollo tecnológico y su empalme con la Cirugía General. Su concepción de la crisis en cirugía obedece precisamente a este fenómeno en donde la tecnología permite el mejoramiento de la especialidad a la vez que exige la fragmentación de la misma como consecuencia casi lógica, El entrevistado se encuentra en una formación en donde el valor máximo parece ser la competencia y por lo tanto establece que si bien hay diferencias entre las sedes, los mejores modelos de las mismas están disponibles para los mejores elementos teniendo como responsabilidad primaria para el alumno la adaptación de este a los diversos instrumentos que son utilizados como filtros al momento de la selección. Bajo este mismo argumento, el entrevistado se adentra poco a cuestiones que mejorar y se centra más en los aspectos requeridos para embonar en el sistema establecido.

5.2.6.3.3 *Contexto*

Dentro del contexto de esta entrevista se puede decir que se trata de un elemento egresado de una universidad pequeña en una ciudad minada por la delincuencia y la guerra entre pandillas criminales que observa posibilidades de éxito disminuidas ante ese escenario y busca dentro del país una mejor alternativa encontrando una situación social y de infraestructura médica suficiente para el desarrollo que él deseaba este lugar fue el bajío. Actualmente se encuentra en un hospital de tercer nivel de atención que goza con uno de los mayores aportes de recursos del estado y está validado por la máxima casa de estudios de la nación (UNAM). El alumno se encuentra inmerso en los avances tecnológicos de estos tiempos y en cómo ellos se interrelacionan con la especialidad que cursa, además al haber sido habitante de la frontera norte se encuentra aún con mayor



acercamiento a ciertas ventajas vistas en primer mundo capitalista influyendo esto en su perspectiva con respecto a la especialidad.

5.2.6.3.4 *Argumentación final*

Se trata de un alumno del segundo año de residencia en cirugía general el cual proviene de ciudad fronteriza del norte del país y elige realizar Cirugía General por consideraciones personales que relacionan el valor y proyección social de la especialidad. Es pues un elemento con una perspectiva proactiva que se adapta al nivel de reto que le imponen los problemas, de este modo tras una adecuada planeación de estudio logra ingresar al sistema de residencias del país en la primera oportunidad y elige un hospital de tercer nivel de la Secretaría de Salud en la zona Bajío. Actualmente el entrevistado está de acuerdo con la crisis en la Cirugía General si esta se observa como el decremento de la cartera de servicios a expensas de subespecialidades y cursos de alta especialidad y entiende esto como una evolución natural dado que el avance tecnológico obliga a una especialización cada vez más puntual por una parte y por otra la demanda por subespecialista es cada vez mayor y por lo tanto si los residentes como él no ven el fenómeno y actúan de acorde a ello es muy probable que la sola especialidad sea insuficiente para ser competitivo en el mercado laboral cuando ellos se encuentren aptos para esta etapa.

La perspectiva del entrevistado es peculiar porque a diferencia de la mayoría no pretende como plan primario depender económicamente del ejercicio de la cirugía por lo cual sus opiniones respecto a los temas y fenómenos aquí tratados son asimiladas de una manera diferente ya que a voz del mismo pretende realizar una subespecialidad



principalmente por un gusto personal en lugar de una necesidad sentida con base en la cual adquiriera ventajas laborales y de calidad de vida.

5.2.7 Entrevista 7

5.2.7.1 Fase 1 descubrimiento

*Cirujano General en Funciones egresado hace 3 años con base en IMSS UMAE Bajío.

*Elige medicina por experiencias personales con familiares.

*Observa experiencias de agotamiento y disciplina como positivas para el desarrollo posterior de su carrera profesional, esto tanto en el pregrado como en la especialidad.

*Le debe el gusto a la cirugía y su posterior decisión de ser cirujano a un buen profesor.

*Sobre el nacional, lo pasa al tercer intento y opina que debería ser perfilado a la especialidad, pues nota que algunos elementos a pesar de ser seleccionados terminan sin un gusto real por la especialidad.

*Cree en una diferencia importante entre la licenciatura y la especialidad tanto operativa como de ingresos.

*Su residencia le parece adecuada, sin embargo, es evidente que de acuerdo con el hospital la escuela y las competencias son diferentes haciendo una heterogeneidad importante (en su caso, esófago y trauma). Además de lo anterior la experiencia en rotaciones externas da seguridad con respecto a estereotipos culturales.

*Expectativa socioeconómica cumplida en 3 años, teniendo como socia a su esposa (ginecóloga).

* Nunca fue su prioridad la subespecialidad, sin embargo, un factor esencial fue la familia.

* No entiende la subespecialidad o curso de alta especialidad como una herramienta para un mejor ingreso, incluso ha visto ejemplos contrarios a ese hecho.



*Le parece una crisis por venir en Cirugía General, pero le apuesta a un refortalecimiento en la cirugía general debido a la necesidad para la población de un cirujano completo más que un postgraduado en alta especialidad.

*Realidad alterna en *Fellow* internacionales.

*Entiende la realidad actual del contexto sociocultural de los alumnos, como una variable contra el aprovechamiento de la residencia.

*Impacto actual en aprovechamiento al alargar el periodo de guardias de ABC a ABCD fomenta una carencia en los resultados tal y como lo exponen revistas internacionales.

*La reconsideración de la disciplina como la principal herramienta para favorecer una optimización de la residencia.

*Un mayor número de rotaciones como punta de lanza para reforzar la Cirugía General como especialidad, el interrogado refiere “a mí en lo particular eso me ayudó muchísimo”.

* Replantear y aplicar el currículo.

5.2.7.2 Fase 2: codificación

5.2.7.2.1 Recopilación de categorías

Entorno académico: En cuanto al entorno académico se hace énfasis en cuanto a la relajación de la disciplina y cómo esto ha impactado en el aprovechamiento del plan académico. También se opina que la herramienta más poderosa que debe ejercer la nueva transversalidad en la residencia es la reinstalación de medidas de disciplina que remarquen la asignación de roles dentro del proceso de aprendizaje. Con respecto al el ENARM opina sobre la necesidad de segmentarlo de acuerdo con la especialidad elegida. Instalar rotaciones en otros hospitales escuelas de una manera más formal y



generalizada se establece como una de las mejores formas de integrar una especialidad más homogénea.

Entorno sociocultural: con respecto al entorno sociocultural, el entrevistado se centra en la influencia que su familia nuclear tuvo con respecto a su desarrollo profesional y cómo influyo, de alguna manera en su decisión de ejercer la Cirugía General como entrenamiento terminal. Por otra parte, menciona cierta modificación de conductas y motivaciones de al menos las últimas generaciones de residentes que limitan el aprovechamiento de su entrenamiento al no tener un enfoque centrado en su formación como el principal objetivo dentro de sus años de entrenamiento.

Resultados del programa actual: se presenta cierta dicotomía pues parece ser que los resultados en general a nivel laboral no son malos, sin embargo, el producto actual carece de ciertas competencias las cuales el entrevistado asocia con el mal aprovechamiento consciente de los estudiantes.

Causalidad del cirujano formado: actualmente en la experiencia del entrevistado parece ser un buen momento laboral para el cirujano ya que él en tres años ya tiene un trabajo estable e inicia su patrimonio, esto, por un lado, por otro a nivel privado al menos en el medio en que el entrevistado se desenvuelve, no observa un impacto trascendente ante el evidente aumento de médicos subespecialistas.

Plan maestro: en la experiencia del entrevistado la heterogeneidad es una realidad, sin embargo, en la actualidad ha llegado a desarrollarse a tal forma que actúa como medio que equilibra tener grupos de cirujanos con ciertas fortalezas y algunas debilidades que tienden a complementarse haciendo equipo, sin embargo,



evidentemente esta realidad en algunos escenarios expone a riesgos a los usuarios finales de los especialistas formados.

Currículo: ante la carencia de una estructura curricular única en un sistema de salud segmentado no opina que de momento sean totalmente necesarios grandes cambios.

Desarrollo y evaluación de competencias: se propone las rotaciones externas al hospital sede e incluso las interinstitucionales o internacionales como alternativa para acercar la posibilidad de una línea basal más pareja en la adquisición de competencias.

5.2.7.2.2 Agrupación y vinculación

Entorno académico y sus vinculaciones: con el entorno sociocultural actual se ha establecido por diversos factores una postura que facilita una posición de indisciplina y confusión en la asignación de roles dentro del proceso de aprendizaje, por otra parte, la tendencia a una cultura que tiene en alto valor la especialización en cualquier rama favorece a que la actitud en medicina siga esa misma vía. Con respecto a los resultados del programa actual el entorno académico resulta suficiente si bien muchos aspectos no están tomados desde un criterio objetivo lo cual da como resultado favorecer al alumno que guarde más orden dentro del proceso de aprendizaje y acentúa la heterogeneidad del egresado. Teniendo en cuenta los resultados del programa actual y la causalidad del cirujano formado se entiende que en general se obtiene un promedio de éxito laboral en el egresado al menos en los estados más desarrollados del país, por otra parte los criterios objetivos del programa no suelen aplicarse y los subjetivos se encuentran poco armonizados, este par de situaciones no permite un adecuado estudio del proceso de



aprendizaje dentro del programa por lo que los puntos a mejorar en muchas ocasiones son debatibles.

Respecto al entorno académico el currículo y el plan maestro se puede decir que el segundo debe retomar instrumentos transversales como la disciplina para poder ser aprovechado de una manera más completa estando animado por el bajo acoplamiento observado en las últimas generaciones. Por su parte las vinculaciones del desarrollo y evaluación de competencias con el entorno académico están en relación con una postura más abierta para el continuo intercambio de rotaciones entre las diversas instituciones y hospitales cedes a lo largo del país.

Entorno Sociocultural y sus vinculaciones: con respecto al entorno socio cultural y los resultados del problema actual, se tiene un entorno propicio para el ejercicio de la cirugía en la mayoría de las poblaciones si bien en las ciudades más grandes existen mayor oportunidad, en las pequeñas por su parte la competencia es menor. Existe la tendencia también por motivos socioculturales que mientras el profesional se asienta en lugares más pequeños tiene cierto atraso con respecto a los de ciudades mayores lo cual puede provocar interpretaciones subjetivas que al generalizarse terminan formando estereotipos a veces en perjuicio del profesional. En cuanto a la causalidad del cirujano formado no se suele observar una diferencia puntual entre gente con postgrado y gente con licenciatura dentro de la profesión de medicina sin embargo es evidente que para mantener un nivel de ingresos similar el segundo está forzado a mantener jornadas laborales ostensiblemente mayores que los que tienen posgrado.

El fenómeno comentado con anterioridad a pesar de ser multifactorial entrega una de las principales razones en el contexto sociocultural al favorecer esta cultura donde



el mayor nivel de especialización en cualquier rama es más valorado. En cuanto el plan maestro y el currículo en cuanto a sus vinculaciones socioculturales hay cambios muy relacionados, por ejemplo, tiene pocos años de ampliarse el tiempo entre guardias de A-B-C por A-B-C-D por situaciones socioculturales más que por necesidades emanadas de la academia, esto ha sido un cambio importante, aunque heterogéneo de acuerdo con el método como se analice. Por otro lado, las necesidades de la población se han diversificado subjetivamente teniendo esto un costo en la reducción curricular de especialidades como la Cirugía General y aumentando la demanda para subespecialidades. Las vinculaciones entre el entorno cultural y el desarrollo y evaluación de competencias no fueron consideradas por el entrevistado.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: obviando las ya mencionadas en cuanto a los resultados del programa actual y sus vinculaciones con la causalidad del cirujano formado se tiene una estrecha relación la cual puede ser vista con una aplicabilidad laboral en esto momentos adecuada logrando una estabilidad socioeconómica en unos tres años y observando una media de éxito laboral suficientemente adecuada, sin embargo, ésta realidad puede ser más marginal en lugares en donde las competencias integrales del especialista en cirugía general sea más demandadas (sitios con menos subespecialistas) debido a la reducción en cartera de servicios que en los últimos años está teniendo el curso de especialidad y menos oferta institucional. En las vinculaciones entre el resultado del programa actual y el plan maestro existe como elemento principal consecuencia de uno sobre el otro ya que los resultados actuales si bien son aún estables se requiere de reforzamientos sobre todo en los aspectos de disciplina y mayor número de rotaciones, mismos cambios que deben



hacerse desde el ámbito administrativo y a aterrizar en el operativo. Por último, se encuentran las vinculaciones con el currículo y el desarrollo de competencias y los resultados del programa actual en donde se interrelacionan las ideas que tienen que ver con ampliar la cartera de servicios desde la formación, así como la visión de las distintas maneras en la cirugía se interpreta alrededor del país para formar un juicio de necesidades nacionales en cada elemento en formación.

Causalidad del cirujano formado y sus vinculaciones: entre las no mencionadas tenemos las relacionadas con el plan maestro de lo cual el entrevistado menciona que este último debe aplicarse con una tendencia a mayor disciplina para lograr un adecuado comportamiento durante el proceso de aprendizaje con el afán de tener resultados adecuados para una causalidad que cada vez podría ser más difícil. En cuanto la causalidad del cirujano formado, el currículo y el desarrollo y evaluación de competencias se comenta sobre una plataforma mejorada que permita de manera más libre las rotaciones fuera del hospital sede para de esta manera integrar todas las escuelas del país obteniendo mejores resultados con especialistas más capacitados y con un mayor número de competencias que redundarán en una mayor calidad de la atención. Por último, están las vinculaciones entre el Currículo y el desarrollo y evaluación de competencias propiamente dicho en donde la idea está sobre los razonamientos ya anteriormente vertidos fundamentando mayores rotaciones dentro del entrenamiento como una herramienta del plan curricular ya instituida.

5.2.7.3 Fase 3 Relativización

5.2.7.3.1 Datos directos



Se trata de una persona de 36 años con tres años de egresado de Cirugía General el cual actualmente es Médico con contrato permanente en el sistema de salud IMSS. Su dinámica familiar consta de su esposa y dos hijos de 4 y 2 años, ha establecido muchas de sus prioridades a partir de su familia como el lugar donde labora y el nivel de postgrado que actualmente tiene. Él ha tenido de manera peculiar una actividad exitosa posterior al egreso de su especialidad pues se encuentra por abajo del promedio en cuanto al tiempo en que ha conseguido un par de empleos fijos de manera rápida y en lugares cercanos a su residencia, sin embargo, esto normalmente no es así y suele tomar el doble de tiempo como promedio. El entrevistado tiene como otra particularidad el hecho de que pese a los pocos años de egresado antepone la crisis en la especialidad a las condiciones particulares de las últimas generaciones sobre todo en lo referente a el cambio en la percepción del rol como residente y la relajación de la disciplina lo que vincula a un menor aprovechamiento de su programa y con ello a resultados menos competentes que sus predecesores, además, agregando un factor degradante en este fenómeno por lo que cada generación pierde más frente a la anterior. Por estas razones propone el retorno a una disciplina tradicional sobre todo en los casos que los docentes observen un apego no adecuado a sus funciones como alumno, el método individualista expuesto puede funcionar, sin embargo, tiene como defecto importante su difícil aplicación desde un punto de vista general es decir como política educativa en cuanto al fortalecimiento de la especialidad en cirugía.

Por último, el entrevistado propone realizar los cambios curriculares y administrativos necesarios para favorecer la rotación con otros hospitales e instituciones pues argumenta que fue una de las estrategias más útiles en su formación. Esta última



parte coincide con otros entrevistados sobre todo con lo que ya han concluido su postgrado.

5.2.7.3.2 *Datos indirectos*

Se puede mencionar que acorde a lo dicho por el entrevistado, se trata de una persona que surge de la clase media y que económicamente dependió de la beca de la residencia, así como de la ayuda de sus padres durante su periodo de formación de pregrado y de postgrado recibió un entrenamiento bajo un grado de disciplina importante, pero manejó el estrés de forma adecuada y lo usó en su beneficio. Actualmente lleva un desarrollo laboral exitoso y estable en lo familiar por lo cual su proyección de crecimiento es adecuada y por lo mismo su visión sobre la Cirugía General como especialidad es buena.

5.2.7.3.3 *Contexto*

Se trata de un Médico Especialista con tres años de ejercicio de su profesión en la zona bajío encontrando empleo estable en la ciudad más grande de la zona y en un municipio aledaño por lo cual el espectro que de él se demanda como cirujano general es amplio pues va de un rol de cirujano en comunidad pequeña en donde debe atender una cartera ampliada por los servicios de subespecialidad ahí carentes y los de un tercer nivel con mayor infraestructura y problemas quirúrgicamente más complejos pero dentro de su cartera de servicios primaria. Se encuentra en un lugar en donde se presentan facilidades para una práctica privada como actividad terciaria ya que se encuentra en una metrópoli que presenta la infraestructura y densidad poblacional que se asocia con una actividad laboral dinámica y hasta el momento que no parece impactar al cirujano que como él cuenta con tres actividades redituables relacionadas con su profesión.



5.2.7.3.4 *Argumentación final*

En este caso se pueden ver varios puntos de interés enfocados al fenómeno de la investigación, es un ejemplo del cirujano con pocos años de ejercicio y como este ha tenido una evolución socioeconómica satisfactoria desarrollándose en una zona geográfica con una infraestructura médica superior a la media nacional, aun así, el entrevistado ha corrido con suerte pues él mismo menciona que compañeros contemporáneos en su especialidad han tenido que migrar a otros lado y unos más aun no consiguen un trabajo estable. En cuanto a su actividad laboral y las resistencias que ha tenido durante el desarrollo de la misma hasta el momento parecen salvables, observa la crisis en la especialidad de cirugía como un evento no actual, pero si venidero y relacionado con el aumento en la demanda de subespecialidades y la disminución de competencias por el cirujano esto último, en relación a bajos aprovechamientos de las generaciones recientes debido principalmente a la laxitud en la disciplina.

Por último opina que el cambio más factible dado el actual sistema de residencia es aumentar la frecuencia y el tipo de rotaciones tanto dentro de la misma institución como interinstitucionales pues de ese modo no solo se consigue un mayor conocimiento de las diversas ramas de la cirugía, además, se logra una mayor sincretismo entre los manejos utilizados en diversas zonas país logrando de este modo hacer más prevalente las mejores prácticas para conseguir mejores resultados y finalmente homogenizar y elevar la calidad de la atención quirúrgica en todo el país.

5.2.8 Entrevista 8

5.2.8.1 *Fase 1 descubrimiento*



*El entrevistado presenta motivación personal para el ejercicio de la medicina al observar los beneficios de esta para con otro ser humano y por eso mismo le llamó la atención la cirugía por representar esos valores de un modo más dinámico.

* Pasa el ENARM al tercer intento en el cual refiere un ejercicio de tipo ensayo del examen como el tipo de curso que da mejores resultados. Lo califica como buen instrumento, sin embargo, hace notar que no selecciona a los mejores de manera transversal y propone una calificación mínima aprobatoria

*Refiere a su sede como un buen lugar por no contar con residencia de otros servicios quirúrgicos facilitando más la adquisición de competencias.

*Está de acuerdo con la logística actual de la residencia y toma valor que cada etapa, sin embargo, le gustaría más teoría.

