



UNIVERSIDAD
DE CHILE

Facultad de Medicina

Depto. Ed. en Cs. de la Salud

Programa Magíster en Educación en Ciencias de la Salud

Tesis

“Visión sobre sus prácticas educacionales de los docentes responsables de la formación de cirujanos generales frente a cambios recientes en contexto nacional.”

Tesista: Eugenio Grasset E.

Directora Tesis: Prof. Ilse López R.

Agosto 2018

Agradecimientos.

 Mi gratitud a todo el cuerpo académico del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile. Particularmente agradecer a la Prof. Ilse López por su guía durante todo mi proceso de tesis y a la Dra. Christel Hanne por acompañarme desde el pregrado en mi formación como profesional. Agradecer al Departamento de Cirugía Oriente de la Universidad de Chile por el apoyo durante mi residencia y luego como docente para completar esta tesis, particularmente al Dr. Marcos Bustamante así como mis compañeros; Roberto Olguín, Enrique Águila y Diego Quispe. Finalmente agradecer a mi mujer, Melissa, por ser mi compañera en todo este proceso, siempre presente, siempre impulsora.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Marco teórico.....	8
Marco metodológico.....	18
Resultados.....	23
1. Cambios curriculares y pedagógicos.....	27
1.1 Cambios en el perfil de competencias.....	28
1.2 Judicialización de la medicina.....	38
1.3 Cambios docentes.....	41
2. Modelo de atención para el que se forman los cirujanos generales.....	51
3. Relación con el programa nacional de formación y retención de especialistas..	56
4. Práctica docente de los entrevistados desde la propia perspectiva.....	62
Discusión.....	66
Conclusiones.....	69
Proyecciones.....	70
Bibliografía.....	71
Anexo 1.....	75

Resumen

La formación de médicos especialistas en cirugía general en Chile ha sufrido modificaciones sustanciales en las últimas décadas. Estos cambios han afectado a toda la población de médicos en formación y existen pocos registros que nos permitan caracterizar cómo es el sistema que actualmente reúne a la comunidad académica, a los médicos en formación y el contexto en que esto sucede.

La información disponible sobre la opinión de los principales involucrados en el proceso formativo es prácticamente inexistente en nuestra región, tanto para docentes, como para estudiantes. Esta poca información con la que disponemos afecta las decisiones y planificación educacional.

Se realizó un estudio cualitativo, Indagar la opinión de los docentes responsables de los programas de formación de cirujanos generales en Santiago respecto al Currículo en el contexto actual del programa nacional de formación de especialistas.

Se desarrolló el modelo de entrevista, su pilotaje y corrección con la que finalmente fueron evaluados 10 directores de los programas de cirugía general de la región metropolitana y se decidió en conjunto con la tutora de tesis, extender el radio de los participantes por lo que se invitó a participar a docentes de regiones, consiguiendo entrevistar al director del programa de Temuco con lo cual se logró la saturación de la información, obteniendo en total 462 minutos de entrevista que fueron transcritos y analizados.

Se dio respuesta a todos los objetivos propuestos originalmente en el proyecto de tesis.

Introducción

En la experiencia del autor como médico en formación de especialidad en cirugía general se observaron distintas realidades en las se entrenan, tanto en Santiago como en regiones los futuros especialistas. Al mismo tiempo, el contexto en el que son formamos ha cambiado rápidamente en el último quinquenio sin que esto necesariamente se condiga con adaptaciones de los programas ya sea en estructura o en su contenido.

Cada vez más miradas confluyen sobre la educación como un eje en el desarrollo de la sociedad así como la salud pública, un derecho que debe ser atendido para el bienestar de las personas y su desarrollo individual. La formación de especialistas es un tema que recoge parte importante de estos dos mundos, la educación y la salud pública, por lo que debe ser atendida con especial preocupación.

Hace más de una década distintas sociedades académicas describían la heterogeneidad y necesidad de cambios en la formación frente a nuevos desafíos propios del conocimiento técnico (Hepp, Csendes, Ibáñez C, Llanos, & San Martín, 2008; Llanos, San Martín, Calderon, Burdiles, & Boza, 2003). A lo anterior se han sumado los cambios en las vías de ingreso, el rol de las universidades en la selección, las vías de financiamiento, los procesos de acreditación y certificación y el futuro laboral que han sido modificados por políticas estatales de reciente aplicación debido a la creciente demanda por contar con especialistas en la red de salud. Pero no se ha estudiado el impacto que estas puedan tener en la formación de los médicos especialistas.

Afortunadamente cada vez encontramos nuevos y más frecuentes impulsos por actualizar y estandarizar la formación de cirujanos en Chile (Jarufe & Barra, 2017), esfuerzo extenso y complejo, que necesita del trabajo de distintos participantes en la formación médica.

Por esto parece pertinente el conocer la disposición y opinión de quienes están capacitados y cuentan con la autoridad de dirigir los cambios necesarios en la formación inicial de los especialistas que el nuevo contexto nacional requiere. Todo esto, sumado al particular interés del autor en el área de la formación de cirugía general, lo que lo motivaron a realizar el presente proyecto de tesis.

En la revisión planteada anteriormente queda expuesta la falta de información existente para poder evaluar la opinión sobre las prácticas educativas de los docentes responsables y quienes participan de los programas de formación. A esto se suma que la escasa información disponible es de una antigüedad que la ubica en un contexto distinto a el que determina en parte la formación de especialistas en Chile actualmente.

Si pretendemos avanzar en el trabajo de desarrollar residencias médicas que den cuenta de las necesidades en recursos humanos del sistema de salud, debemos entender cual es la opinión de quienes están formando a los médicos especialistas.

La relevancia de este estudio viene dada por el contexto actual, cada vez más complejo, que requiere de insumos que permitan la toma de decisiones informadas y consensuadas. Para aportar a este fin, el estudio será de público acceso pretendiendo ser un aporte respecto la opinión de los docentes responsables de los programas de formación de cirujanos generales sobre sus prácticas educativas en el contexto actual.

Objetivo general

Indagar la opinión de los docentes responsables de los programas de formación de cirujanos generales en Santiago respecto al Currículo en el contexto actual del programa nacional de formación de especialistas.

Objetivos específicos

1. Identificar los elementos que ameriten cambios curriculares y pedagógicos desde la visión de los docentes.
2. Identificar el modelo de atención sanitaria para el que se están formando los especialistas y compararlo con el declarado por el Ministerio de Salud, basado en una atención descentralizada y con su centro en la atención primaria.
3. Identificar elementos del programa nacional de formación de especialistas que dificulten y faciliten el desarrollo de los programas de formación.
4. Analizar la opinión de los docentes responsables de programa respecto a su práctica académica-docente sobre la formación de cirujanos generales y los cambios experimentados con la introducción del Plan Nacional de Formación de Especialistas.

Marco teórico

La relevancia de la formación de especialistas

La formación de especialistas es vista como la terminación del proceso en que los programas (principalmente universitarios en nuestro medio) forman a los médicos que deben desempeñarse en una profesión cada vez más demandante en cuanto a lo técnico y a las expectativas de la población (Celedon Lavin, 2011; Sepúlveda, 2012; Toro Alvarez, 2007). Así mismo, la formación de estos profesionales no solo abarca los aspectos meramente técnicos si no que es frecuentemente incluida en un continuo con la formación valórica y ética dada la relevancia del acto médico y la autoridad que ocupan en la atención de salud. Varios son los que mencionan que los especialistas deben ser conscientes del contexto en el que se desarrollan y deben estar en contacto con la población a la que sirven, siendo incluso los mecanismos por los que se forman, herramientas de modelamiento social e instrumentos para el desarrollo de un determinado sistema de salud (Lemus Lago & Pérez Sánchez, 2013; Núñez Serrano, Silva Peña, & Núñez Correo, 2016).