*Le llamó la atención siempre derivarse y ese fue motivo especial para entrar a cirugía.

*Observa diferencia sociocultural y económica entre licenciatura, postgrado y subespecialidad, se imagina que además de esto un subespecialista tiene un horario más estable.

*Refiere esperar de 3 a 4 años para una estabilidad laboral y económica siendo más tardada si no hace subespecialidad y sobre utilizando a la cirugía privada como eje motor “en una cirugía privada puedes ganar lo que te ganas de sueldo en el mes en la institución”

*La institución llama su atención como un nicho donde la investigación es más factible que su contraparte privada y por lo mismo le gustaría ejercer en una de ellas.

*De la cirugía, le llama la atención la cirugía laparoscópica y la bariátrica.



*Está de acuerdo en la crisis de la Cirugía General desde el punto de vista que “entre más especializado tienes más reconocimiento social y económico”.

*Desconoce la cirugía social y las consecuencias de su descuido, tanto por falta de instrucción directa como falta de introspección.

*Es posible ser cirujano plástico sin haber cursado los años de cirugía general.

5.2.8.2 Fase 2 Codificación

5.2.8.2.1 Recopilación de Categorías

Entorno académico: habla sobre un ENARM perfectible mediante un mayor control de calidad. La logística de su cede facilita la adquisición de destrezas y competencias; existen marcos adecuados para el desarrollo de su profesión en líneas de investigación dentro de las instituciones de salud; favorece el espíritu de competencia y la creación de ventajas competitivas reconociendo de manera más tímida el papel de otros facilitadores y otras columnas de descarga dentro de la ética del cirujano formado. Señala que algunas subespecialidades no requieren pasar por la especialidad.

Entorno sociocultural: su motivación ha sido personal para el ejercicio de la medicina y posteriormente de la cirugía, la percepción de una diferencia sociocultural y económica entre licenciatura, especialidad y subespecialidad es una idea muy asentada en esta entrevista, como lo es el hecho de que este entorno que facilita una supremacía tecnológica. Existe en el entrevistado un precepto de la cirugía privada como principal motor económico.

Resultados del programa actual: de alguna manera el entrevistado ha pensado siempre en derivarse por lo que el resultado final no es tan prioritario en este momento; observa cierta tendencia mayoritaria a derivarse en cursos de alta especialidad que en



ejercer solo con el curso de cirugía general. Hay desconocimiento completo del concepto de cirugía social.

Causalidad del cirujano formado: refiere el entrevistado, una media de tiempo para alcanzar sus metas laborales al menos en 4 años, siendo éstas mayores si no consigue realizar una subespecialidad. En general puede ser difícil vencer los costos de entrada si no se cuenta con una ventaja competitiva.

Plan Maestro: Refiere positivo aumentar los estándares del ENARM, y favorecer el conocimiento de la cirugía social.

Currículo: le gustaría una formación más teórica durante su residencia; que se favoreciera más la investigación para los residentes; dar facilidades para posibilitar subespecialidades y cursos de alta especialidad; crear más especialidades quirúrgicas de entrada directa.

Desarrollo y evaluación de competencias: continuar con nichos de residencia troncal en donde no existan residencias de subespecialidades para facilitar el aprendizaje de las competencias de estos servicios; refiere como buena idea continuar con la logística hasta el momento instaurada en su hospital sede.

5.2.8.2.2 Agrupación y vinculación

Entorno académico y sus vinculaciones: con respecto al entorno académico y sociocultural se puede decir que se encuentran en íntimo contacto acorde a lo mencionado por el entrevistado, pues la postura favorecedora al desarrollo tecnológico por el simple hecho de este y la tendencia a la súper especialización que el aspecto cultural de nuestro tiempo manifiesta tan arraigadamente se encuentra en consonancia con la realidad actual del entorno académico. Para la vinculación del entorno académico



y los resultados del programa actual puede mencionarse que actualmente en general el cirujano termina con menores competencias que en años atrás y más enfocado a la realización de una subespecialidad y/o curso de alta especialidad. Se habla del entorno académico y sus vinculaciones con la causalidad del cirujano formado de acuerdo con el entrevistado, el entorno académico da a entender que el cirujano formado actualmente se encuentra en un nicho adecuado pero relativo, con mayores facilidades que el médico no especialista, pero con menores que el médico subespecialista. En cuanto a las vinculaciones con el plan maestro se encuentra una conexión en la opinión de continuidad en la logística de la residencia de acuerdo con los años de experiencia del entrevistado.

Con respecto al entorno académico y el currículo se puede decir entre otras cosas, que se opina en lo referente a un mayor ejercicio de la investigación quirúrgica, así como la posibilidad de independizar ciertas subespecialidades de la especialidad troncal y hacerla de acceso directo, el promover mayores hospitales sedes para Cirugía General sin residencia de subespecialidad y por último reconocer la cirugía social e implantarla como conocimiento transversal en las especialidades quirúrgicas. Al final en lo respectivo a las vinculaciones del entorno académico y el desarrollo y evaluación de competencias, se menciona la tendencia hacia la medicina tecnológicamente facilitada y un ENARM con mayores criterios de calidad para cada uno de los cursos.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: de acuerdo con el entrevistado entre las vinculaciones de esta categoría no observadas anteriormente están las relacionadas con los resultados del programa actual en donde se obtienen cirujanos que son demandados de ciertos sectores de la sociedad, pero segregados de otros. En cuanto a las vinculaciones que tienen que ver con la causalidad de los cirujanos formados, el



entrevistado propone que se esperaría un desarrollo de patrimonio adecuado alrededor de los 4 años, si bien se entiende que siendo especialista o teniendo un curso de alta especialidad este tiempo se reduciría. Esto sucede por la creciente demanda de la población por subespecialistas o bien centros especializados. En el apartado del plan maestro en vinculación con el entorno sociocultural, se tiene lo enfocado con desarrollo tecnológico y tecnologías de la información que se encuentran inmersas en la cultura mundial y permean a la medicina y a la cirugía impactando en los cambios deseables del cualquier plan de estudios tanto como medio o como finalidad. Entre las vinculaciones del currículo y el entorno sociocultural, está la asignación de competencias de uno frente a la interpretación de las mismas por el otro, lo que da por resultado que el mismo entrevistado de por hecho un mayor estatus en subespecialidad que en especialidad, esto a pesar de que la mayor parte del currículo para subespecialidad esté incluida en las especialidades troncales respectivas. Por último, tenemos al desarrollo y evaluación de competencias y sus vinculaciones socioculturales en donde el entrevistado aporta una óptica relacionada con una mayor injerencia por las competencias relacionadas con la tecnología y una disminución de las otras ya que tenderán a ser cada vez menos necesarias.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: vinculaciones con la causalidad del cirujano formado: en lo interpretado por el entrevistado actualmente el cirujano general puede desarrollarse en el ámbito laboral de una manera exitosa con las competencias aprendidas en aproximadamente 4 años. Esta situación contrasta cuando el egresado es subespecialista pudiendo acortar este tiempo a la mitad, además las tendencias apuntan a que esta realidad será cada vez más ceñida en los años por venir.



Las vinculaciones entre los resultados del programa actual el plan maestro y el currículo: con visión de futuro acorde a lo mencionado por el entrevistado se debería aumentar la calidad de los ingresados al sistema de residencia, además de establecer un plan maestro en donde se facilita especialidades de acceso directo con lo cual se aumentaría la proporción de alumnos que ingresen a la especialidad troncal y la terminen así como a la larga una menor competencia para la realización de subespecialidades por estabilización de filtro, a la par de esto un conocimiento más transversal de la cirugía social lo cual también ayudaría a la estabilización geográfica del área laboral de los especialistas. Por último, se observan entre las vinculaciones y los resultados del programa actual y el desarrollo de evaluación de competencias: se propone un enfoque teórico más completo para minimizar ese espacio en el cirujano practicante.

Causalidad del cirujano general y sus vinculaciones: posterior a las vinculaciones ya comentadas, se tiene como confluencias con el plan maestro el despertar en la evolución del segundo dado la situación evolutiva del primero, referente al currículo y el desarrollo de competencias se observa, la reducción en la práctica de diversas competencias no desarrolladas en la práctica hoy frente a hace algunos años es causa y efecto de la mayor incorporación de subespecialistas en ciertos sectores de la población, pero disminuye la calidad de la atención en otro en donde el cirujano general tiende a ser requerido para cubrir dichas competencias.

5.2.8.3 *Fase 3 Relativización*

5.2.8.3.1 *Datos directos*



El entrevistado es un alumno del 2do año de la residencia en cirugía general el cual se interna en la medicina por motivos vocacionales y realiza la especialidad en Cirugía General principalmente por ser pie de rama para la realización de la subespecialidad en cirugía plástica. El alumno se enfrentó en tres ocasiones al ENARM para poder salir seleccionado, sin embargo, en su opinión este instrumento debería tener mayores controles de calidad dentro de cada especialidad. Refiere haber escogido su sede por beneficios con respecto a su orientación práctica pues al carecer de residentes con subespecialidad, la operacionalidad de las competencias de su entrenamiento son más fácilmente alcanzables, si bien no es el único hospital de estas características. Otra situación que lo animó a la toma de decisión tuvo que ver con beneficios geográficos pues él se encontraba radicando en Guadalajara Jalisco. Actualmente observa su residencia con un adecuado progreso al cotejarla con su expectativa previa y refiere que de adherir algo al menos en estos dos años únicamente sería mayor teoría en el segmento pedagógico, pues hasta el momento la logística didáctica que guarda el curso le parece adecuada.

El entrevistado comenta estar de acuerdo al ver actualmente cierta crisis dentro de la especialidad de Cirugía General, pues argumenta que hasta cierto punto la mayoría de los residentes que eligen esta opción lo hacen más animados por el potencial que tiene de derivarse a la mayoría de las subespecialidades quirúrgicas más que con el ánimo de terminar y ejercer la Cirugía General y esto se da en general por que actualmente se tienen más oportunidades para un patrimonio a corto plazo como subespecialista además que de algún modo se requiere un menor tiempo laboral que el especialista troncal por una misma ganancia y esto aunado a la posibilidad de que ese



tiempo tiende a ser dentro de horario de oficina y facilita un plan de vida familiar más abierto. El entrevistado propone facilitar algunas subespecialidades al modo de entrada directa como una forma indirecta de amortiguamiento ante el número cada vez menor de Cirujanos Generales egresados.

5.2.8.3.2 *Datos Indirectos*

El examen nacional para ingreso a las residencias medicas parece haberlo afrontado de un modo poco preparado, por esa razón es exitoso hasta su tercer intento y actualmente sugiere un mayor control. En él y en otros alumnos de residencia troncal está la motivación cultural de una mayor calidad de vida como subespecialista que como especialista troncal, sin que haya evidencia de que ese fenómeno se de en la realidad probablemente forma parte de un capitalismo de la medicina pero también de la creciente tendencia a basar el éxito en el cociente entre el ingreso y el esfuerzo para obtener este ya que, si bien no es una regla escrita como ya se menciona, hacia la certeza que actualmente tiene el entrevistado es permeable la comentada motivación.

Con respecto a la sede a la cual está adscrito se entiende como suficiente en cuanto a infraestructura y capital humano, sin embargo, en alumnos con sus elecciones lo más apropiado seria acortar el camino hacia la subespecialidad como la prioridad dentro del desarrollo curricular tanto como para favorecer el engrosamiento requerido en las filas de la residencia troncal.

5.2.8.3.3 Contexto

El entrevistado es oriundo de una de las mayores ciudades del país lo cual tiene impacto en su cosmovisión y probablemente en cuales han sido sus elecciones para



planificar su trayecto en la residencia para su posterior incorporación al mundo laboral. Se encuentra realizando su residencia en una unidad médica de alta especialidad del sistema IMSS lo cual lo provee de una logística en donde se han formado múltiples generaciones de especialistas además de contar con una derechohabiencia equivalente a un tercio de la población en una ciudad de cada 1.5 millones de habitantes. El alumno se encuentra en su segundo año de la residencia por lo cual su visión aún puede verse influida por percepciones no basadas en experiencias propias o bien observadas directamente, de este modo su opinión está de cierta manera influenciada por las tendencias propias del círculo en donde se desenvuelve en este caso un hospital de tercer nivel en donde los valores académicos pueden estar en disputa con los que estos generan en el mundo laboral actual.

5.2.8.3.4 *Argumentación final*

Se trata de un alumno del segundo año de la residencia en Cirugía General, el cual es ejemplo del residente que toma la especialidad troncal por ser la alternativa que le ofrecen a cambio de realizar la subespecialidad por él deseada. Con este fenómeno se observa una de las razones por las cuales existe actualmente un desbalance en la formación de los especialistas troncales requeridos por el país y la formación cada vez más frecuente de subespecialistas. Por otra parte, es de llamar la atención el fenómeno cultural en el cual este elemento basa sus motivaciones hacia la subespecialidad las cuales se pueden dividir en lucrativas y de ocio, siendo las primeras aquellas que le permitirán realizar su sueño patrimonial de la manera más rápida. En segundo lugar, está aquel modelo profesional que le dé mayor oportunidad de ocio, pues relaciona esto directamente con un mayor bienestar y calidad de vida. Esta cosmovisión no



necesariamente acertada, dibuja una de las posiciones más frecuentes de nuestros tiempos para alumnos con posibilidad económica media alta y cierto grado de trascendencia intelectual por lo cual en escenarios como son la formación médica y de especialidad son cada vez más frecuentes.

Cabe señalar como punto importante que hasta el momento no hay análisis serios que favorezcan una mayor tasa de ingresos para los especialistas troncales vs los subespecialistas y lo que es percibido como un mayor tiempo de ocio, probablemente se deba a una amplitud laboral por parte de la especialidad troncal basada en una mayor cartera de servicios y mayor extensión de horarios en el modo institucional. Por último, la propuesta hacia subespecialidades de entrada directa, sobre todo al no ser tan vinculantes con la especialidad troncal, tiene un sentido lógico y actualmente ya se estudia por las autoridades del tema.

5.2.9 Entrevista 9

7.2.9.1 Fase 1 descubrimiento

*El gusto del entrevistado por la cirugía nace directamente por referencia de un programa en donde se exponía la posibilidad del hombre de ayudar a otro hombre mediante una cirugía de corazón y la variación de dinámicas que lleva la práctica de las especialidades quirúrgicas.

*Entra a cirugía general para derivarse como cirugía plástica, sobre todo porque daba la posibilidad de ser creativo.

* Desde su punto de vista el reto del ENARM es la resistencia por fatiga mental.

*Acepta la tendencia de una súper especialidad como la mejor alternativa para lograr éxito laboral cultural económico y de calidad de vida. No ha pensado mucho al respecto.



*En algún momento se puede decir que de cierto modo el subespecialista también restringe su núcleo de pacientes a dedicarse a una cartera de servicios menor.

*Su sede y el desarrollo de su residencia ha sido satisfactorio sobre todo en las cosas fundamentales, si bien agregaría algo de calidad teórica.

*Considera bueno en general, aunque un poco heterogéneo la formación final del producto de la residencia en cirugía general de acuerdo con las distintas sedes.

*Considera la mejor opción para un estilo de vida deseado el realizar un curso de alta especialidad. Visualizándose con una estabilidad cercana a la deseada en 3 años.

*Opina que se debe tener fortaleza para la cirugía general con conocimiento de alta especialidad, pero dentro de la residencia, pues la dinámica del país así lo exige y no se debe olvidar que la primera cirugía siempre es la que da los mejores resultados. Si bien se tendría que enfrentar a la posibilidad de perder en la práctica a cirujanos generales.

5.2.9.2 Fase 2 Codificación

5.2.9.2.1 Recopilación de categorías

Entorno Académico: en general este entorno le ha facilitado sus alternativas académicas y lo ha motivado para la toma de decisiones de alguna de ellas. Se fomenta en él un espíritu competitivo y acepta la relación academia-estabilidad como un par de elementos mancomunados.

Entorno sociocultural: este ha facilitado la concepción de que la súper especialización necesariamente estará relacionada a mayores ingresos y una mejor calidad de vida.

Resultados del programa actual: adecuada, con cierto grado de heterogeneidad entre las sedes y en particular la suya, con necesidad de una teoría de mayor calidad.



Causalidad del cirujano formado: es adecuada, pero con mayores resistencias en general a cuando se obtiene una especialidad o un curso de alta especialidad.

Plan maestro: la yuxtaposición de conocimientos de alta especialidad dentro de un programa competente de Cirugía General.

Currículo: favorecer un ENARM con ciertos elementos que disminuyan el estrés para que mejore como instrumento y cuya finalidad en el grado de conocimiento teórico del sustentante nazca de un mayor aporte teórico desde la base curricular.

Desarrollo y evaluación de competencias: mediante dinámicas de aplicación basada en los cambios curriculares propuestos.

5.2.9.2.2 *Agrupación y vinculación*

Entorno educativo y sus vinculaciones: entorno educativo y vinculaciones con entorno cultural, de acuerdo con el entrevistado, una y otra han contribuido a la visión en la cual se obtiene mayor calidad de vida en cuanto más especializado estés en tu entorno laboral, así mismo, se da a entender que el aparato formador de recursos humanos y el escenario cultural no está muy preocupado por un proyecto social de ayuda mutua sino más bien en un capitalismo competitivo que venera las “virtudes” individuales y no fomenta el engranaje social para el bien común y el crecimiento equitativo. En cuanto a las vinculaciones del entorno educativo y los resultados del programa actual se puede decir que de algún modo existe una adecuada plataforma para el escenario laboral actual basado en que el Cirujano General y su formación son de utilidad en la inmensa mayoría de los hospitales públicos, sin embargo, respecto a la competencia de los requerimientos de la medicina privada se encuentra cada vez con mayores limitaciones.



Dentro de las vinculaciones y la causalidad del cirujano formado, existe la relación con la percepción de una plataforma capaz de otorgar resultados en el proyecto laboral de un modo más acortado cuando el postgrado se trate de una subespecialidad, que cuando es una especialidad troncal como la Cirugía General de acuerdo con la subcultura que anida en el entorno académico actual. Las vinculaciones entre un plan maestro de innovación y el entorno académico están situadas dentro de la problemática anunciada por el entrevistado de una dicotomía entre la tendencia a la atomización de la medicina las necesidades sentidas y reales dentro de un entorno académico que abraza los avances tecnológicos; por parte de las vinculaciones entre el entorno académico y el currículo, el entrevistado opina que sería adecuado la adición de cursos de alta especialidad dentro del curso troncal con lo que se verían beneficiados tanto los alumnos de este curso como sus poblaciones objetivos; por último, las vinculaciones entre el entorno académico, el desarrollo y evolución de competencias, se centran en la relación que al respecto tienen los campos clínicos quirúrgicos de la actualidad que en conjunto con el desarrollo curricular en paralelo tienden a formalizar ciertas patologías dentro de una cartera de servicios, pero al mismo tiempo minimizan la práctica de otras causando como resultado final un balance negativo.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: el entorno cultural se encuentra importantemente vinculado con los resultados del programa actual ya que tienden a ser estos los resultados de un equilibrio entre el análisis técnico de las necesidades objetivas del usuario del cirujano y las necesidades sentidas de este último; en la vinculación es entre la causalidad del cirujano formado y el entorno cultural considera que de momento este último establece un adecuado nicho de beneficios mutuos, sin embargo, de



momento observa que hay un beneficio extra para el subespecialista al menos en la medicina privada; si se habla de las vinculaciones de un plan maestro establecido y el desarrollo de competencias con las vinculaciones socioculturales actuales se tiene que observar una realidad en íntima relación con más fuerza tecnológica tanto de infraestructura como de comunicación, la cual al permear de manera decisiva en la sociedad, establece un punto crucial en el entorno cultural que obliga a un plan estratégico que las incluya. Éste además de ser novedoso debe ser capaz de evolucionar a la par de estos adelantos, así pues, este fenómeno se tiende a establecer en el presente mediante la estrategia de desarrollo de competencias y un enfoque hacia el futuro el cual puede observarse en un plan maestro hacia la especialidad.