Así mismo, Lieff señala el valor que particularmente tienen en este tema los líderes en la formación de especialistas, ya que son ellos los que dirigen el curso de los programas y por tanto del todo deseable que la conexión que tengan con el medio sea un pilar sobre el que ejerzan su liderazgo. Es así como la vinculación con el medio es una competencia que los jefes de programa deberían poseer (Lieff et al., 2016).

Recién en la última década se ha retomado la formación médica como un elemento relevante en la conformación de un sistema sanitario y desde esa motivación, el estado ha introducido cambios al escenario de formación y desempeño de los especialistas.

Necesidad de especialistas en Chile

Las necesidades de la población por atenciones de salud deben ser resueltas en parte importante por médicos especialistas. Hasta el 2007 era escasa la información disponible de cuantos y dónde se ubicaban estos profesionales. El Banco Mundial describió las brechas existentes entre las necesidades de médicos y de especialistas a lo largo del país, recalando que esta no es una situación uniforme geográficamente ni entre subsistemas de salud público/privado (Banco Mundial & Gobierno de Chile, 2010; Guillou, Carabantes C, & Bustos F, 2011). Por ejemplo, a

nivel global en Chile existía al 2007; 567 habitantes por cada médico, si consideramos la población dependiente del Fondo Nacional de Salud (FONASA) esta cifra asciende a 920 mientras que dentro del mercado privado de salud es de 276. Si consideramos la distribución geográfica por otra parte, el 73% de los especialistas se encuentran en la zona central del país, en cambio en las zonas norte y sur un 7,35% y 4,45% respectivamente (Guillou et al., 2011).

De lo anterior deriva la necesidad de formar médicos especialistas para satisfacer las necesidades de la población, esto ha llevado a que cada vez un mayor número de facultades de medicina abran concursos y programas para atraer a los médicos que estén dispuestos a formarse, por periodos de al menos tres años, en alguna de las sub-áreas de la profesión médica (Sepúlveda, 2012). Así mismo el Ministerio de Salud ha incentivado el aumento en la matrícula de los programas ya en curso para en conjunto, satisfacer la necesidad de formar 4000 especialistas al 2018 (Ministerio de Salud, 2014). Esta necesidad no es un tema nuevo, por lo mismo desde 1984 la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) certifica médicos que han cumplido un periodo de *formación en práctica* durante 5 años en un servicio de la especialidad para aumentar la oferta de especialistas al país habiendo formado un total de 4,385 especialistas desde sus inicios, siendo aún parte fundamental del plan de formación de especialistas (“Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado,” 2014).

Al mismo tiempo que este ha mantenido un aumento sostenido del financiamiento a la demanda de los distintos programas a cambio que los especialistas trabajen en los servicios de salud que lo requieran según las estimaciones del Ministerio de Salud (MINSAL). Esto último ha llevado al MINSAL a financiar la formación de 2.338 médicos para el trienio 2011-2013, un 53% más que el trienio anterior con incremento en los últimos 7 años de un 570%, llevando a ser esta la principal forma de financiar la formación de médicos especialistas en los programas universitarios actualmente (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Gestión y Desarrollo de las personas MINSAL, 2014). Estas cifras no constituyen un crecimiento equivalente en la capacidad de matrícula existente si no que un cambio en el mecanismo de financiamiento, orientado a captar especialistas para el sistema pública de salud.

Sin embargo este aumento en el financiamiento y los mecanismos ligados a éste podrían no ser suficientes para asegurar el correcto desempeño de especialistas en el sistema público. No existe evidencia ni testimonios que den cuenta de un cambio en los currículos de los programas de formación para hacer de los especialistas egresados los más idóneos para desarrollar el sistema al que están destinados una vez concluida su formación.

Desde el punto de vista académico, la formación en cirugía general parece ser heterogénea desde hace más de una década según lo publicado por el capítulo chileno del American College of Surgeons (Llanos et al., 2003), si bien no publican datos que den cuenta de esta afirmación, esta es refrendada por el grupo encargado desde la Sociedad de Cirujanos de Chile para realizar recomendaciones sobre la formación de cirujanos (Hepp et al., 2008).

Es por todo lo anterior que pareciera relevante poder definir cual es el rol que le cabe a los programas de formación en un nuevo escenario y qué cambios educacionales, si es que alguno le corresponde, deben hacerse cargo del mismo.

Vías de formación

Para los médicos que quieran formarse y certificarse como especialistas, actualmente en Chile existen tres diversas vías (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas CONACEM, 2014):

- Programas Universitarios: A través del cumplimiento integral del programa con examen final aprobado y certificado por la escuela de postgrado responsable.
- Adiestramiento en práctica: formación en Hospitales Tipo 1 o equivalente en complejidad pertenecientes al MINSAL o docente asistenciales, que el Comité estime adecuado para la formación de post grado, por un período ininterrumpido no menor a cinco años, y con un mínimo de 22 horas semanales luego del cual deben rendir un examen teórico y práctico.
- Formación en el extranjero: certificación de la especialidad en Chile por el proceso según lo considerado en el reglamento de la CONACEM.

Esta diversidad de modelos pueden cobrar importancia en la que meda que no dispongan de plena claridad sobre el tipo de especialistas que forman. Por ejemplo pudiera venir un especialista formado directamente en la subespecialidad desde el extranjero sin tener el título de la especialidad base. Si bien el procedimiento de

acreditación de ese profesional es visto por CONACEM y éste regula a quién validarle el título en Chile, no está claro que nicho pudiera ocupar y qué restricciones debe tener.

Al considerar la formación universitaria, en Chile al año 2017 existen en total 14 escuelas de postgrado (Tabla 1) que ofrecen programas de formación en especialidad médica de Cirugía General de las cuales 8 se encuentran en Santiago.

Al evaluar la oferta académica actual para la formación de cirujanos generales, el Sistema de Información de Educación Superior (SIES) declara que para el año 2013 hubo una matrícula total disponible de 44 cupos entre todos los programas universitarios en Chile lo que parece no ser del todo correcto, toda vez que aparecen programas con ningún cupo para ese año o que no entregaron la información como la Universidad de Chile, Universidad de la Frontera y la Pontificia Universidad Católica de Chile (Sistema de Información en Educación Superior, 2013). Así mismo, parecen haber otros programas que están sub-representados. Si observamos la cantidad de médicos formados en los hospitales del Servicio Público de Salud en programas universitarios se describen para el periodo 2007-2010 un total de 97 médicos en formación de Cirugía General (Román, Feliú, & Echavarría, 2011), a los que habría que sumar los que se forman en clínicas privadas, hospitales institucionales, universitarios y como adiestramiento en práctica.

Universidades con programas 2017
Universidad Andrés Bello
Universidad Austral de Chile
Universidad Católica del Maule
Universidad Católica del Norte
Universidad de Chile
Universidad de Concepción
Universidad de La Frontera
Universidad de Los Andes
Universidad del Desarrollo
Universidad Diego Portales
Universidad de Santiago de Chile
Universidad San Sebastián
Universidad de Valparaíso
Pontificia Universidad Católica De Chile

Tabla 1: Universidades con programas de postgrado para la formación en cirugía general