Por último, el entrevistado menciona evidencia a tomar en cuenta con respecto a las vinculaciones del currículo en cirugía general y el entorno sociocultural con respecto a un cambio general de necesidades para los usuarios, mismo que exigen profesionales con conocimientos más especializados y uso de la tecnología por lo cual la propuesta actual de cursos de alta especialidad está vigente. Sin embargo, él entiende debilidades en ésta y sugiere como alternativa, integrar programas de este tipo dentro de la propia especialidad troncal para de este modo favorecer la continua producción de cirujanos generales con un abanico de competencias nucleares y personalizar su desarrollo mediante competencias particulares dentro del mismo programa.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: además de las vinculaciones ya tratadas anteriormente en lo referente a la causalidad del cirujano formado y sus vinculaciones con los resultados del programa actual, se entiende el aporte del entrevistado como un resultado suficiente hasta el momento, pero que ya ve un obstáculo



creciente al enfrentarse al número cada vez mayor de subespecialistas; con respecto a las vinculaciones con el plan maestro, se puede decir que éstas están en relación el fenómeno actual de proyectar la formación en cirugía general en parte con las competencias y objetivos del diseño original y en parte como una preparación dirigida a la realización de subespecialidad o cursos de alta especialidad. En cuanto al currículo y el desarrollo y evaluación de competencias y su vinculación con los resultados del programa actual, se entienden los argumentos dicotómicos, pues por una parte se establece un seguimiento académico y evolución en este sentido, pero a la vez pareciera tener una involución con respecto a los contenidos y la carrera de servicios formal que el especialista tendrá al término de su entrenamiento, esto como resultados de las variables analizadas anteriormente.

Causalidad del cirujano formado y sus vinculaciones: omitiendo las ya comentadas anteriormente se tiene como vinculación entre causalidad del cirujano formado y plan maestro lo relacionado a un desarrollo desde el punto de vista actual con una innovación reservada a los entrenamientos de alta especialidad, pero que a pesar de este fenómeno alcanza una suficiencia desde el punto de vista objetivo y subjetivo del resultado del curso en Cirugía General propiamente dichos; de la vinculación entre la causalidad del cirujano formado, el desarrollo y evaluación de competencias y el currículo, el entrevistado opina que debe de optimizarse una base curricular que proponga mayores competencias de alta especialidad dentro del entrenamiento convencional para facilitar un producto completo que se integre con prontitud al sistema laboral con un grado de calidad adecuada.



Plan Maestro y sus vinculaciones: obviando las vinculaciones comentadas anteriormente, se tiene como aportaciones en sus nexos con el currículo, la postura hacia la inclusión de competencias de alta especialidad dentro del programa convencional de Cirugía General. Por su parte, las vinculaciones entre el plan maestro y el desarrollo y evaluación de competencias se encuentra bajo el mismo planteamiento que el comentario anterior, solo que en este apartado se trata de operacionalizar la propuesta; por último, de las vinculaciones entre el currículo y el desarrollo de competencias se puede decir que se trata de la integración de un marco curricular hacia una aplicación efectiva del mismo en la distintas sedes facilitando los resultados obtenidos durante la fase de planeación.

5.2.9.3 Fase 3 Relativización

5.2.9.3.1 Datos directos

Se trata de un estudiante del tercer año de la especialidad, el cual es residente de esta ciudad. Decide medicina por considerarse apto para una carrera con demanda teórica - física y logra sus metas académicas hasta la especialidad a la primera oportunidad. Del ENARM, solo menciona que es un poco cansado físicamente. Con respecto a su experiencia en la residencia, menciona que ha sido satisfactoria, considera que ha tenido una adecuada formación académica, si bien opina que podría mejorar la calidad de la enseñanza teórica. Para el entrevistado la cirugía general guarda fortalezas en los procedimientos de alta especialidad, por una parte y por otra también es valiosa por dominar una amplia cartera de servicios, por otra parte, sí observa cierta necesidad del egresado sobre conocimientos de alta especialidad además de que actualmente existe cierta heterogeneidad en el producto final.



El entrevistado opina que, debido a lo anterior, sería muy adecuado favorecer la integración al currículo del curso en cirugía general conocimientos y competencias propias de alta especialidad de tal manera que se aproveche la plataforma del curso primario para formar especialistas más completos que ofrezcan mejores resultados en los diversos apartados de la cirugía actual.

5.2.9.3.2 *Datos indirectos*

Parece ser, que el éxito académico en los niveles básicos puede permearse a los niveles superiores o al menos este caso luce así. El entrevistado se encuentra realizando la residencia en un hospital de tercer nivel con más de 20 años de ser formador de residentes, por lo que la logística de la escolaridad se encuentra establecida incluso entre los mismos residentes lo cual tiende a desarrollar las competencias. Por este solo hecho, aunque con límites dentro de lo deseable, la cirugía general para el entrevistado es una especialidad más necesaria en instituciones que en medicina privada por lo cual valida una crisis ante esta dicotomía y propone disminuirla al perfilar la especialidad de acuerdo las necesidades de la población blanco fuera del área institucional.

5.2.9.3.3 *Contexto*

El entrevistado es oriundo de León Guanajuato y toda su vida académica la ha realizado en ese lugar por lo que ciertas cosas pudieron ser más favorecidas por un factor de nicho social prevalente en este tipo de ciudades. Se comenta sobre la evolución de desear una subespecialidad a un curso de alta especialidad con lo cual se puede entender en este caso las motivaciones que un hospital de tercer nivel puede tener en este tipo de decisiones. Las necesidades de una ciudad como la del lugar donde el



entrevistado realiza la residencia, tienden a favorecer la consulta de subespecialidad en la medicina privada de ahí que la percepción de este alumno sea en este sentido.

5.2.9.3.4 *Argumentación final*

Se trata de un alumno del tercer año de la especialidad en Cirugía General el cual decide ejercer la medicina por parecerle un reto a la altura, durante su desarrollo académico obtiene éxitos de acuerdo con su plan y se decide por cirugía buscando una subespecialidad, sin embargo, en el transcurso de este tiempo de entrenamiento ha decantado por terminar cirugía general y optar por un curso de alta especialidad. Esta situación muestra un fenómeno particularmente interesante pues se puede entender a través de este alumno que no solo se pierden cirujanos en entrenamiento gracias a la fuerte tendencia actual a derivarse a subespecialidad, sino que también existe el residente que ingresando a Cirugía con la decisión de migrar a una subespecialidad al conocer a fondo la especialidad termina decidiendo convertirse en un especialista troncal, si bien este fenómeno se da la menor parte de las veces.

El entrevistado otorga una aportación valiente tras aceptar que se está conformando una debilidad creciente en las especialidades troncales, sin embargo, ellas son necesarias en la estructura de salud del país por lo que no integrarlas solo favorecerá a que se abran brechas que se cubrirán con elementos mal entrenados e informales con los resultados esperables. De este modo, opina que la mejor forma de fortalecerlas es enriquecer su currículo con competencias propias de alta especialidad de tal forma que se cree una plataforma homogénea y de ahí los alumnos elijan un tronco secundario que les otorgue ventajas competitivas en lo individual y una representatividad más densa a la especialidad como tal.



Finalmente, su opinión de fortalecer su propia residencia desde el punto de vista teórico transluce la heterogeneidad captada por el entrevistado a lo largo de sus rotaciones fuera del hospital sede y puntualiza una problemática ya expuesta en la mayoría de las entrevistas.

5.2.10 Entrevista 10

5.2.10.1 Fase 1 descubrimiento

*El entrevistado presenta motivación principal para medicina y cirugía en particular encaminado a neurocirugía, de hecho, esto es la base para en el momento de la elección de una especialidad escoger Cirugía General por ser tronco común de la Neurocirugía incluso después de desechar esa opción intentó Angiología.

*Observa en el ENARM una cantidad de ciencias básicas que están descuadradas de la realidad del médico al atender al paciente en el día a día, opina que debería agregarse una parte práctica o incluso una residencia rotatoria, ya que se observa un número no despreciable de deserciones.

*Su sede no fue elección directa, sino emergente por diversas circunstancias.

*La fortaleza de su sede fue el recurso tecnológico

*La debilidad fue un caos administrativo con respecto al aval universitario, un programa totalmente desvinculado del resto de las sedes aún en el mismo segmento (ISSSTE).

*No encuentra diferencia mayor con el resultado de su entrenamiento al compararse con otras sedes.

* Menciona que la crisis en cirugía va de la mano con la segmentación de la especialidad.

Por otra parte, los subespecialistas que terminaron la especialidad troncal



frecuentemente dejan de realizar procedimientos de la cartera de cirugía por pérdida gradual de esas competencias por lo que de algún modo se mantiene el equilibrio.

*Tiene un curso en alta especialidad para cirugía bariátrica pero laboralmente no ha tenido la ambición de explorar ese campo.

*Al año de terminar la especialidad pudo tener un ingreso continuo, aunque no seguro.

*No ha pensado en cuanto a un plan real de sustentabilidad dado que de momento su ingreso supera sus necesidades.

*Piensa que la especialidad terminará siendo una plataforma formadora de subespecialistas.

5.2.10.2 Fase 2 Codificación

5.2.10.2.1 Recopilación de categorías

Entorno académico: dentro del entorno académico la entrevistada comenta lo relacionado con la heterogeneidad de la residencia médica. En cuanto a esto, académica se refiere al estar desprotegida al menos un año a pesar de haber sido seleccionada para realizar una especialidad ejemplificando una problemática que no se había evidenciado anteriormente con respecto a las sedes. Pese a esto, no menciona diferencia al egreso en comparación con otras sedes. El ENARM requiere un segmento práctico y la práctica de pregrado mayor conocimiento sobre las especialidades ya que la tasa de deserción a cursos de residencia durante el primer año es alta debido a esta combinación de factores.

Entorno sociocultural: la motivación principal para la elección de una carrera relacionada con la percepción de las experiencias vividas en relación a un familiar enfermo; la elección final de una sede relacionada con la cercanía de ésta al entorno familiar.



Resultados del programa actual: no se observan diferencias trascendentes entre los egresados de otros sistemas que conoce, tampoco de generaciones pasadas.

Causalidad del cirujano formado: se trata de una causalidad positiva toda vez que se mantiene activa en el ámbito laboral con ingresos estables desde el primer año de egreso. Por otra parte, la entrevistada tiene un curso de alta especialidad el cual no ejerce a cabalidad excepto en lo relacionado a asistencias quirúrgicas.

Plan maestro: dado los comentarios de la entrevistada se considera desierta esta categoría.

Currículo: existe ausencia de un mapa curricular formal por lo que no hay modo de evaluar las estrategias teórico-prácticas que se ponen en marcha al momento de realizar el fenómeno de enseñanza aprendizaje.

Desarrollo y evaluación de competencias: se propone como punto positivo que favoreció el desarrollo de competencias la presencia de facilidades tecnológicas de avanzada que en su momento fueron únicas en la región, sin embargo, esto desmerece con la carencia de una formalidad en el aprendizaje dado la falta de aval universitario durante casi la mitad del periodo de entrenamiento.

5.2.10.2.2 *Agrupación y vinculación*

Entorno académico y sus vinculaciones: con respecto a las vinculaciones del entorno académico y el entorno sociocultural, se tiene la facilitación que eventualmente ocurre para la gestión de estudios de postgrado mediante la empatía previa de algunos protagonistas de este tipo de entrenamientos. La relación entre la elección de la sede y la cercanía al núcleo familiar hace evidente que la arquitectura de la migración que año con año los médicos residentes emprenden para obtener su formación puede estar



motivada por situaciones que no dependan solamente de lo académico. Con respecto al entorno académico y los resultados del programa actual de acuerdo a la entrevistada los resultados en general son positivos si bien estos se vinculan más a la realidad laboral de una gran ciudad que propiamente a un entorno académico correctamente desarrollado; si se habla de la vinculación entre el entorno académico y la causalidad del cirujano formado; se tiene que este tiende al aspecto positivo pues la entrevistada menciona que a partir del primer año se ha mantenido con un ingreso estable. Es importante mencionar que su práctica priva durante este tiempo se ha limitado a asistencias quirúrgicas con sus anteriores maestros por quienes existió empatía desde el principio de su entrenamiento.

Se tiene como vinculaciones entre el currículo y el entorno académico la falta de interacción homogénea entre las diversas sedes y el órgano concentrador de formación de especialistas pues en algunos casos se otorgan sedes sin contemplar el estado de aval universitario, lo cual pone en riesgo la formación del especialista pudiendo desperdiciar el riesgo de este y también utilizando vanamente los recursos e infraestructura hospitalarios para la formación de recursos humanos. En lo correspondiente al entorno académico y sus vinculaciones con el desarrollo y evaluación por competencias se observa que en algunas ocasiones las gestiones extraordinarias personales o de origen político suelen tener impacto en la infraestructura y por ende en la enseñanza, por otra parte, la falta de un programa y de la evaluación correspondiente pudiera estar en correlación con la falta de percepción de la falta de competencias por parte del egresado.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: dentro del entorno cultural además de lo observado anteriormente, se puede hablar de sus vinculaciones con los resultados del



programa actual, básicamente en el ejemplo del presente entrevistado se observa que la Cirugía General como especialidad puede bastar para la obtención de un modelo socioeconómico estable a pesar de no desarrollarse en un papel protagónico propiamente dicho y entendiendo que este tipo de nichos irá disminuyendo con el tiempo por la propia inercia de migración a la subespecialidad; en cuanto a las vinculaciones del entorno sociocultural y la causalidad del cirujano formado, se menciona a la empatía y relaciones tutor principiante como una posibilidad de desarrollar un grado de éxito relativamente rápido (< de 1 año) aunque con un tope de crecimiento relativamente corto; las vinculaciones entre el entorno cultural y el currículo son vagas de acuerdo a la participación del entrevistado, sin embargo, una de ellas puede ser el favorecimiento a la aplicación de nichos de especialidad y subespecialidad para los usuarios de la medicina privada lo cual provoca un auto control en cuanto al mercado laboral de ambos profesionistas.

Por último, en lo referente al entorno sociocultural y el desarrollo y evaluación de competencias se puede decir que, un entorno propicio para la facilitación a modelos de enseñanza avanzada basados en infraestructura de primera línea es facilitada mediante una cultura que privilegia empatía sobre calidad en los procesos.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: además de las vinculaciones ya comentadas anteriormente se tiene en relación a la causalidad del cirujano formado un encuentro paradójico, pues pareciera que de acuerdo a la experiencia del entrevistado la desvinculación entre el programa formador y las oportunidades laborales es la norma rigiéndose la segunda más por la capacidad de gestión directa y empatía de profesional de la salud; en cuanto el resultado de las vinculaciones entre los resultados del programa



actual y el currículo, se observa que el primero puede aún en los tiempos actuales sacar productos con posibilidad de éxito laboral sin un plan (currículo) adecuadamente elaborado y basado en un diagnóstico de situaciones y de necesidades de la población blanco; en lo concerniente al plan maestro y el desarrollo de competencias, se puede decir que éstas han sido influenciadas aún por resultados no sistematizados basándose en la muestra diagnóstica del hospital sede y la experiencia de los profesores.

Currículo y sus vinculaciones: con respecto a las vinculaciones con el desarrollo y evaluación de competencias, se encuentra poco utilizado dado la carencia de un currículo formal por lo cual el desarrollo es más bien artesanal y difícil de sistematizar y evaluar. Otra arista del tema es, que dado esta situación se puede indirectamente postular que estos sistemas artesanales no tienen su principal debilidad en la formación en sino en la falta de estándares de los resultados cosa que dicho sea de paso, no se encuentra del todo bien en los que cuentan con procesos sistematizados, en todo caso se observa que en modelos como el que la entrevistada comenta la falta de evolución dado la dificultad de una planeación efectiva, termina siendo el gran obstáculo a vencer.

El resto de las vinculaciones con esta categoría se ha manejado ya anteriormente en el desarrollo del presente.

5.2.10.3 *Fase 3 Relativización*

5.2.10.3.1 *Datos directos*

Se trata de una cirujana de 36 años de edad con 8 años de egresada la cual decide estudiar medicina debido a situaciones personales vividas en su adolescencia; posteriormente se decide a ingresar a Cirugía General con el ánimo de entrar posteriormente a neurocirugía, sin embargo, una vez que ve más de cerca esta



especialidad, desiste y continua con el programa para formarse en Cirugía General. El ENARM lo presentó en dos ocasiones y a su juicio debe de contener un apartado práctico para ser más objetiva. La entrevistada no puede quedarse en su primera opción de sede y termina en un hospital desconocida por ella. Su especialidad tiene como principal debilidad una desconcentración de plan universitario y de hecho carece de aval durante un tercio de la duración de esta, la principal fortaleza es sin embargo una infraestructura adecuada por lo cual no considera desventaja con el resto de sus compañeros de otras sedes una vez formada. La entrevistada refiere que la crisis en Cirugía General es real debido a la segmentación de la medicina, pero además de ello tiene la peculiaridad de haberse entrenado en alta especialidad sin un deseo formal, al punto que hasta estos días no ha desarrollado su entrenamiento más allá de asistencias quirúrgicas. Sin embargo, su desarrollo laboral fue de adaptación rápida y de un ingreso promedio aceptable y no ha proyectado a largo plazo metas concretas, pero de momento está estable con los resultados.

5.2.10.3.2 *Datos Indirectos*

Al parecer, el ENARM no evalúa el desarrollo de competencias prácticas en el profesional médico lo cual pudiera estar en relación a la tasa de deserción existente en las residencias médicas, sobre todo durante el primer año, la estructura con errores de formas que terminan siendo de fondo continua, pues parece ser que no todas las sedes (aunque siguieron una serie de etapas para ganar este nombre) cuentan con un aval universitario el cual es totalmente imprescindible para que el futuro especialista obtenga la acreditación oficial por la SEP del curso de especialidad elaborado. Por último, la Cirugía General observada como el ejercicio profesional de la entrevistada, muestra una



probable salida de la evolución de la especialidad de continuar la tendencia segmentaria, por lo cual es importante ver este ejemplo para analizar qué tan deseable es esta situación para el futuro de las especialidades quirúrgicas para nuestro país.