Programas actualmente en curso

Al analizar los programas de cirugía actualmente existentes, destaca la escasa información disponible y la dificultad para obtenerla. Al evaluar los 14 programas que están en ejecución el 2017 se recolectó la información disponible vía web en las páginas de los diversos programas o escuelas de postgrado. De los 14 solo se obtuvo el programa completo de cuatro centros (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017; Universidad Austral de Chile, 2015; Universidad Católica del Norte, 2017; Universidad de Chile, 2013). De otros cuatro programas solo se obtuvo la malla curricular (Universidad de la Frontera, 2013; Universidad de los Andes, 2017; Universidad del Desarrollo, 2017; Universidad Diego Portales, 2017) y de los seis programas restantes no se logró obtener información. Si analizamos la información disponible encontramos bastante diversidad en las rotaciones que consideran los distintos programas e incluso en la duración de éstos. En Chile existe un solo centro que considera un programa de cuatro años u ocho semestres corridos para la formación de cirujanos generales en circunstancias que el resto solo considera tres años. La Sociedad de Cirujanos de Chile en su primera recomendación declara que los programas deberían prolongar su tiempo de duración a pesar que en el contexto actual no se pueda llevar a cabo en todos los programas, plantando una duración de

hasta cinco años dada la complejidad creciente de la especialidad (Hepp et al., 2008).

En su última publicación, la Sociedad de Cirujanos de Chile recoge varios de estos elementos profundizando y exponiendo otros que no fueran vistos anteriormente, como la necesidad de incorporar técnicas como la simulación en cirugía o el deber incorporar rotaciones en centros menos complejos, particularmente en regiones dado la tendencia a la especialización de los centros donde se realiza docencia actualmente así como fortalecer el aprendizaje en servicios de urgencia (Bustamante, Espinoza, Hepp, & Martínez, 2015).

Sobre la composición de las mallas curriculares encontramos, como ya se adelantó, una variabilidad importante (Tabla 4). Destacan entre ellos la ausencia de rotaciones dedicadas a radiología, urgencias, urología o ginecología y obstetricia las que no aparecen en la gran mayoría de los programas evaluados.

Universid ad	Ane st	Car di	Cy C	Gra l	Dig	Tor ax	Pla st	Vas c	DiB	Gin e	Rx	M/ O	Uci	Uro	Ele ct	Inf n	Urg e
UACH	X	X			X	X	X	X				X	X			X	X
UDD	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X
UANDES	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
UDP	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X			X
UCH	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X		X		X
PUC	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X		
UFRO		X		X	X	X	X	X						X			

Tabla 2: Las rotaciones que componen los programas de las distintas universidad. Universidades: UACH, Austral; UDD, del Desarrollo; UAndes, de los Andes; UDP, Diego Portales; UCh, de Chile; PUC, Católica de Chile; UFro, de la Frontera. Rotaciones: anest, anestesia; cardi, cardio cirugía; cyc, cabeza y cuello; gral, general; dig, digestivo; plast, plástica y reconstructiva; vasc, vascular; diB, digestivo bajo; gine, ginecología; rx, radiología; m/o, mama/oncología; uci, unidad intensivos; uro, urología; elect, electivo; infan, infantil; urge, urgencia.

Si cruzamos la información disponible con las recomendaciones de la Sociedad de Cirujanos de Chile, de la Tabla 3 se eliminan las rotaciones de cirugía infantil, urología y ginecología, por no estar incluidas, observamos que aún se mantienen diferencias en las rotaciones de coloproctología, cabeza y cuello y los

electivos. La información disponible de todas maneras no es suficiente para poder hacer un análisis en profundidad.

Al evaluar a los únicos siete programas acreditados a la fecha, los de la UACH, UAndes, UCM, UCN, UFro, UC y PUC (Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos APICE, 2017) observamos una mayor homogeneidad en la composición de las mallas curriculares pero sin poder hacer una comparación mejor. Cabe destacar que la naturaleza del proceso de acreditación, que busca constatar las metas autoimpuestas de los diversos programas y la consistencia interna, entre otros, no permite realizar comparaciones solo a partir del estado de acreditación.

Por otra parte, existen al menos tres escuelas de postgrado que tienen programas de formación que cuentan con diversos centros formadores base (donde realizan la mayor parte de la formación) y de los cuales no se ha podido obtener la suficiente información como para incluirla en el presente trabajo pero destaca la variabilidad que existe dentro del mismo programa dependiendo de cual es el centro formador por lo que queda pendiente definir si serán considerados como programas distintos.