5.2.10.3.3 *Contexto*

Se trata de una habitante de la Ciudad de México que migra al interior de la república a realizar su residencia. Este fenómeno es muy poco habitual y casi siempre (como en este caso) se da por cuestiones ajenas al estudiante. Si en una sede con un modelo de residencia poco organizado que adolece de muchas carencias de planeación y que incluso pone en riesgo su curso. Su desarrollo post residencia habla de un modelo que puede soportar ciertas carencias en cuanto a un desarrollo estructurado mediante la gestión directa, aunque este tipo de “éxito laboral” es discrecional y por lo tanto es difícil tomarlo en cuenta como una muestra de lo que sucede en las situaciones más preponderantes. Este tipo de gestión directa también parece aplicar para el filtro a alta especialidad pues en el caso de la entrevistada la realización del mismo no ha sido consecuente a su aplicabilidad como principal proyección de su carrera de hecho actualmente parece estar convencida de no tener planeado en el futuro realizar este hecho, este tipo de situaciones se debe a tutores profesionales que más allá de favorecer el aprendizaje significativo otorgan oportunidades sin considerar los niveles reales en el potencial de aprovechamiento abonando con esto hasta cierto punto al debilitamiento de la realidad curricular y al ejercicio de la cirugía.

5.2.10.3.4 *Argumentación final*

La entrevistada cumple en varios puntos con una aportación por demás interesante ya que conlleva una experiencia de excepción de varios puntos y favorece



una visión de la cirugía que no se ha tocado en otras entrevistas. El análisis de ella favorece el enriquecimiento de aristas que el fenómeno estudiado tiene y propone una de las alternativas emergentes para la especialidad, la visión de un especialista en Cirugía General debe estar en relación a la proporción que puede ofrecer a usuarios finales y estos deberán ser pacientes, pues de lo contrario se pierde el humanismo y brazo noble de la especialidad, por otra parte la conducta pragmática y a veces utilitarista puede terminar siendo la salida para una especialidad agobiada por cambios que se contraponen por su naturaleza.

5.2.11 Entrevista 11

5.2.11.1 Fase 1 descubrimiento

*El entrevistado decide ser Médico por un gusto personal y cirujano por la buena experiencia que tuvo del servicio en el internado, sobre todo en cirugía pediátrica.

*Observa un componente de género en el proceso de selección de especialidad por lo que solía observar que los hombres elegían más de una especialidad y las mujeres solo una lo cual interpreta como la mayor presión del género masculino de una plenitud laboral.

*Realiza el examen nacional (ENARM) tres veces, considerando difícil aceptar no haber quedado y reponerse para el próximo evento por lo que algunas veces habrá quien decida cierta especialidad solo por tener mayor certeza de quedar seleccionado y lo considera un buen instrumento.

*No observa una brecha sociocultural importante entre el médico general y el especialista.

*Expone a las subespecialidades no solo como un factor en relación con la práctica de la cirugía general, sino como fenómeno que la altera desde el desarrollo de la residencia.



*Escoge al IMSS posterior a ser consciente de las debilidades que el aprendizaje empírico en SSA le proporcionó, el proceso de la realización del propio ENARM facilitó este hecho. Por otra parte, la ubicación de la sede la decide basada en el contexto de cercanía familiar.

*Menciona una apatía al enamoramiento de la cirugía como un estilo de vida más allá de la propia especialidad como una característica de algunas sedes que se vuelve debilidad frente a otras en las cuales no se encuentra tal fenómeno.

*No considera factible la sustitución de un cirujano general por un modelo de especialista diferente en la gran mayoría de las escenas donde actualmente éste se desarrolla.

*Apuesta al fortalecimiento de la cirugía en todas sus áreas de competencia y desvincular aquellas en las que no se tiene esa responsabilidad.

5.2.11.2 Fase 2 codificación

5.2.11.2.1 Recopilación de categorías

Entorno académico: la entrevistada lo manifiesta con una dualidad evidente de acuerdo con el segmento de salud del cual se trate dado la asignación de recursos variable. Dado esta situación en algunos lugares las actividades hospitalarias pueden ser dedicadas mayoritariamente a labores asistenciales y en otras a funciones de investigación y desarrollo teórico de los eventos. Por último, observa la injerencia negativa de las subespecialidades hacia la Cirugía General desde la residencia dado el enfoque académico que suele darse en sedes con residencia de subespecialidad.

Entorno sociocultural: el entorno familiar resulta muy importante, ya que de algún modo ésta toma influencia tanto al hablar del apoyo económico durante su carrera, así como la decisión de su sede en relación con la cercanía de ésta a su nicho familiar. Por



otra parte, observa una brecha de género en donde el varón tiende a una competencia más centrada en resultados y la dama observa más un desarrollo y finalidad idealizados “Los hombres de mi generación, todos pusieron dos opciones” “Las mujeres éramos más las que solo poníamos una opción”.

Resultados del programa actual: lo ve parcializado dependiendo de los recursos de cada lugar, sin embargo, menciona que se integran las competencias de distintos modos para llegar a habilidades hasta cierto punto similares al término del camino.

Causalidad del cirujano formado: no ha pensado en metas de corto a mediano plazo en lo que respecta al éxito laboral como especialista o subespecialista, de acuerdo a su experiencia, no hay una diferencia acentuada entre el estrato socioeconómico potencial del médico sin especialidad y aquel que tiene una.

Plan Maestro: fundamentar dos líneas de acción, primero fortaleciendo las competencias de la cirugía y segundo eliminando definitivamente las que no pertenezcan al área de responsabilidad de la especialidad.

Currículo: considera importante anexar la administración y el liderazgo como partes esenciales en la formación del cirujano, apuesta al mayor desarrollo del marco curricular y al fortalecimiento de esta, toda vez que el modelo del cirujano general es más importante para la realidad del país que el del subespecialista.

Desarrollo y evaluación de competencias: el desarrollo de competencias debe otorgarse mediante un acompañamiento que incluya una mayor introspección al servicio, así como sentido de pertenencia del mismo pues ese es el mejor modo en que el proceso de aprendizaje será asimilado.

5.2.11.2.2 *Agrupación y vinculación*



Entorno académico y sus vinculaciones: de acuerdo a la entrevistada, aquí se puede observar dentro de las vinculaciones con el entorno sociocultural varios fenómenos: uno de ellos es la diferente presión que aún se vive en cuanto la estabilidad laboral entre hombres y mujeres pues se observa que los primeros se encuentran con mayor prisa para lograr una residencia medica no importando que esta no sea la de su mayor gusto lo cual suele presentarse en mucho menor frecuencia en el caso de las mujeres; Otro asunto se encuentra relacionado con el lugar en donde se elige la sede cuya tendencia será la calidad sentida por el aspirante hacia la sede, pero contrapuesta con la lejanía de su lugar de origen, también el modo en que el alumno que fracasa ante el ENARM maneja su duelo tiene que ver con el soporte familiar y la plataforma civil en la que se encuentra. Esto es aún más difícil en personas casadas y con hijos por lo que pocas con estas características vuelven intentar el examen. La visión de la población hacia el médico aún se encuentra impregnada principalmente del factor humano y de cómo el hombre puede ayudar directamente a reestablecer la salud de otro hombre, siendo esto en varias ocasiones la base del nacimiento de la vocación médica.

En cuanto el entorno académico y los resultados del programa actual se refiere, parecen adecuados para este momento, pero de continuar así es posible que disminuya la cartera de servicios cada vez más impactando en la concepción del cirujano general. Referente a las vinculaciones del entorno académico y la causalidad del cirujano formado se tiene una dependencia del lugar de egreso, el lugar donde se quiere radicar y el momento en el que eso se lleva a cabo en conjunto con el tipo de sede de la cual el alumno es egresado.



En conjunto, esto habla de la heterogeneidad actual de la formación en cirugía, pero también de las diversas realidades que en un momento dado vive cada punto del país. Para lo dicho por la entrevistada, las vinculaciones entre el entorno académico actual y un plan maestro de cambio van de acuerdo con la necesidad de replantear el fenómeno de enseñanza aprendizaje en un entorno más participativo y de responsabilidad compartida, toda vez que ese modelo se entiende como el que mejor resultados daría en especialidades como la cirugía dado que se involucra de una forma más profunda al educando tanto en el proceso como en los resultados. Dentro de las vinculaciones entre el currículo y el entorno académico, se tiene la necesidad de adicionar competencias que tengan que ver con administración liderazgo y pertenencia pues estas fórmulas dentro del saber ser son básicas para renacer la cirugía con protagonismo refrescado y adecuado a los tiempos actuales. Por último, en lo referente a las vinculaciones entre el desarrollo y evaluación de competencias y el entorno académico, la entrevistada considera que es necesario un modelo de interacción práctica más contundente por considerar el actual poco llamativo y tendiente a perder adherencia por parte de residentes que llegan sin un concepto claro de su futuro como especialistas quirúrgicos.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: obviando los ya mencionados en un inicio, se tienen como vinculaciones con los resultados del programa actual que la entrevistada da a entender que las situaciones que ha observado durante su preparación no se encuentran actualmente empalmadas a las necesidades reales de los pacientes por lo cual el canal de comunicación es o ha sido a lo mucho parcial y a su juicio esto puede deberse a una desatención en el producto final del entrenamiento y las



motivaciones que este tiene en ese momento. Dentro de las vinculaciones entre el entorno sociocultural y la causalidad del cirujano formado, se establece en general un resultado exitoso, aunque la mayoría de las veces por factores que van más allá del entorno sociocultural dado, (el cual en su mayoría tiene aún hoy día al especialista troncal en un estatus adecuado) teniendo también que tomar en cuenta la estrategia de entrada del especialista al mercado laboral y su disponibilidad de radicar en el lugar de mayor oferta al momento de su egreso entre otros. En cuanto a un plan maestro de cambio y sus vinculaciones con el entorno sociocultural, se puede decir que éste es adecuado en cuanto se tome un diagnóstico situacional de las necesidades en los distintos escenarios del país y que esta empresa sea tanto efectiva en medicina pública como en privada para poder cubrir efectivamente esas necesidades con más de un modelo existente.

Entre las vinculaciones con el impacto curricular y el entorno sociocultural, la entrevistada opina que, si bien existe una distancia entre estas consideraciones al considerar el segmento sociocultural médico, se puede entender que la mayoría de las versiones hasta hoy otorgadas van más en marcha a necesidades de la industria y el gremio médico y no referentes a un diagnóstico de necesidades reales en la población acorde a la culturización segmentada que prevalece en nuestro país. Por último, en lo referente a las vinculaciones con el desarrollo y evaluación de competencias, se expone un desarrollo guiado hacia nichos de alta especialidad vinculados a estratos poblacionales arriba de cierta capacidad adquisitiva descuidando principios necesarios para una atención más genérica pero igualmente importante.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: además de las comentadas anteriormente, se puede observar en cuanto a la relación con la causalidad del cirujano



formado, un resultado mayormente positivo en parte por la necesidad en la población y en parte por la adaptabilidad que aún conserva el cirujano general; en lo referente con el resultado del programa actual y sus vinculaciones con un plan maestro de mejora se tiene como entendido que los esfuerzos dadas las necesidades y los resultados actuales que deben de ir encaminados a lograr un desarrollo homogéneo y enfocado en lo que se entiende como cirugía social primordialmente. En las vinculaciones entre los resultados del programa actual y el currículo la entrevistada opina que es importante la adición de competencias en cuanto a liderazgo y administración de recursos para lograr un enfoque más genérico del resultado acorde a las diferentes realidades del país. Por otra parte, en lo referente a las vinculaciones entre los resultados del programa actual y el desarrollo de competencias la aportación es un tanto similar al anterior apartado solo teniendo en cuenta las estrategias de aplicación que deberán llevarse a cabo para que las nuevas competencias sean adecuadamente desarrolladas.

Causalidad del cirujano formado y sus vinculaciones: además de las ya comentadas anteriormente, la entrevistada opina referente a las vinculaciones con un plan maestro que en este sentido actualmente se busca una causalidad positiva basada en el entrenamiento en tecnología de avanzada, tal vez sería igual de bueno para el especialista y más asequible para el paciente un plan maestro que busque mejorar las competencias básicas y clásicas de la cirugía teniendo en cuenta las mejores prácticas para las enfermedades y complicaciones más frecuentes de la especialidad. Con respecto a las vinculaciones entre la causalidad del cirujano general formado el currículo y también el desarrollo de las competencias, se puede decir que es igualmente importante el reforzamiento de las competencias genéricas de la especialidad tanto de forma como



de fondo y también respecto a las estrategias de aprendizaje, esto a la par de lograr una separación de aquellas que no son actualmente vinculantes con el ejercicio de la cirugía general y que incluso no figuran dentro de la certificación del colegio de cirugía.

Currículo y sus vinculaciones: con la mayoría de este apartado tratado ya anteriormente, queda hablar solo de las vinculaciones directas entre el currículo y el desarrollo y evaluación de competencias de acuerdo con lo comentado por la entrevistada, la cual comenta en referencia a lo anterior que debe prevalecer una propuesta de empoderamiento del residente sobre los principios de su especialidad sea cual sea esta. Acepta a la par que puede tener una idea parcializada por su poca experiencia y por estar apenas cursando la mitad de su entrenamiento, pero de igual manera menciona que hasta el momento ese apartado es el que considera más importante resaltar en un marco curricular y saberlo aterrizar a las estrategias operativas.

5.2.11.3 Fase 3 Relativización

5.2.11.3.1 Datos directos

Se trata de una alumna del segundo año de especialidad en cirugía general la cual es oriunda de una ciudad capital pequeña en población (Tepic, Nayarit) la cual decide estudiar medicina por un enfoque meramente asistencial y por la misma razón nace su gusto por la cirugía plástica motivo por el cual ingresa a la especialidad troncal de cirugía general con la idea de derivarse. Cursa en tres ocasiones el ENARM y siempre con la misma elección con dos fracasos y finalmente, es aceptada ingresando al sistema IMSS por la experiencia negativa de SSA relacionada con las carencias del hospital donde llevo, a cabo sus prácticas de postgrado y elige León Guanajuato porque de ese modo podía estar hasta cierto punto en mayor contacto físico con su familia. Durante su estancia sin



entrar a una especialidad, laboró como médico general y gracias a esa experiencia comenta que no nota una diferencia sociocultural entre el especialista y el no especialista, porque incluso ganaba más cuando ejercía la medicina que ahora como becaria de un curso de especialidad.

La entrevistada comenta que durante su estancia como residente, la sede no la ha defraudado con la infraestructura siendo está muy superior a lo que ella recuerda de otros hospitales, sin embargo en el punto donde quisiera un mayor empuje es en las prácticas o estrategias que hacen que un residente genere permanencia a la especialidad que está desarrollando pues refiere que ella y sus compañeros muchas veces se sienten muy desvinculados de la cirugía independientemente de sus deseos de migrar a una especialidad y más bien dirigido a la falta de un proceso de enseñanza aprendizaje en donde el nivel de responsabilidad e injerencia directa con el paciente sea mayor. **“Yo noto en residentes otras sedes una pertenencia al servicio de cirugía que no siento yo” “noto en mí y en otros compañeros de mí mismo año que no amamos el servicio”**

Por último, menciona que considera necesario facilitar desde el marco curricular una serie de competencias encaminadas al liderazgo en cirugía ya que si bien acepta la crisis de la especialidad que tiene impacto desde la residencia cuando existen en ella becarios de subespecialidad. Está convencida que el cirujano general siempre será necesario independientemente de la realidad del país y que lo que necesita es más conciencia de su propio roll en la sociedad, así como también favorecer las competencias genéricas y que suelen ser necesarias en la mayoría de los ambientes en donde este



especialista se desarrolla y eliminar las no vinculantes del ambiente propio de la cirugía general.

5.2.11.3.2 *Datos Indirectos*

La entrevistada pasó el ENARM luego de tres intentos en los cuales hizo 4 cursos de actualización enfocados en otorgar competencias directas ante el examen. Valdría la pena un análisis a profundidad sobre el equilibrio o sesgo que, en lo referente al instrumento propiamente dicho del examen, influyen estos entrenamientos financiados de forma privada.

Probablemente se deben implementar mecanismos que tiendan a fortalecer la adherencia al servicio y sobre todo la importancia de cada etapa del entrenamiento en pocas palabras parece ser que de algún modo se ha sobre estimado el poder de una introducción motivacional al mundo de la Cirugía General.

Como comentario final, se debe tener en cuenta el impacto que pudiera tener el cambio a entrada directa como políticas para algunas subespecialidades que actualmente derivan de la cirugía general pero que en el contexto laboral del cirujano formado no llegan a ser vinculantes al menos en la mayoría de los escenarios citando como ejemplo típico de este caso a la neurocirugía.

5.2.11.3.3 *Contexto*

Se debe tener en cuenta que la alumna proviene de una ciudad que es capital de un estado con un PIB inferior al promedio del país, lo que se ve reflejado en el impacto a la salud sobre todo en los organismos estatales desconcentrados del gobierno federal como es el caso del Hospital General donde prestó sus servicios de pregrado y que pertenece a la secretaria de salud de Nayarit. La realidad que ella experimentó en ese



lugar no es necesariamente la que se encuentra en el resto de los estados y menos en la Ciudad de México. Por otra parte, como ya se ha comentado en otros casos, se debe guardar la pertinencia adecuada al contextualizar sus opiniones al margen de que aún le resta la mitad de su entrenamiento, por lo que muchas veces su perspectiva cambiará de acuerdo con la madurez de su personalidad como especialista y muy frecuentemente sus juicios al final del entrenamiento no son los que se expresan en la etapa actual.

Por último, vale la pena resaltar que tal vez al menos en las opiniones de los cirujanos femeninos de estas entrevistas con respecto la plenitud laboral es ciertamente diferente a la de la contraparte de varones ya que en todos los casos ellas buscan más una realización personal con una socioeconómica secundaria mientras ellos muestran estos objetivos en un orden inverso de prioridad.

5.2.11.3.4 *Argumentación final*

Se trata de una residente de segundo año de cirugía general la cual se manifiesta con un espíritu en general dispuesto a las labores asistenciales y con capacidad analítica respecto a las experiencias derivadas de esta labor. Ha cursado con dificultades para ser seleccionada para la especialidad pues fue rechazada en dos ocasiones y actualmente intentó una derivación a cirugía plástica misma en la que no fue seleccionada. Se trata pues, de una persona acostumbrada a adversidades académicas de las cuales hasta el momento ha sabido manejar y salir adelante, teniendo en esto y en la dedicación que se requiere una de sus principales cualidades.

En esta entrevista se pudo observar a un tipo de residente fuera de lo ordinario dado su enfoque menos egoísta y más dirigido al bien común. Su análisis sobre el proceso de enseñanza aprendizaje en torno a las especialidades quirúrgicas y en



particular en Cirugía General puede dividirse en dos aspectos, en el primero observa que la injerencia de las subespecialidades y cursos de alta especialidad inicia desde la formación como cirujano pues se limita la adquisición de competencias si compartes con residentes de subespecialidad o bien de cursos de alta especialidad. Por otra parte, confía en la permanencia de la Cirugía General como especialidad independientemente de las subespecialidades, esto por la capacidad de integrar más de una patológica quirúrgica en un mismo paciente. Si bien, está de acuerdo con modificar algunas cosas que se basan en realizar un pulido de las áreas que realmente no son vinculantes con la Cirugía General en el momento de la aplicación laboral por un lado y por otro favorecer estrategias más prácticas dirigidas a fortalecer el apego a la especialidad y el liderazgo de la misma, así como fortalecer los mecanismos de aprendizaje del saber hacer a fin de contar con un proceso educativo más robusto y favorecedor en el momento de su ejercicio.

5.2.12 Entrevista 12

5.2.12.1 Fase 1 Descubrimiento

*El entrevistado decide Medicina y Cirugía por experiencia con la cirugía a los 10 años cuando su padre fue literalmente salvado por una cirugía abdominal.

*Presentó 4 veces el examen nacional y le parece mal instrumento de selección, aunque siempre eligió especialidad cirugía.

*Decide la residencia ya con esposa y dos hijos contando con el apoyo de su esposa (enfermera), la elección de su sede en cambio sí fue influenciada por la familia.



*Con su experiencia como médico general puede decir que al menos durante la residencia no vio diferencia a favor en lo económico de esta última más bien al revés siendo hasta un año después de la residencia cuando consigue estabilidad.

*Apoya la teoría de disciplina y uso de jerarquías en la residencia, sin embargo, hace énfasis al preferir calidad ante cantidad en cuanto a experiencias de proceso educativo se refiere.

*Refiere como debilidad de su residencia, falta de teoría en algunos aspectos, refiere heterogeneidad sentida a su egreso con egresados de otras sedes.

*No realiza curso de alta especialidad ni subespecialidad por motivos familiares, sin embargo, no observa diferencia socioeconómica cultural real entre el subespecialista y el Cirujano General

*Observa la crisis de cirugía general a dos fuegos siendo uno los subespecialistas y otros los médicos generales (sin especialidad) o con entrenamiento no convencional de cirugía.

*Refiere como estrategia de fortalecimiento para la especialidad, enfocar parte de los esfuerzos en regresar el terreno perdido desde la práctica profesional.

*Favorecer un entrenamiento completo de cirugía antes de realizar una subespecialidad, con esto la mayoría de los residentes se quedarían como cirujanos.

5.2.12.2 *Fase 2 codificación*

5.2.12.2.1 *Recopilación de categorías*

Entorno Académico: de acuerdo con el entrevistado, el entorno académico facilitó en su formación como cirujano y su decisión de no realizar subespecialidad.



Entorno sociocultural: se encuentra marcado por su entorno familiar al estar casado y ser padre de tres hijos, esto de algún modo modula su óptica ante diversos estímulos de la residencia y de su desarrollo posterior como especialista.

Resultados del programa actual: en general se expresa como suficiente si bien refiere una heterogeneidad importante entre cada sede por lo que algunos aspectos los tuvo que madurar de forma individual.

Causalidad del cirujano formado: refiere un año posterior a su egreso para contar con estabilidad laboral, considera suficiente la demanda para la especialidad al menos en estos tiempos, siendo esto, factor que explica al menos en parte porque su decisión de ejercer la especialidad a plenitud y no buscar grados académicos posteriores.

Plan Maestro: para el entrevistado una propuesta operacional como las políticas que intenten devolver en la cirugía el terreno perdido y desde el punto de vista administrativo un marco diagnóstico por el colegio que haga conciencia del capital de servicios perdido tanto por subespecialidades como por profesionales con entrenamiento insuficiente que igual ejercen la terapéutica quirúrgica.

Currículo: particularmente aquí define como una estrategia adecuada el tener un marco curricular que permita la subespecialidad solo a aquellos que terminan formalmente el entrenamiento en Cirugía General.

Desarrollo y evaluación de competencias: menciona que el ENARM debe reestructurarse porque actualmente no favorece a los mejores clínicos sino a los que tienen más aptitudes para contestar un examen, durante la residencia se debe hacer un esfuerzo por mantener el equilibrio entre las competencias teóricas y las prácticas.

5.2.12.2.2 *Agrupación y vinculación*



Entorno académico y sus vinculaciones: en cuanto a las vinculaciones con el entorno sociocultural, el entrevistado enlaza de manera irremediable a su familia y el desarrollo de esta, (toda vez que su esposa es también una profesional de la salud) por otra parte, el mismo inicio de su gusto por la medicina tiene que ver con una interacción sociocultural frente a la enfermedad y la resolución de esta mediante el manejo quirúrgico de un familiar cercano. Por último, para el entrevistado se advierte una relación entre la actual crisis de cirugía y un entorno cultural que facilita pérdida de cartera, tanto por parte de los académicamente no entrenados, como de la grey subespecializada.

En cuanto al entorno académico y los resultados del programa actual, se observa actualmente una proporción suficiente de competencias al menos en las sedes de grandes ciudades sin que deje de verse la evidente heterogeneidad, lo que hace que cada cirujano formado de acuerdo con la sede de la cual es egresado tenga ciertas fortalezas y debilidades hasta cierto punto definidas. Sobre las vinculaciones entre el entorno académico y la causalidad del cirujano formado, opina que hasta cierto punto la dinámica centralista que guarda el estado con referencia a su facultad de medicina y su hospital formador termina siendo una fortaleza en donde lazos empáticos forman facilidades de gestión por medio de las cuales es factible una tendencia al éxito laboral por arriba de la media del resto de las sedes de la zona, fenómeno que probablemente se reproduzca en otros estados.

En lo mencionado por el entrevistado, en cuanto las vinculaciones que tienen que ver con un plan maestro de cambio y el entorno académico, se puede destacar que al momento la tendencia va más hacia la facilitación de la formación del cirujano enfocado



a la realización de subespecialidad o curso de alta especialidad tanto en la cirugía general como en las otras troncales lo que forma parte de la propia complejidad del fenómeno.

En cuanto a las vinculaciones del entorno académico y el currículo, el entrevistado comenta que valdría la pena realzar un nuevo paradigma en donde se destaque la importancia de la Cirugía General como especialidad troncal al exigir el término de esta especialidad antes de hacer una subespecialidad. Así mismo, se deben realizar esfuerzos académicos para disminuir la práctica de procedimientos quirúrgicos por parte de entrenados informados a lo largo del país. Vinculaciones entre el entorno académico y el desarrollo con la evaluación de competencias: de acuerdo con el entrevistado, se debe favorecer la recuperación de una cartera de servicios homogénea y nutrida que favorezca la media de necesidades del país para esta especialidad.

Entorno sociocultural y sus vinculaciones: las vinculaciones de esta categoría con el entorno académico fueron tratados anteriormente, en lo referente al entorno cultural y sus relaciones con los resultados del programa actual se puede decir que el modelo promedio resultante es útil sobre todo en áreas de nivel socioeconómico medio y medio bajo esto en la mayoría de las ocasiones se encuentra relacionado con la baja asequibilidad hacia subespecialistas. Con respecto a las vinculaciones del entorno sociocultural y la causalidad del cirujano formado se puede decir que se tiene una percepción en general adecuada para el cirujano, lo que facilita su desenvolvimiento dentro de la sociedad sin mencionar que el peso específico de su labor es notorio para la mayoría de los casos por lo que se puede establecer adecuadamente en la mayoría de los escenarios y en un tiempo razonablemente rápido. Para las vinculaciones entre el entorno sociocultural y el plan maestro, el entrevistado enfatiza el hecho de no solo estar



frente a una reducción de cartera por parte de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, sino también por médicos con grado de licenciatura que sin especialidad ejercen la cirugía y por consiguiente limitan o complican en muchos escenarios el actual del cirujano general. Al hablar de las vinculaciones entre el entorno sociocultural y el marco curricular el entrevistado plantea una idea no tan puesta en el escritorio y menos por un cirujano ya formado y es la posibilidad de liberar el entorno de la residencia fundamentando que es más importante la calidad que la cantidad de experiencias.

Probablemente esta idea influenciada por las incomodidades sufridas por el mismo al ser una persona con responsabilidades de padre de familia al mismo tiempo de cursar el periodo de la residencia. Por último, en lo referente al desarrollo y evaluación de competencias y su vinculación con el entorno sociocultural puede decirse que las competencias al día de hoy otorgadas en el formato de la especialidad en cirugía general son heterogéneas por lo que algunas veces obedecen a la necesidad real de la mayoría de la población, pero en otras ocasiones terminan siendo muy sectarias.

Resultados del programa actual y sus vinculaciones: algunas de éstas ya fueron mencionadas en apartados anteriores, con respecto a la causalidad del cirujano y los resultados del programa actual, el entrevistado opina que los resultados al menos al momento tienden hacia el balance positivo pues la mayoría de los especialistas suelen dedicarse con éxito a su profesión. Con respecto a un plan maestro en relación a los resultados del programa actual, básicamente la idea está orientada hacia un cambio en el paradigma del subespecialista como un emergente natural del cirujano sin que por esto deje de ser lo primero. En lo referente a los resultados del programa actual y las vinculaciones con el currículo, se comenta que este último debe irse modificando para



favorecer el fortalecimiento de la cirugía pues al momento es la mejor herramienta todo terreno para combatir las patologías quirúrgicas del país. En lo referente a los resultados del programa actual y sus vinculaciones con el desarrollo y evaluación de competencias, el entrevistado opina que la aplicación del marco curricular debe ser más adecuadamente supervisada por las universidades, pues actualmente se otorgan resultados heterogéneos cuando existen en muchas de ellas un mismo modelo a seguir.

Causalidad en el cirujano formado y sus vinculaciones: exceptuando las ya comentadas se tiene que mencionar de inicio a las vinculaciones con el plan maestro, no presenta ideas que tengan una vinculación directa; en cuanto a las vinculaciones entre la causalidad del cirujano formado y el currículo, se comentan aspectos dentro de la posibilidad de favorecer competencias particulares dentro del mismo proyecto del curso de residencia para empoderar a la especialidad frente a los embates advertidos; por último respecto a las vinculaciones con el desarrollo y la evaluación de competencias, se expone que se deben tener evaluaciones que fomenten un mínimo de calidad en los egresados de tal manera que se impida una proporción importante de tratamientos quirúrgicos de naturaleza artesanal.

Plan maestro y sus vinculaciones: posterior a los ya comentados, se tienen las vinculaciones entre el plan maestro y el currículo en donde el entrevistado comenta la posibilidad de sustituir los planes trancos de Cirugía General para abordar la especialidad por planes completos y de este modo aumentar automáticamente la cantidad de cirujanos generales y la posibilidad de que varios de ellos se decidan por el ejercicio de esta disciplina; en cuanto al desarrollo y evaluación de competencias y el plan maestro se



propone una aplicación más homogénea del plan de estudios para favorecer a la calidad del egresado.

Finalmente, al hablar del currículo y sus vinculaciones con el desarrollo y evaluación de competencias se puede decir que este debe basarse en cumplir los objetivos de producir cirujanos de calidad mediante un estándar mínimo a partir del cual los profesionales puedan cubrir las necesidades de sus pacientes y acceder a competencias particulares de acuerdo con sus aptitudes.

5.2.12.3 *Fase 3 Relativización*

5.2.12.3.1 *Datos directos*

Se trata de un cirujano con 12 años de egresado 43 años de edad el cual decide estudiar Medicina y Cirugía por el impacto que causa en él la cirugía en familiar directo con buenos resultados. Posteriormente sufre fracaso en el ENARM de 3 ocasiones mientras que progresa como Médico General además de casarse y tener dos hijos. Finalmente accede al sistema de residencias eligiendo como sede la que lo hacía sentir más cómodo debido a la cercanía que podía guardar con su familia. Su residencia transcurre de manera adecuada con fortalezas y debilidades, pero sí advierte diferencias importantes en cuanto al cumplimiento del programa y frente a otras sedes incluso en el mismo estado. En su ejercicio profesional ha sido exitoso pues rebela tener una estabilidad laboral y económica en tan solo un año de egresar de la especialidad decidiendo no realizar una especialización posterior básicamente por su estatus familiar en ese momento. Observa una crisis en la especialidad tanto por mayor número de subespecialistas como por un número constante de médicos sin especialidad que minan la cartera de servicios. Propone fortalecimiento para la especialidad y concretamente



dejar la posibilidad de tomar una subespecialidad solo para el que ha completado la formación como cirujano general.

5.2.12.3.2 *Datos Indirectos*

Se puede decir, que en el entrevistado se refleja una parte de la filosofía quirúrgica en cuanto a la resolución de problemas mediante actos quirúrgicos que de otra forma no tendrían solución, este actuar que a veces parecería verse como un pináculo médico y así como llamó la atención de él cuando era niño la llama hoy día dentro del estereotipo médico. Por otro lado, la dificultad que presenta al ser seleccionado para la residencia anuncia una realidad de la mayoría de los médicos que se enlistan para realizar una especialidad, al perder años en esos intentos su profesión médica corre en paralelo y su vida personal también, teniendo finalmente que decantar fragmentos de cada una de acuerdo con los resultados. La percepción de salir con debilidades de su entrenamiento es una constante en estas entrevistas por lo cual se puede generalizar esta sensación misma que pudiera ser sentida o real dependiendo del instrumento que use en esta tarea no dejando de ser un aspecto importante para considerar.

5.2.12.3.3 *Contexto*

Se trata del cirujano que realiza su especialidad siendo ya padre de familia lo cual tiene que ver en más de un aspecto de cómo lleva a cabo la misma y los fines que de ella espera. También ha de tomarse en cuenta para ponderar cada una de sus opiniones el hecho de que se trata de un elemento formado en la escuela clásica de León con respecto a la facultad de medicina y hospital escuela anexo lo que hace las veces de un círculo socio médico de mutuo apoyo no oficial que de algún modo facilita el desarrollo laboral una vez concluida la residencia y algunas veces incluso antes.



Argumentación final: el entrevistado es un buen referente de lo que sucede en el profesional que inicia con hijos y familia su residencia. En este caso la termina, pero ya no accede (que era una fuerte idea al final) a subespecialidad alguna, sino que inicia su inmersión al mundo laboral con un margen de éxito para él adecuado. También de llamar la atención es su original si bien debatible idea de combatir la crisis en cirugía general normando la conclusión de una subespecialidad antes de cualquier subespecialidad, este punto me inclino por nombrarlo el más importante de la entrevista pues muestra como existe por un lado conciencia de la problemática sobre todo en los cirujanos ya laboralmente activos y por otro lado establece la diversidad de opciones que se pueden analizar en este fenómeno.

5.3 Validación y triangulación de los resultados

La validación en investigación cualitativa se realiza mediante diversas herramientas una de las más utilizadas es la llamada triangulación, a su vez dentro del marco cualitativo la triangulación consiste en el ejercicio de varias estrategias observadas para el estudio de un mismo fenómeno. Esto se realiza debido a que al contrastar más de un instrumento de análisis conseguimos una suma de fortalezas y menor probabilidad de sesgos o debilidades transcendentales obteniendo resultados más densos con respecto a su validez, si bien no se trata de obtener resultados iguales sino más bien complementar la esencia del fenómeno desde diversas aristas.

De acuerdo con Danzin (2000) se describen 5 tipos de triangulación las cuales son: la *triangulación metodológica*, que es la que busca la investigación del fenómeno a través de distintas aproximaciones, aquí la parte medular es atomizar las diferentes partes en que los métodos otorgan una diferente óptica para otorgar las distintas caras



del fenómeno. Se tiene también a la *triangulación de datos* que es la verificación y comprobación de la información resultante de la investigación mediante la comparación de diferentes momentos y/o métodos. Se tiene también la triangulación de investigadores que es cuando la investigación de campo es realizada por diversas personas (preferentemente de diversas disciplinas). Por último, se tiene la *triangulación de teorías* en donde se analiza las interpretaciones obtenidas a partir de diferentes teorías propuestas al respecto del fenómeno que se estudia se estudiando la misma información desde las diferentes propuestas o teorías.

Para efectos de validación de los resultados se realiza a continuación una triangulación metodológica sobre lo encontrado en la presente investigación. Para ello se cotejaron aportaciones obtenidas en relación con el fenómeno de investigación por parte de protagonistas de este y del propio autor. Todo esto mediante una triangulación de métodos. Se tienen en cuenta para ello, tres herramientas metodológicas las cuales se contrastan con los supuestos teóricos y con cada una de las categorías apriorísticas. Dichas herramientas son: las encuestas, las entrevistas a profundidad y el aporte teórico que en su momento ciertos autores han planteado con aspectos del fenómeno junto a la teoría fundamentada del propio tesista.

5.3.1 Sobre supuestos teóricos

5.3.1.1 La propuesta actual de educación quirúrgica y sus debilidades

La propuesta actual en educación quirúrgica presenta debilidades socioculturales como resultado de un desgaste razonable por el tiempo en que se ha aplicado y una falta de integración de la realidad de México en cuanto a sus necesidades de salud. A la par,



su debilidad desde el punto de vista educativo nace de la heterogeneidad con que hasta el momento se han desarrollado las “versiones” de un programa ya de por si con limitantes para una reproducción equiparable en las distintas zonas del país, aunado al centralismo que al menos en este apartado impera.

Tabla 4. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 1.

Encuestas	Entrevistas a profundidad	Teoría de sustento y opinión del tesista
Tienden a dar un valor tímido en general a la especialidad asociado al desgaste y evolución de la misma en subespecialidades las cuales tienden a ser más preponderantes en parte por necesidades académicas, pero también por recargarse en un marco capitalista y competitivo que favorece carteras cada vez más específicas como posibilidad de concentrar recursos. Se percibe la continuidad de la especialidad con un riesgo, con respecto al proceso educativo existe la percepción	Se acepta en general una debilidad de la especialidad, soportada por la emergencia de subespecialidades y cursos de alta especialidad. Desde el punto de vista educativo no se observa un estándar y más allá de eso se tiende a favorecer la adquisición de fortalezas particulares de acuerdo con el tipo de sede formadora con lo que se perpetua la heterogeneidad entre los egresados junto con debilidades o carencias de aptitudes a veces primarias dentro del entrenamiento.	La Cirugía General es una especialidad en crisis por múltiples factores, sin embargo, esta problemática recién empieza a ser evidenciada. EL fenómeno depende básicamente del modelo actual en el cual se enmarca la profesionalización de la cirugía, Salazar (2018) menciona el uso de tecnologías de la información como una de las herramientas principales para un correcto desempeño académico pero más allá de la utilización dispar de éstas la Cirugía General ha sufrido desgaste por la



de una formación insuficiente también relacionada con los anteriores argumentos y a factores como la falta de homogeneidad y estándares.		atomización de los conocimientos médicos y el surgimiento de especialidades y cursos de alta especialidad, Esto se suma a la falta de estandarización en las diferentes sedes lo que otorga como resultado un producto con un catálogo de fortalezas en ocasiones dramáticamente diferente de otros con lo cual no es posible establecer un foco poblacional neto.
<p>Conclusión: la cirugía general se encuentra en una crisis multifactorial poco advertida por sus protagonistas, el desgaste del modelo tradicional y sus problemas no resueltos a lo largo de los años son los factores precipitantes más evidentes del fenómeno. La heterogeneidad en los resultados termina siendo el efecto más claro de esta situación.</p>		

5.3.1.2 La cirugía general en crisis

La cirugía general como especialidad se encuentra en crisis dado múltiples factores directos e indirectos, esto es observable en la disminución que cada generación de residentes formados de esta especialidad presenta por año en las distintas universidades. Frente a este fenómeno, una misma o incluso más alta necesidad de los sub-servicios de esta rama de la medicina sigue presente. Por lo anterior, el entendimiento de las causas y la reorientación de los esfuerzos para un renacimiento de la especialidad mediante



cambios pertinentes en el currículo pudiera ser la diferencia, o incluso basado en los hallazgos la salida estaría encausada al replanteamiento total de la especialidad en el rol que hoy en día desarrolla.

Tabla 5. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 2.

Encuestas	Entrevistas a profundidad	Teoría de sustento y opinión del tesista
La mayoría de los residentes encuestados ejercerán la cirugía general solo si no tienen oportunidad de realizar una subespecialidad. Casi para el 80% es importante hacer un curso de alta especialidad o subespecialidad, la enseñanza de competencias de pertinencia híbrida cada vez son menores. Las competencias deben homogeneizarse y crear estándares de egreso para los profesionales de la Cirugía General, de continuar la tendencia que hasta hoy se marca la Cirugía General como	Por una parte, el aspecto sociocultural lee a la especialidad en la mayoría de las grandes urbes como tecnológicamente limitada frente a las subespecialidades, la reducción o competencia de cartera de servicios frecuentemente no solo está dada por subespecialistas sino también por médicos sin entrenamiento quirúrgico formal. La formación de recursos humanos disminuye su calidad en aspectos como la exposición a experiencias pedagógicas trascendentes. Por otra parte, existe una tendencia cada vez mayor a	Hernández (2010) ya prevé un escenario que reta a la especialidad y observa la necesidad de una permanencia más contundente en la tecnología, tanto para la formación como para la actualización continua de la profesión. Al analizar las causas que fomentan este fenómeno parecen estar divididas en las que nacen de la influencia sociocultural a la migración de la atomización en el conocimiento y la permeabilidad de la tecnología a nuestro día a día y las que son favorecidas por estrategias del marco



<p>especialidad probablemente quedará en un modelo mucho más ajustado visto como una preformación a la especialización final o relegada a la atención de ciertas topografías del país.</p>	<p>establecer el núcleo del desarrollo quirúrgico en las subespecialidades más que en la especialidad troncal. El fortalecimiento a la especialidad debe basarse en estrategias que fomenten resultados homólogos de buena calidad y que favorezcan la percepción de la Cirugía General. Un cambio en el modelo de sedes hospitalaria en pos de homologar las competencias sería un buen inicio.</p>	<p>curricular que han disminuido las experiencias significativas de aprendizaje. Se debe poner énfasis en el fortalecimiento de la especialidad porque su utilidad neta es dramáticamente vigente y este apoyo debe estar encaminado a un marco curricular que favorezca un mayor rango de competencias de calidad en los egresados y una campaña de empoderamiento que involucre dependencias gubernamentales y privadas.</p>
--	--	--

Conclusiones: existe una opción nuclear compartida con respecto a los factores preponderantes que están en relación con la crisis de la Cirugía General, respecto el árbol diagnóstico se enriquece en las entrevistas a profundidad aportando factores emergentes. No hay diferencias advertidas en la forma de empoderar la cirugía partiendo de un marco curricular fortalecido de competencias de calidad y mayores experiencias pedagógicas significativas. En el segmento de encuestas se advierte de suficiente importancia la opción que apunta al replanteamiento de la Cirugía General más que como especialidad a un pie de rama previo al ejercicio quirúrgico profesional.

5.3.1.3 Factores de deterioro en la cirugía general

Se pueden exponer la mayoría de los factores que han deteriorado a la cirugía general



como especialidad en los que suceden como consecuencia de un sistema de competencia mal estructurado y aquellos directamente relacionados con el mapa curricular de la especialidad. Siendo esto, y observando que ambos grupos son susceptibles a cambios de estrategia más que de infraestructura, se puede promover basados en un plan maestro que otorgue equidad y fortaleza a las debilidades actuales que atraviesa la especialidad.

Tabla 6. Triangulación metodológica de resultados en relación con el supuesto teórico 3

Encuestas	Entrevistas a profundidad	Teoría de sustento y opinión del tesista
Es factible dividir los factores que han contribuido a la crisis actual en Cirugía General en los relacionados con mapa curricular y los que tienen que ver con un sistema competitivo deficiente. No hay una postura dominante con referencia las acciones que deberían ser implementadas toda vez el reconocimiento de esta problemática.	Se identifican en general 2 segmentos que engloban los diferentes matices de la problemática actual en cirugía, por un lado, los derivados del contexto sociocultural y por el otro los que obedecen a un marco curricular o la aplicación de este. Las estrategias sugeridas tienden al fortalecimiento de la especialidad mediante un marco curricular que permita un dominio estandarizado de competencias independientemente de la	Hepp (2008) presenta una postura con respecto a la reestructuración de la especialidad en Sudamérica basado a mayor participación de las nuevas tecnologías de la información. Esto en un punto importante si se pone en contexto como han impactado estas herramientas en todos los escenarios de la vida, sin embargo, actualmente mucho de lo que se observa en una respuesta esperable si se tiene en cuenta factores como la creciente alteración en la



	<p>sede, así como una estructura de rotaciones que permita al residente adquirir fortalezas particulares que emerjan de un tronco común sólido. Con respecto al contexto sociocultural no se encuentran posturas formales por lo que encontramos aquí el principal reto de la problemática estudiada.</p>	<p>aplicación del marco curricular donde se ha observado una relación entre la menor estancia en el hospital por parte del residente y una menor tasa de competencias al ingreso, por lo que este factor y otro que propongan la homogenización deben ser prioridades si se va a fortalecer a la especialidad. El segundo factor es el determinado por las características creadas dentro de un contexto cultural influenciado en buena parte por el mercado de lo novedoso en actualmente el mayor factor para que la problemática continúe y debilitando a la cirugía. Trabajos como el presente buscan sentar las bases teóricas para un reconocimiento del problema creando un ambiente favorecedor para poner en la mesa de universidades, instituciones de salud y</p>
--	---	--



		gobierno a fin de realizar los cambios que sean más conveniente entendiendo a la especialidad como una profesión vigente y necesaria hoy día.
<p>Conclusiones: Bell y colaboradores (2007) mencionan que el 70% de los cirujanos generales de EUA terminan realizando otro curso de especialidad. Ante este dato se puede ver reflejado en este país donde el cirujano general puro cuenta cada vez con un ejercicio más limitado, entender la realidad topográfica y estudiar el diagnóstico situaciones que tiene México vs EUA hará entender por qué especialidades troncales como la cirugía son más vigentes que nunca y cómo debemos apostar al reconocimiento de la problemática para la posterior ejecución de acciones que eviten el colapso de la especialidad con las consecuencias económicas, sociales y de salud para el país.</p>		

5.3.2 Triangulación metodológica de las categorías

Tabla 7. Triangulación metodológica de las categorías propuestas.

	Encuestas	Entrevistas a profundidad	Teoría de sustento y opinión del tesista
Entorno Académico	En general un entorno favorable para el desarrollo de la especialidad relacionada con nuevas	Se observa un marco en donde estrategias discrecionales fomentan resultados heterogéneos,	Actualmente el marco académico dentro de la especialidad tiende a prácticas que debilitan la



	<p>tecnologías de la información, pero con una desvinculación del espectro de necesidades de su población blanco.</p>	<p>En general hay disposición para el fenómeno de enseñanza aprendizaje, aunque este tiende a favorecer una postura de plataforma y valor para las subespecialidades y cursos de alta especialidad vs la Cirugía General</p>	<p>especialidad extrínseca e intrínsecamente. En las primeras se encuentran el fortalecimiento indirecto de subespecialidades y cursos de alta especialidad cuando por ejemplo su colocan profesores titulares formados en estas disciplinas y no a cirujanos puros. En las segundas se debilita la cartera de servicios de la especialidad cada vez más al mismo tiempo que se reduce el tiempo de exposición a experiencias con prácticas como el escalamiento de guardias y/o relajación de la disciplina.</p>
Entorno Cultural	<p>Se considera a la cirugía como necesaria en la sociedad actual para la mayoría de los encuestados, sin embargo, se permea una dicotomía sobre la misma necesidad para subespecialidades. Se puede entender que el fin último para el paciente es la atención de calidad y que de alguna manera se ha favorecido esta concepción de manera creciente para la</p>	<p>Para la mayoría de los entrevistados la concepción de una prevalencia en crecimiento continuo por parte de las subespecialidades es más vigente que nunca, animada por una sociedad que busca en la súper especialización los mejores resultados posibles siendo esto resultado de una cultura que entiende en la atomización de los problemas una mayor</p>	<p>Mediante lo explorado durante la investigación y por propia experiencia del tesista, se puede decir que el entorno cultural facilita la permanencia de la cirugía en poblaciones pequeñas que basan su elección en empatía directa. Por otra parte, la mayor parte del país sea por influencia directa o indirecta deciden en general por la atención de herramientas de</p>



	subespecialidad vs la especialidad troncal.	tasa de resolución de los mismos.	mercadotecnia en donde la súper especialización suele tomar un papel preponderante.
Resultados del programa actual	El programa actual tiene como debilidad el no ser universal, no estar actualizado y no basarse en un diagnóstico situacional reciente, sin embargo, hasta el momento suele ser suficiente para una formación básica pero no estandarizada de acuerdo a los resultados.	La aplicación del programa actual varia en forma importante de sede en sede, sin embargo, al final del entrenamiento se consideran en general adecuadas competencias, pero que en servicios particulares pueden presentar debilidad. Además de lo anterior, se observa una tendencia descendente a la cartera de servicios aprendida durante el curso cada vez mayor.	Una problemática detectada durante la investigación es la falta de aplicación cabal del programa mayormente usado, así como, la propia falta de estandarización de los programas utilizados de acuerdo a la dependencia educativa y de salud. Porras et al (2016). Reconoce a la cirugía como parte fundamental del sistema de salud, teniendo en un sistema bien diseñado la clave para una formación exitosa.
Causalidad en el cirujano formado	El efecto de la formación actual en cirugía general se puede analizar con respecto a la utilidad observada por los pacientes de la especialidad. Esto tiene relación directa con el promedio en que el cirujano logra una estabilidad socioeconómica reportándose en la encuesta una cifra de 1 a 3 años como la más prevalente.	La mayoría de los entrevistados planean una estabilidad socioeconómica en un par de años, sin embargo, hay argumento para pensar que esta expectativa está mal valorada se observa que la mayoría propone una subespecialidad o curso de alta especialidad antes de ejercer la profesión y cuando la entrevista es a cirujanos ya formados esta	Actualmente no se puede considerar que por sí mismo el entrenamiento en cirugía general haya participado en una estabilidad socioeconómica una vez iniciado el ejercicio laboral en la experiencia del tesista entre un 30 a 50 % de este logro está en las competencias adquiridas fuera de la especialidad las que contribuyen a la unidad de tiempo en que esto se



		cifra cambia, a por lo menos 5 años.	logra y suele estar por debajo de los 5 años.
Plan Maestro	Dado que la homogeneidad dentro de la formación quirúrgica es una necesidad abalada por todos los encuestados, el logro de esta debe ser un objetivo primordial en el proyecto a plan de respuesta ante la crisis creciente de la Cirugía General como especialidad. No se profundiza en si los cambios deben ser de orden administrativo o académicos o ambos.	Se habla como objetivo común de la homogeneización y se plantean cambios esencialmente académicos como el cumplimiento del programa y la unificación del mismo, sin embargo, surgen posturas interesantes como la idea de etiquetar hospitales de acuerdo a sus fortalezas y realizar rotaciones inteligentes de modo tal que estas se adquieran de un modo equitativo	Barrón et al (2010) habla de una búsqueda de un marco estratégico para integrar los contenidos (módulos), sin duda actualmente en la cirugía general es necesario la homologación como primer paso para una verdadera calidad en la formación quirúrgica, un paso importante dentro de las herramientas administrativas serian poner las herramientas para un desarrollo modular único basado en estrategias realizables y evaluables para todos los hospitales sedes.
Currículo	La mayoría de los encuestados plantean situaciones críticas para el currículo actual de cirugía general. La primera es la reducción de competencias, La segunda, la falta de apoyo tecnológico en los procesos de aprendizaje y la tercera la escasa asequibilidad con competencias de alta especialidad por lo que el	Las propuestas curriculares que con más frecuencia se observaron durante las entrevistas tienen que ver sobre la apertura de la cirugía a las nuevas tecnologías y a una residencia más abierta en lo que respecta a rotaciones fuera del hospital sede. Otras propuestas de interés son las que tienen que ver con el liderazgo y la	Hasta cierto punto la evolución en la estructura curricular ha sido de resultados negativos para la especialidad de cirugía si bien mucho está en relación a la falta de un currículo único y los diversos problemas en la aplicación de este de acuerdo a cada hospital sede. Para continuar con una especialidad fuerte se debe



	<p>fortalecimiento de la cirugía debería al menos marcar estos cambios o reorientaciones curriculares si la apuesta es empoderar a la especialidad.</p>	<p>adherencia a la especialidad y la necesidad de reorientar la estructura presencial a un número máximo de experiencias clínicas y quirúrgicas.</p>	<p>como sugiere González Montero (2015) proponer un modelo nuevo y vanguardista que ataque las áreas de oportunidad del currículo actual, obteniendo un desarrollo enfocado al liderazgo con un soporte resolutivo que se base en la cartera de servicios necesaria para las necesidades de México.</p>
<p>Desarrollo y evaluación de competencias</p>	<p>La correcta aplicación curricular vista a través de la adquisición de competencias y el desarrollo del aprendizaje debe ser reorientada hacia aspectos tecnológicos, de liderazgo y que fomenten la reconstrucción del modelo de atención quirúrgico basado en la cartera de servicios del cirujano general.</p>	<p>La posición general de las entrevistas ante la aplicación del currículo para el desarrollo de las competencias en cirugía y la evaluación es generalmente hacia un reposicionamiento de la cirugía de hace una década, pero con los beneficios tecnológicos de la cirugía actual, de este modo el proceso de aprendizaje con simulación e intercambio de experiencias asistidas por NTIC.</p>	<p>Hay mucho por delante en el desarrollo y evaluación de competencias dentro del fenómeno educativo en la Cirugía General, se aprecia una tendencia general al reposicionamiento de la cirugía como la opción más viable dado las necesidades y potenciales del país, la homologación mediante un esquema de competencias avaladas interinstitucionalmente puede ser la clave para el inicio de esta estrategia.</p>

Conclusiones: las condicionantes del estado actual de la Cirugía General emanan de varios elementos a lo largo de la investigación se ha podido profundizar en los que parecen más relevantes al momento de la investigación así se observa que el entorno académico y sociocultural encuentra una facilitación para el impacto actual de la cirugía,



fragmentando su importancia de acuerdo a grupos socioeconómicos y sobre todo en relación a recursos y densidad poblacional pero con una actividad creciente de las subespecialidades en todos los escenarios. A su vez este protagonismo impacta en una decadencia de la cartera de servicios de la cirugía, lo que establece un ciclo que fomenta menor motivación para el ejercicio de la cirugía como una elección primaria del residente. Actualmente la producción de cirujanos tiende a bajar y los egresados tienden a contar con menores competencias a la vez que suelen tener frustración en los primeros años por no conseguir un desarrollo laboral tal y como lo proyectaron lo que impacta negativamente en las nuevas generaciones que al ver este hecho tienden a tener más elementos para decidir una subespecialidad.

Pese a este escenario, la inmensa mayoría de los individuos que participaron en esta investigación coinciden en la necesidad preponderante de la Cirugía General para el adecuado manejo de la patologías quirúrgicas en un país de con las características y en general se propone facilitar el re-empoderamiento de la especialidad mediante un uso eficiente de la tecnología en el proceso educativo, así como, cambios curriculares y de aplicación de este mismo que permitan un mayor sentido de pertenencia hacia la especialidad y liderazgo en su roll como agente de atención al paciente y finalmente lograr una homogeneización en la calidad de la formación de cirujanos a nivel nacional.

5.4 Conclusiones

La Cirugía General a través de la historia ha desempeñado un papel importante en el mantenimiento de la salud desde la prehistoria, con el surgimiento de la anestesia los antibióticos y el conocimiento del mundo microscópico la cirugía amplía horizontes



convirtiéndose en una columna indiscutible de la medicina moderna. En México la Cirugía formal inicia con el periodo de la conquista española pero su enseñanza es informal en este periodo, solo hasta el México moderno aparecen las residencias médicas y con ello el esfuerzo formal de producir capital humano de calidad para otorgar continuidad en los servicios de esta especialidad.

5.4.1 Respecto a preguntas de investigación

En correspondencia a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las principales debilidades educativas y socioculturales de la propuesta actual en la educación quirúrgica? Se puede concluir que el desgaste del modelo educativo en la formación del residente, la falta de aplicación de manera homogénea y las dificultades que ha presentado para su evolución directa, son las principales áreas de oportunidad observadas. Por lo que toca a factores socioculturales se tiene, que la llegada de la tecnología a la medicina el creciente aumento en la percepción general sobre los conocimientos atomizados, la tendencia a una cultura que privilegia el máximo beneficio con la mínima inversión, han propiciado un choque con la filosofía primaria de la Cirugía General tal y como fue diseñada de origen.

En correspondencia a la pregunta de investigación ¿Cuáles son los beneficios de replantear el currículo en la formación del Cirujano? Se concluye que: estos van de la mano con el entendimiento del fenómeno desde un punto de vista social, académico y laboral. Del primero se puede decir que se reconoce el impacto que la especialidad ha tenido en la población a lo largo de su historia por lo que en la actualidad se reconoce como un frente prioritario dentro del sistema de salud de México y de la mayoría de los países en el mundo aunado a esto la especialidad debe evolucionar a las necesidades



presentes de la población e insertar en sus modelos de manejo al desarrollo tecnológico con el fin de otorgar mejores resultados.

Desde el punto de vista académico se observa que la cirugía general tiene vacíos en cuanto a la calidad en la producción de recursos humanos debido a este entrenamiento en donde la falta de estandarización parece ser la regla, sin embargo, estas áreas de oportunidad pueden optimizarse gracias en la medida que se tenga conocimiento de estas. Por último, desde el punto de vista laboral se tiene que el cirujano recién formado actualmente tiende a desarrollarse en esta especialidad por la imposibilidad de continuar con cursos de especialización, ya sea por factores familiares o de asequibilidad de estos, sin embargo, siendo evidente el marcado bajo potencial del país para formar una plataforma quirúrgica basada en subespecialistas. La salida obvia se encuentra en reorientar los esfuerzos a la Cirugía General de tal manera que exista un empoderamiento explícito que se vea reflejado en el ambiente laboral como paso esencial para el sistema de cambio de paradigma.

¿Qué cambios son realizables basados en la infraestructura actual del sistema de formación de especialistas para que proyecten al cirujano con una base académica homogénea y con un currículo actual acorde a las necesidades de su entorno que faciliten su competencia profesional? Es la última pregunta de investigación y las conclusiones al respecto son: estrategias pueden ser muchas, el presente trabajo por su carácter exploratorio abona más al diagnóstico y a partir de este se antojan alternativas de solución que se basen en el fortalecimiento de la cirugía general pues la plataforma para la formación de estos especialistas es de todas las especialidades quirúrgicas la que



cuenta con más infraestructura humana y física hoy día.

Básicamente los esfuerzos se deben reorientar a la homologación de competencias en las diversas sedes del país y el empoderamiento de la especialidad con el apoyo de las innovaciones tecnológicas eficaces para el proceso educativo y la obtención de mejores resultados. Por último, se debe fomentar un tronco común de competencias y otro de alta especialidad dentro del mismo proyecto de la especialidad para favorecer las ventajas competitivas de los alumnos y la aplicación de estos conocimientos en la totalidad del país mediante un mayor entrenamiento en este tipo de conocimientos.

5.4.2 Respecto a los objetivos

Los objetivos de la investigación fueron alcanzados en su gran mayoría obteniendo las siguientes conclusiones al respecto:

- Objetivo 1: Encontrar las causas de los problemas estructurales de la formación actual del Cirujano General: estos fueron ya enunciados como parte de las conclusiones respecto a las preguntas de investigación y los objetivos específicos que de él se emanaron y forman parte del desarrollo de estas conclusiones las cuales se expresarán más adelante.
- Objetivo 2: Proponer un replanteamiento en la formación del Cirujano General mediante el ajuste de los factores nucleares de debilidad en la formación: se han articulado los elementos para sustentar la necesidad en el cambio o mejoramiento en la forma que hasta la fecha tenemos contemplada la formación de Cirujanos Generales, para eso, la clave está en los acuerdos intersectoriales que coordine la unidad académica (Universidad) y que apliquen de manera adecuada las



instituciones de salud mediante una estructura interinstitucional en donde el eje sea las competencias otorgadas a los alumnos tanto en una plataforma común como en las de alta especialidad removiendo el paradigma del hospital sede al de hospital colaborador.

- **Objetivo 3:** Promover un sistema de evaluación novedoso y acorde con las necesidades procedimentales de un curso de cirugía: se encontró que se requiere un reforzamiento generalizado en la evaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje que actualmente se otorgan, tanto del proceso en sí mismo como de su aprovechamiento final. En este apartado, de acuerdo con los participantes es donde la brecha tecnológica se vuelve más evidente y por lo tanto se habla de un área de oportunidad a este respecto. De acuerdo con lo encontrado en la investigación sería adecuado un foro regional y otro nacional donde se contrasten las estrategias de enseñanza y sus resultados, mismos que tengan el carácter para recomendar los modelos más exitosos a fin de favorecer las mejores prácticas e ir estandarizando las herramientas que ofrezcan mejores resultados.

5.4.3 Respetto a los supuestos teóricos

Con base en los supuestos teóricos planteados se puede decir que hoy en día el modelo de formación y posterior desarrollo laboral de Cirujano General se encuentra desgastado por varios factores y el motivo principal de este trabajo fue analizar este fenómeno, sacar esos factores a la luz y ofrecer alternativas emergentes acorde a los resultados. Se planeó un estudio exploratorio dado lo poco abordado que ha sido el fenómeno hasta el momento de la construcción del marco teórico, bajo un diseño



cualitativo se pudo profundizar en el fenómeno y aumentar el grado de participación por el propio tesista.

La propuesta educativa para la Cirugía General se encuentra con factores que contribuyen a su desgaste directo o indirecto, se encontró que no existe un programa único para todas las sedes que forman cirujanos generales, ya que este está sujeto a la universidad que otorga la validación, otra problemática sustancial es la aplicación correcta del marco curricular ya que si bien cada hospital sede está avalado por alguna Universidad, los procesos de verificación de ésta hacia el hospital son aplicados de manera deficiente o no están presentes incluso por lo que el problema básico es que al no tener retroalimentación en este sentido el proceso educativo y las metas del mismo tienden a variar en manos de hospitales muy diferentes entre sí en cuanto a su misión, visión e infraestructura y por ende necesidades, población objetivo y cartera de servicios.

Sumado a este hecho existe la gran mayoría de profesores con los que comparten su formación y apreciado por los entrevistados en más del 90% son cirujanos generales adscritos a estos hospitales que haciendo las veces de profesores de apoyo no cuentan con ninguna formación pedagógica y en general son los que comparten cerca del 80% del proceso educativo con los residentes. La consecuencia de este par de situaciones es la obtención de profesionales con un espectro de habilidades y competencias quirúrgicas muy desiguales que no favorecen a la certeza operacional al momento de su inserción laboral y genera una problemática importante y huecos difusos que tienden a cubrirse de manera informal.

Además de los factores internos como los ya observados se tienen factores externos que han abonado al desgaste de la Cirugía General al día de hoy. Aquí se



encuentra la cada vez más aceptada atomización en la medicina que en cirugía se ve expresada como el empoderamiento de la subespecialidades y surgimiento de los cursos de alta especialidad las primeras si bien han acompañado a la cirugía caso desde la formalización de las residencias medicas allá por inicio del siglo XX se han formalizado y actualmente presentan una supuesta ventaja al tener una mayor adherencia a la evolución tecnológica que acompaña a la medicina de un tiempo a la fecha. En relación con este factor, se ha permeado una condición de favorecimiento para sobrevalorar este modelo académico en la profesionalización quirúrgica de tal modo que actualmente el entorno académico tiende a formar a los residentes mediante un marco de valores en donde el mayor uso de tecnología en conjunto con un área más fraccionada de conocimiento es sinónimo de éxito laboral y de competencia académica en lo general.

Por su parte los cursos de alta especialidad son una relativa novedad académica surgida en hospitales de alta especialidad que han impactado especialmente a la Cirugía General pues es esta especialidad la que más los ha desarrollado, estos cursos no cuentan con categoría académica de subespecialidad, es decir, no generan cedula profesional, sin embargo, se ha hecho una plataforma confusa en donde algunos de ellos cuentan con sociedad médica propia y otros incluso certificación por su propio consejo. Esta fragmentación desigual y muy poco asequible (en suma, potencial para entrenar solo al 10% de los cirujanos actualmente en formación) no parece obedecer a un diagnóstico de necesidades del país, sino más bien, a la marea postmodernista que al respecto es observada en otros países como una realidad económica y cultural diferente en donde la Cirugía General como tal ha desaparecido para favorecer la formación de profesionales quirúrgicos adiestrados en segmentos de esta.



Ambos modelos profesionales anteriormente descritos han facilitado la crisis en Cirugía General desde dos aristas, primero cada una de ellas por su propia naturaleza han ido disminuyendo la cartera de servicios del cirujano general a tal punto que actualmente no existe un segmento del conocimiento en donde no se comparta dominio por parte del Cirujano General y su contraparte formada en subespecialidad o en curso de alta especialidad. Por otra parte, la demanda del cirujano general disminuye y en conjunto con lo anterior se crea un ambiente que favorece al adelgazamiento de las generaciones de egresados en Cirugía General y que fomenta un esfuerzo cada vez menor por adquirir las competencias mínimas al momento de su entrenamiento por cirugía pues la mayor parte de ellos tiene su meta subespecialidad deseada.

La problemática y sus factores están expuestos, sin embargo, dentro de la misma investigación se sugirieron pensamientos en dos escenarios, uno, el replanteamiento de la Cirugía General como una especialidad enlace entre la medicina no especializada y la subespecialidad sin un valor operativo preponderante y más bien reservado a situaciones particulares esto como evolución sería la evolución más posible si la dinámica del fenómeno continua con las particularidades hasta el momento expuestas.

Por otra parte, existe la propuesta de un reposicionamiento de la Cirugía General con base en la adquisición de valor mediante el empoderamiento de la formación quirúrgica frente a subespecialidades y cursos de alta especialidad y la corrección de los principales yerros anteriormente analizados que fomentan una calidad dudosa y sumamente heterogénea en los egresados actuales del entrenamiento en la especialidad. Así se tienen como datos recabados en la investigación que apoyan el primer escenario un 70% de encuestados que dicen estar total o mayormente de acuerdo con la realidad de que la



Cirugía General se debilita, por parte de las entrevistas al menos una tercera parte de los residentes mostró abiertamente que en su opinión la cirugía como se conoce está condenada a desaparecer, pues los tiempos actuales favorecen más a estados de mayor especialización dentro de la cirugía.

Por otra parte, dicho sea de paso, la mayoría de los individuos (sobre todo los que están en formación) dijeron desconocer una crisis en la especialidad y un desconocimiento de la problemática aquí desarrollada más que nada por nunca haber visto la cirugía como un modelo derivado de la necesidad de un país. Por otra parte, la mayoría de los participantes establecen una necesidad de la Cirugía General en el presente y en el futuro del país y apuestan al renacimiento de la especialidad mediante un viraje en la tendencia actual y un reposicionamiento de la especialidad. Como principales aportaciones de cambio están, una remodelación del paradigma en cuanto a Hospitales sede para realizar rotaciones de acuerdo con las fortalezas de cada uno de ellos de tal forma que mediante este método se consiga una homologación en cuanto a la calidad de la adquisición de competencias. Un programa abierto de rotaciones que permita al residente contener una cartera de servicios básica y común a todos sus colegas y ventajas competitivas en virtud de su elección en lo referente a cirugía de alta especialidad.

Con respecto a las aportaciones del marco curricular se plantea la homologación de un programa a nivel nacional supervisado por órganos colegiados que actualmente se encuentran ya activos como el consejo nacional de especialidades, una plataforma que permita mediante el apoyo de las nuevas tecnologías de la información establecer instrumentos para verificar el correcto operar de la implementación del currículo a lo largo



del país. Se manifiestan por desvincular subespecialidades que no comparten en el ejercicio de la profesión una evocación directa con la Cirugía General tales como Neurocirugía o Cirugía Plástica permitiendo de este modo favorecer el ingreso de residentes que prefieren terminar la especialidad antes que derivarse y evitando frustraciones innecesarias en cualquier sentido. Por último, favorecer la readquisición de competencias perdidas en el tiempo mediante un cambio en la visión de la especialidad que proyecte un deseo por otorgar los conocimientos teórico prácticos requeridos para resolver la mayoría de los problemas quirúrgicos que demanda su población acorde a un diagnóstico situacional competente.

5.4.4 Debilidades y fortalezas de la investigación

Durante la presente investigación se concluye que, la parte más valiosa se da por elementos como: haber expuesto el tema de la problemática en la educación quirúrgica en la mesa desde todas sus facetas como no se ha realizado antes en el país. La incorporación del paradigma cualitativo puro que permite una mayor profundidad del fenómeno, las fuentes de análisis de los protagonistas del fenómeno que permiten interpretar de primera mano la magnitud del problema. En concreto, mediante la investigación se da a conocer una problemática de desgaste en la cirugía general y se analizan las relaciones entre sus principales categorías.

Con respecto a lo que queda difuso (debilidades) del estudio, se encuentra en relación con los alcances emergentes expuestos por los objetos de la investigación en donde se fueron descubriendo patrones de interés no predeterminados en el diseño y que hicieron una mayor carga hacia el diagnóstico del problema hacia la solución práctica del mismo no pudiendo responder del todo al tercer supuesto teórico de la investigación.



Dado lo anterior el reto de la continuación en el estudio de este fenómeno es la ampliación y profundidad en las mejores soluciones, por ejemplo, mediante un proyecto de investigación-acción.

5.4.5 Conclusión general

Para finalizar el tesista celebra la oportunidad que este estudio dio para analizar un fenómeno altamente apasionante como es la formación quirúrgica en México, misma que ha pasado por tantas coyunturas en el pasado y tantos beneficios netos le ha traído al país. La Cirugía General requiere modernización y un replanteamiento activo, pero no debe ceder su lugar a subespecialidades y cursos de alta especialidad ya que sencillamente estos obedecen una cartera de servicios depurada con más profundidad y tecnología en muchas ocasiones pero que irremediamente fue tomada de la Cirugía General la cual por su parte obedece su historia y su cartera de servicios a las necesidades de su población blanco: el pueblo de México. Mientras la atomización en la medicina no pueda asegurar una equidad en la atención, tanto al paciente de grandes ciudades como de pequeñas poblaciones y las diferentes clases socioeconómicas, se tendrá en la Cirugía General la herramienta que con resultados comprobados siga dando cuenta de la reinstalación de la salud del paciente con problemas de índole quirúrgico.

Es necesario llevar a cabo mayores investigaciones con respecto al fenómeno en cuestión, una vez fundamentado y expuesto el problema se requiere poner en marcha acciones o argumentar teorías que contrasten con los presentes comentarios para que partiendo de una base sólida se realicen propuestas y acciones encaminadas a tener una planeación que evite el colapso o fragmentación de un sistema de formación de



especialistas que pareciera no tener en este momento un rumbo fijo sin observar las potenciales consecuencias.



Referencias

Acton (2015). The Evolving Role Of Simulation in Teaching Surgery in Undergraduate Medical Education. *Surgical Clinical of North *America*. Vol 95 pp739-750.

Angulo Rasco, J. (1994). *A que llamamos Curriculum?* Málaga, España: Coordinadas.

Archundia, A. (2014). *Cirugia 1 Educación quirúrgica. Quinta edicaión*. México: Mac Graw Hill Cd México.

Barrón Tirado C. Chehaybar y Kuri E. Moran Oviedo P. (2010) Curriculum, formación y vinculación en la educación superior: tres ejes de investigación educativa. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 11 No 2

Batthyány K. Cabrera M. (2011) *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales*. Universidad de la republica. Uruguay.

Beierle S. (2018) *Evaluating and Exploring Variations in Surgical Resident Emotional Intelligence and Burnout*. University of Tennessee USA.

Bell, R. H., Jr., Banker, M. B., Rhodes, R. S., Biester, T. W., & Lewis, F. R. (2007). Graduate medical education in surgery in the United States. *Surg. Clin. North. Am. EUA.*, 87(4), 811–823, v–vi. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.06.005>



Benavides, M., & Gómez, C. (2005). Métodos en Investigación Cualitativa: Triangulación.

[Bogotá Colombia.]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV, ...

Carrie H. (2018) The Health Professions Education Pathway: Preparing Students, Residents, and Fellows to Become Future Educators. doi:10.1080/10401334.2016.1230500.

Cervantes J. (2016) La Preocupante Anarquía en la Práctica de la Cirugía General en México.

Revista Cirujano General Vol 38 No2 Ciudad de México.

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61–71.

Corsini E. (2019) Surgical education research: How to move beyond the survey. MD Anderson Cancer Center, Texas EUA.

Cruz, M. (1991). *Libelus de medicina libus indorum herbis*. D.F., Mexico: IMSS.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2000). Handbook of qualitative research (2nd ed.). USA.

Diaz K. (2019) Hospital General de León. La nueva era de la salud. La silla rota Guanajuato.

Recuperado de <https://guanajuato.lasillarota.com/estados/hospital-general-de-leon-la-nueva-era-de-la-salud-leon-guanajuato-20-de-enero-instalaciones/305296>



DOF. (2007) Ley federal de salud. Recuperada de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

DOF. (2012) Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013

DOF. (2016) Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperada de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>

Dudrick (2011) Evolución de la educación quirúrgica del siglo XX al XXI. Cirugía y Cirujanos, Vol 79 pp: 16-35

Fernández-Cantón. (2005). El IMSS en cifras, Las intervenciones quirúrgicas. Revista Médica del IMSS, 43(6), 511–520.

Firth A (2010) Etnometodología. Discurso y sociedad. Vol.4. (3). pp: 597-614.

Flores T. (1982) Historia de la Medicina en Mexico. IMSS. Mexico. .

Flores, P. (23 de enero 2019) Impulsan el turismo medico en Guanajuato. Milenio. Recuperado de <https://www.milenio.com/politica/comunidad/impulsan-el-turismo-medico-en-guanajuato>



Flores, P. (23 de enero 2019) Impulsan el turismo medico en Guanajuato. Milenio. Recuperado de <https://www.milenio.com/politica/comunidad/impulsan-el-turismo-medico-en-guanajuato>

Fuentes S. (2015) Liderazgo y experiencia Medica. Recuperado de <https://es.calameo.com/read/004454169b254d819c9dc>

García M. Ibarra L. (2012) Diagnóstico de Clima Organizacional del Departamento de Educación de la Universidad de Guanajuato. Descargado de: http://www.eumed.net/libros-gratis/2012a/1158/antecedentes_universidad_guanajato.html

García Nuñez et al. (2019) Educación quirúrgica: el proceso multicanal de enseñanza-aprendizaje y la adquisición de competencias. Naucalpan, Estado de México.

González Montero M. Lara Gallardo P. González Martínez J. (2015) Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. Rev. Esp. Méd. Qx. Volumen 20, Núm. 2.

González Ugalde C. (2014) Investigación fenomenográfica. Revista internacional de investigación en educación. Bogotá Colombia.. Volumen 7 No.14.

Graue (2011) Enseñanza de la cirugía en la UNAM y algunos conceptos educativos. Cirugía y Cirujanos. Vol 79 pp:66-76.

Greenberg C.(2015) Surgical Coaching for Individual Performance Improvement. DOI: 10.1097/SLA.0000000000000776



Guardián, A. (2007). El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socioeducativa. San José de Costa Rica. Colección IDER.

Guzmán A. Alvarado J. (2009) Fases y operaciones metodológicas en la Investigación Educativa

Hepp J. Csendes A. Ibáñez F et al. (2008) Programa de la Especialidad Cirugía General Definiciones y Propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile. General surgery speciality program. Rec Chilena de Cirugía. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v60n1/art17.pdf> <https://doi.org/10.4067/S0718-40262008000100017>.

Hernández S. Fernández C. Baptista M. (2014) Metodología de la investigación. 6ta ed. McGraw-Hill. México.

Hernández-Centeno, J., & Carrasco-Rojas, J. (2006). Percepción del campo de trabajo del residente en cirugía general al terminar la especialidad: ¿Suficiente o insuficiente? *Cirujano General*, 28(1), 37–41.

Hernández-Centeno J. Carrasco-Rojas J. Tapia-Jurado J. et al. (2010) El futuro del cirujano general. *Cirujano General* Vol. 32 Núm. 2 pp: 106-108.



Hernandez-Sampieri R. Fernandez C. Baptista M. Metodología de la investigación. (2010) Mc Graw Hill 5 ed. México.

HRAEB(2019) Plan de trabajo. Recuperado de http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/boletin/2019/HRAEB.-_Programa_Anuar_de_Trabajo_xPATx_2019.pdf

Huchim D. Reyes R. (2013) La investigación Biográfico Narrativa una alternativa para el estudio de los docentes. Actualidades investigas en educación. San José Costa Rica. Vol 13; No.3: pp:1-27.

IMSS (1999) Programa Académico por Competencias Profesionales del Curso de Especialización en Cirugia General. Coordinación de Educ. Medica. México D.F.

IMSS (2017) Los Rostros del IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Descargado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/75aniv/IMSS75-book.pdf>

INAFED (s.f.) Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México –Estado de Guanajuato- Descargado de: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM11guanajuato/municipios/11020a.html>

Jules L. (2019) Teaching, Mentorship, and Coaching in Surgical Education. University of Michigan USA.



Klingensmith M. (2015) Early Results from the Flexibility in Surgical Training Research Consortium: Resident and Program Director Attitudes Toward Flexible Rotations in Senior Residency. Washington USA.

Majno G. (1992) The Healing Hand. Harvart University Press. Boston EUA.

María de Allende C. (2001) El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Medicas. Recuperado de <https://es.slideshare.net/Casosenarm/historia-del-enarm>

Marsiske, R. (2006) La universidad de México: Historia y Desarrollo. Revista Historia de la Educación Latinoamericana [en línea] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86900802>> ISSN 0122-7238

Martínez J. (2004) Estrategias Metodológicas y Técnicas para la Investigación Social. Recuperado 08/06/12. Universidad Mesoamericana. <http://www.geiuma-oax.net/sam/estrategiasmetytecnicas.pdf>.

Matías A. Hernández A. (2014) Positivismo, dialéctica materista y fenomenología: Tres enfoques filosoficos del metodo científico y la investigación educativa. Actualidades investigativas en educación. San José Costa Rica. Volumen 14 No. 3. Pp: 1-20.

Mextudia (2019) Recuperado de <https://mextudia.com/en-tu-ciudad/universidades-en-leon/>



Miguelena Bobadilla, J. M., Landa García, J. I., Jover Navalón, J. M., Docobo Durantez, F., Morales García, D., Serra Aracil, X., & Lobo Martínez, E. (2008). Formación en cirugía general y del aparato digestivo: Nuevo programa, mismos retos. *Cirugía Española*, 84(2), 67–70. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(08\)72136-5](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(08)72136-5).

Monje A. (2011) Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa –guía didáctica- Universidad Surcolombiana.

Montalvo E. Mendoza G. Valderrama A. et al. (2016) Importancia de la Maestría y Doctorado en Cirugía General

Morales Islas, M. I. (s/f). Unidad III. Diseño de la Investigación. Planteamiento del Problema de Investigación. Recuperado de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Maestria/MTE/seminario_de_inv/UNIDAD%203-1/Planteamiento%20del%20problema%20de%20investigacion.pdf.

Morella A. Calles J. Moreno de Tovar L. (2006) La Hermeneutica, una actividad interpretativa. *Revista universitaria de investigación. Caracas Venezuela. Vol 7 Nom 2. Pp: 171-181.*

Moreno P (2002) La Medicina Griega. recuperado de [https://www.sochiorl.cl/uploads/18\(2\).pdf](https://www.sochiorl.cl/uploads/18(2).pdf).

Narro-Robles, José. (2004). III. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gaceta médica de México*, 140(1), 52-55. Recuperado en 01



de octubre de 2018,

de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009&lng=es&tIng=es

Navarro C. (2010) Llegar a ser. Monografía del municipio de León. Recuperado de <http://cultura.guanajuato.gob.mx/wp-content/uploads/2017/06/Leon.pdf>

Landmann A. (2017) Keeping Residents in the Dark: Do Night-Float Rotations Provide a Valuable Educational Experience? University of Oklahoma USA.

Lindeman B (2015). Graduating Students' and Surgery Program Directors' Views of the Association of American Medical Colleges Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency: Where are the Gaps? Baltimore USA.

O'Malley C. Saunders J. (1982) Leonardo Da Vinci on the human body. Crown Publishers. New York, EUA.

Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2010) Entrevistas a Profundidad, Guías y Pautas para su Desarrollo. Descargado de: http://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/pdfs/ibertic_guia_entrevistas.pdf

Páramo D. (2015) La teoría fundamentada (Grounded Theory) metodología cualitativa de investigación científica. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>



Paré A. Boussel P. (1964) Livre Club du Libraire. Paris Francia.

Peralta C. (2009) Etnografía y metodos etnográficos. Análisis, revista colombiana de Humanidades. Universidad Santo Tomas Bogotá Colombia. No. 74 pp: 32-52.

Porras, J. (2016). Enseñanza y Aprendizaje de la Cirugía. Inv. Ed. Med. Cd Mexico, 5(20), 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.008>

Potts J. (2017) Shifting Sands of Surgical Education. American College of Surgeons, Chicago USA.

Prieto-Miranda S. Rodríguez-Gallardo G. Jiménez-Bernardino C. et al. (2013) Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2013;51(5):574 9.

Quijano Pitman F. (1999) Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. Gac. Med. Mex. Vol 135 No1. Pp. 73-76.

Martínez Dubois S. (2009) Historia de la Cirugía. Recuperado de [martinez_cirugia_4e_cap_muestra_01.pdf](#).



Rhodes R. (2004) Defining general surgery and the core curriculum. Elseiver. Surg. Clin. N Am. 1605-1619

Rivera, H. (2007). Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México. Rev. Med. HGM. Vol 70. Núm., 1, 43–46.

Robles B. (2011) La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco. Num. 52 Cd Mx.

Rodrigues Bresque, Hoffmann Moreira y Mackedanz Flores. (2011) Como investigar cualitativamente. Entrevista y Cuestionario. Rev. Contribuciones a las Ciencias Sociales, Sao Paulo Brazil

Royal Australasian College of Surgeons. (2020) Surgical Competence and Performance. East Melbourne Australia.

Álvarez, R. S., Rodríguez, J. L., & Alonso, A. C. (2012). Enseñanza de la Cirugía: Nuevos tiempos, nuevos métodos. Cirugia Espanola, 90(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.05.010>

Salazar I. Heredia Y. (2018) Estrategias de aprendizaje y desempeño académico en los estudiantes de Medicina. Educación Médica. España. Vol. 20 (4). pp. 256-262.

Sanz T. (2004) El Currículo su Conceptualización. Revista Pedagogía Universitaria. Habana, Cuba.



SAPAL. (2009) El Agua en León. Gobierno del estado de Guanajuato. León Gto.

Schara J. (2006) La Universidad Clásica Medieval, Origen de la Universidad Latinoamericana. Reencuentro. Ciudad de México.

Secretaria de educación pública. (2019) Ley federal de educación. Recuperada de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lge/LGE_orig_30sep19.pdf

Secretaria de Salud (2019) Recuperado de <https://salud.guanajuato.gob.mx/Directorio-Unidades-Medicas.php>

Secretaria del trabajo y previsión social (2012) Ley federal del Trabajo. Recuperada de http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/junta_federal/secciones/consultas/ley_federal.html

Semolinos G. (1980) Historia de la Medicina. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. México D.F.

Stephen D. Bruns et al. (2014) The Subspecialization of Surgery: A Paradigm Shift DOI 10.1007/s11605-014-2514-4

Taba H. (1962) Elaboración del Currículo. Editorial Troquel, Buenos Aires Argentina.



UNAM (2009) Programa Único de Especialidades Médicas en cirugía General. Unidad de postgrado, Mexico DF.

Valencia J. (2019) Análisis de los cursos de postgrado de alta especialidad en medicina en México, respecto al contexto internacional UNAM, Ciudad de México

Valezmore C., Vázquez J., Fernández L., Guevara A., Alata J., & Salas W. (2011) Paradigmas cuantitativo y cualitativo y metodología de la investigación. Recuperado junio 14, 2016, proyecto Perú: <http://peru.tamu.edu/Portals/18/Modules/Paradigmas.pdf>

Wassermann S. (1994) El estudio de casos como método de enseñanza. recuperado de http://terras.edu.ar/biblioteca/3/3EEDU_Waserman_1_Unidad_2.pdf

Zamudio, S. 2012. "Diversidad de ecosistemas del Estado de Guanajuato" en La Biodiversidad en Guanajuato: Estudio de Estado vol. II. México. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (Conabio)/Instituto de Ecología del Estado de Guanajuato (iee), pp. 21-55.



ANEXO 1 Validación del Instrumento (encuesta)

A continuación, se muestra el instrumento tal como fue enviado con cada uno de los expertos via correo electrónico para presentar posteriormente una tabla con la rubrica otorgada para la validación del instrumento pregunta por pregunta asi como los comentarios de los expertos respecto a ellas, para finalizar se expone el instrumento tal y como quedo posterior a las modificaciones hechas por los expertos.

1.- Brevemente, ¿qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuento a sus fortalezas y debilidades?

R- Respuesta abierta.

2.- ¿Crees que la cirugía general como especialidad ha pasado por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

R- Si o No

3.- ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema durante la residencia?

-Practica quirúrgica.

-Conocimiento teórico.

-Desigualdad de oportunidades.

-La falta de desarrollo de habilidades especiales o de alta especialidad.

-El valor otorgado del cirujano general ante la comunidad al margen de subespecialidades y cursos de alta especialidad.

4.- ¿Por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento?

-Falta de estimulo

-Diferencias socioculturales

-Falta de practica

-Falta de conocimientos por mala aplicación de los programas

-Todas las anteriores

5.- ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?

-Absolutamente.

-La mayor parte de las veces.

-Algunas veces.

-La menor parte de las veces.

-Nunca.

6.- ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general?

R- Texto corto

7.- ¿Piensa usted que dentro de su área de especialidad el cursar con una subespecialidad o curso de alta especialidad es imprescindible para su ejercicio profesional?

-Si

-No



8.- ¿Actualmente se encuentra cursando una residencia, curso de alta especialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía general?

- Curso de residencia troncal.
- Curso de residencia de subespecialidad.
- Curso de alta especialidad.
- Ejercicio de la cirugía general.

9.- ¿Cuáles fueron las principales causas por las que decidió realizar la residencia en cirugía general?

- Respuesta en texto corto.

10.- ¿Cuál es o sería –según el caso- la causa por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?

- Respuesta en texto corto.

11.-Bajo tu perspectiva sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valoren la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad

- Texto corto

12.- ¿Para ti hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección?

- Un requisito.
- Una elección.

13.- ¿Qué opinas de la homogenización en las competencias dentro del entrenamiento en cirugía general?

- Respuesta en Texto corto

14.- Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación al desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista y por qué.

R- Texto tan extenso como lo considere necesario.

15.-En tu opinión personal, la cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse.

- Si
- No

Rubrica para la validación del instrumento mediante el Índice de contenido de Lawshe

1.- Brevemente, ¿qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades?

R- Respuesta en texto corto.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									



Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 3. Experiencia Laboral del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.										
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: En este tipo de preguntas se puede medir a cabalidad pertinencia hasta que la respuesta está dada y es ponderada con el objetivo de la misma.										

2.- ¿Crees que la cirugía general como especialidad actualmente atraviesa por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

R- Si o No

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones:										
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No



Observaciones: Coincide con la categoría de Análisis 2. Programa de Formación del Cirujano.
Pertinente con el Objetivo Específico 2 y con el Objetivo General.

Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: Originalmente estaba redactada de una manera confusa sobre todo en temporalidad la versión corregida da entender mejor la idea.										

3.- ¿Cuál de las siguientes áreas consideras que es el mayor problema en tu formación de residente con respecto a tu práctica profesional?

- Práctica quirúrgica.
- Conocimiento teórico.
- Desigualdad de oportunidades.
- La falta de desarrollo de habilidades especiales o de alta especialidad.
- El valor otorgado del cirujano general ante la comunidad al margen de subespecialidades y cursos de alta especialidad.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones:										
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: Coincide con la categoría de Análisis 2. Programa de Formación del Cirujano.										



	Pertinente con el Objetivo Específico 2 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: Solo se recomendo ser mas específico.										

4.-Describe brevemente ¿Por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento?

R- Respuesta en texto corto.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones:										
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 3. Experiencia Laboral del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.										
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No



Observaciones:									

5.- ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?

- Absolutamente.
- La mayor parte de las veces.
- Algunas veces.
- La menor parte de las veces.
- Nunca.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Observaciones:										
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.										
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Observaciones: Desde mi punto de vista la pregunta esta fuera de lugar dado que es indiscutible la necesidad del cirujano en la medicina actual (si bien mi opinión puede ser sezgada por pertenecer a otra cultura)										



6.- ¿Qué tan pronto has tenido o proyectas tener un ingreso estable como cirujano general?

- Menos de 1 año.
- De 1 a 3 años.
- De 3 a 5 años.
- De 5 a 8 años.
- Más de 8 años.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: En este tipo de preguntas conviene categorizar la posible respuesta.									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									

7.- ¿Qué tanto consideras relevante para el ejercicio de tu profesión el cursar una especialidad o curso de alta especialidad?

- Muy relevante.
- Relevante.
- Neutro.



- Poco relevante.
- Nada relevante.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	No	SI	No	SI	NO	SI	NO	SI	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	No	SI	No	SI	NO	SI	NO	SI	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 3. Experiencia Laboral del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	SI	No	SI	No	SI	NO	SI	NO	SI	No
	Observaciones: La pregunta es de inicio confusa conviene una propuesta mas clara y directa al momento de su formulación.									

8.- ¿Actualmente te encuentras cursando una residencia, curso de alta especialidad o tu actividad primaria es el ejercicio de la cirugía general?

- Curso de residencia troncal.
- Curso de residencia de subespecialidad.
- Curso de alta especialidad.
- Ejercicio de la cirugía general.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:



Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									

9.- Describe brevemente las dos principales razones por las cuales decidiste el entrenamiento en cirugía general dentro de tu formación como especialista:

-Respuesta en texto corto.

Criteria para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No



	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: : Coincide con la categoría de análisis 2. Programa de Formación del Cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 2 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									

10.- ¿Cuál es o sería –según el caso- la razón principal por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como tu principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?

-Respuesta en texto corto.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No



	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 3. Experiencia Laboral del cirujano.									
	Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									

11.-Bajo tu perspectiva ¿sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valorar la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad?

-Si.

-No.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano.									
	Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									



Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Siento que es posible una inducción a la respuesta, sin embargo, esto puede ser hacia ambas posiciones dependiendo del contexto.									

12.- ¿Para ti hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección?

-Un requisito.

-Una elección.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No



	Observaciones:
--	----------------

13.- ¿Qué tan importante consideras a la homogenización de competencias con las que el cirujano debería salir de su entrenamiento de especialidad?

- Muy Importante
- Algo importante
- Importante
- Poco importante
- Sin importancia

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: se aprovecha más la pregunta si es posible una categorización en las respuesta (escala de Likert por ejemplo), Se debe ser lo más claro posible en la redacción.									
Experto 2	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 2. Programa de Formación del Cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 2 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.		
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									



14.- ¿Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación con el desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista?

R- Texto tan extenso como se considere necesario.

Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									
Experto 2	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 1. Entorno del cirujano. Pertinente con el Objetivo Específico 1, con el objetivo específico 2 y con el Objetivo General.									
Experto 3	Pertinencia.		Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si	No
	Observaciones:									

15.-En tu opinión personal, ¿la cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse?

-Absolutamente de acuerdo.

-Algo de acuerdo.

-Ni de acuerdo ni desacuerdo.

-Absolutamente en desacuerdo.



Criterios para la validez del contenido de la pregunta:

Experto 1	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si No
	Observaciones:								
Experto 2	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si No
	Observaciones: Coincide con la categoría de análisis 2. Programa de Formación del Cirujano Pertinente con el Objetivo Específico 1, con el objetivo específico 2 y con el Objetivo General								
Experto 3	Pertinencia.	Inducción a la respuesta.		Validación de constructo		Validación de contenido		Mide lo que pretende.	
	Si	No	Si	No	SI	NO	SI	NO	Si No
	Observaciones:								

Instrumento Versión Final

1.- Brevemente, ¿qué piensas del ejercicio de la cirugía general actual en cuanto a sus fortalezas y debilidades?

R- Respuesta en texto corto.

2.- ¿Crees que la cirugía general como especialidad actualmente atraviesa por una problemática capaz de ponerla en riesgo como especialidad?

R- Si o No

3.- ¿Cuál de las siguientes consideras que es el mayor problema en tu formación de residente con respecto a tu práctica profesional?



- Practica quirúrgica.
- Conocimiento teórico.
- Desigualdad de oportunidades.
- La falta de desarrollo de habilidades especiales o de alta especialidad.
- El valor otorgado del cirujano general ante la comunidad al margen de subespecialidades y cursos de alta especialidad.
- 4.- Describe brevemente ¿Por qué de acuerdo con revistas médicas especializadas el cirujano general tiene serias deficiencias una vez concluido su entrenamiento?
R- Respuesta en texto corto.
- 5.- ¿Crees en la necesidad del cirujano general para la población mexicana?
 - Absolutamente.
 - La mayor parte de las veces.
 - Algunas veces.
 - La menor parte de las veces.
 - Nunca.
- 6.- ¿Qué tan pronto ha tenido o proyecta tener un ingreso estable como cirujano general?
 - Menos de 1 año.
 - De 1 a 3 años.
 - De 3 a 5 años.
 - De 5 a 8 años.
 - Más de 8 años.
- 7.- ¿Qué tanto considera relevante para el ejercicio de su profesión el cursar una especialidad o curso de alta especialidad?
 - Muy relevante.
 - Relevante.
 - Neutro.
 - Poco relevante.
 - Nada relevante.
- 8.- ¿Actualmente se encuentra cursando una residencia, curso de alta especialidad o su actividad primaria es el ejercicio de la cirugía general?
 - Curso de residencia troncal.
 - Curso de residencia de subespecialidad.
 - Curso de alta especialidad.
 - Ejercicio de la cirugía general.
- 9.- Describa brevemente las dos principales razones por las cuales decidió el entrenamiento en cirugía general dentro de su formación como especialista:
 - Respuesta en texto corto.
- 10.- ¿Cuál es o sería –según el caso- la razón principal por la que el ejercicio de la cirugía general estaría como su principal herramienta en el mercado laboral vs una subespecialidad o un curso de alta especialidad?
 - Respuesta en texto corto.
- 11.-Bajo tu perspectiva sería aconsejable para las nuevas generaciones de cirujanos valorar la realización de una subespecialidad en lugar de ejercer la cirugía general a cabalidad
 - Si.
 - No.
- 12.- ¿Para ti hacer el curso de cirugía es más un requisito o una elección?
 - Un requisito.
 - Una elección.



13.- ¿Qué tan importante consideras a la homogenización de competencias con las que el cirujano debería salir de su entrenamiento de especialidad?

-Muy Importante

-Algo importante

-Importante

-Poco importante

-Sin importancia

14.- Crees que el florecimiento actual de las subespecialidades y los cursos de alta especialidad, se encuentran determinados por las necesidades endémicas del país, están en relación al desarrollo de la medicina o proceden de un modelo de supervivencia capitalista.

R- Texto tan extenso como lo considere necesario.

15.-En tu opinión personal, la cirugía general frente a la formación quirúrgica actual tiende a debilitarse.

-Absolutamente de acuerdo.

-Algo de acuerdo.

-Ni de acuerdo ni de desacuerdo.

-Absolutamente en desacuerdo.

Experto 1	Experto 2	Experto 3
Dr. Gregorio Daniel Ramirez Beltrán	Dra. Mónica de los Dolores Barba Morales	Dr. Jiri Siykora
Doctor en Educación por la Universidad Interamericana	Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad Cuauhtémoc	Doctor en Educación por la Universidad Gregoriana de Roma Italia
Correo electrónico: danielrmzb@hotmail.com	Correo electrónico: monidolb@yahoo.com.mx	Correo electrónico: Jiri.sykora@iberoleon.mx