- Universidad de Chile: 5 centros base
- Universidad de Santiago de Chile: 5 centros base (3 en Santiago y 2 en Rancagua)
- Universidad de Valparaíso: 4 centros base (3 en Santiago y 1 en Valparaíso)

	Llanos y cols.	Hepp y cols.	APICE
Año publicación	2003	2008	2009
Responsabilidad de formación	Universidades	-	Centros acreditados
Acreditador	ASEMECH	-	APICE
Duración (meses)	36, prolongar?	36 + 12	36 + 12 ó 24
C. general y digest	>15 meses	20 > 15 meses	>15 meses Ninguna <2 meses
Estructura	Rotaciones	Rotaciones	Rotaciones Eventual reemplazo por otro sistema
Articulación	-	Subespecialidad	Subespecialidad
Programa	Objetivos y contenidos	Objetivos y contenidos	Objetivos y contenidos
Volumen quirúrgico	Tabla*	> 300 cirujano; > 400 ayudante	> 400 cirujano; > 400 ayudante
Descanso	-	9 semanas	un día/semana
Jornada	-	Mínimo 50hr + turnos	-
Dedicación	Exclusiva con financiamiento	Exclusiva con financiamiento	Exclusiva con financiamiento
Dirección	-	Docente universitario jerarquía 1 ó 2	Docente universitario jerarquía 1 ó 2
Docentes	Certificados y SchC	-	Certificados y SchC
Evaluación	Periódica	Periódica	Periódica
	Final	Final	Final
	Habilitante nacional	-	-
Planta física	-	-	Mínimos para el desempeño

*Tabla 5: Requisitos mínimos para un programa de formación de cirujanos. Comparación por tema entre las publicaciones de Llanos 2003, Hepp 2008 y APICE 2009. * Tabla que incluye un detalle por tipo de procedimiento.*

No obstante lo anterior, el proceso de acreditación por APICE establece requisitos mínimos que deben cumplir los programas para poder formar especialistas (Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos APICE, 2009). Estos requisitos parecen recoger lo propuesto por las sociedades científicas el 2003 y el 2008 (Tabla 5).

Contexto regional

En Latino América es bastante escasa la información disponible respecto a evaluaciones de los programas de postítulo para la formación de cirujanos generales. En Cuba, Hernández publica el perfil del cirujano general partiendo desde una descripción histórica de la evolución de la formación de cirujanos generales y la educación médica de lo que concluyen un perfil profesional (Hernández, de la Peña, & Soberón, 2009). Bermúdez por otra parte realizó una caracterización del estado de la formación de cirujanos generales en Bogotá, Colombia a partir de la opinión de los residentes en formación (Bermúdez, Monroy, Torregrosa, & Henao, 2006). En ella destacan varios elementos que permiten hacer una comparación con el contexto nacional aunque data del 2006. Tienen un sistema que según describe el autor se caracteriza por el aumento en la oferta y des-regulación a partir de modificaciones legales implementadas en la década de los ´90 siendo todos los programas de 4 años de duración. El estudio describe con cierto detalle las condiciones de los médicos en formación pero no encontramos mayor información sobre su impacto y significación en la práctica profesional.

Una situación similar es descrita por Silberman en Argentina en que el proceso de expansión en la matrícula de residentes de no respondió a una correcta planificación y por tanto, parece responder a intenciones distintas de las sanitarias o docentes logrando que la proporción de médicos en formación se mayor a las de naciones como Estados Unidos, México o Brasil y sin mediar un correcto control sobre la calidad de la formación (Silberman, 2009).

Borrell describe como la confección del currículo permite estructurar y en alguna medida condicionar la práctica tanto de los docente y por tanto la de los médicos en formación (Borrell, 2005). De esta manera destaca la relevancia en la práctica educativa del currículo y como este puede ser influido tanto por actores educativos como por otros grupos externos al ámbito formativo.

En el caso particular de la formación de cirujanos generales en Chile, solo se dispone de un estudio que caracterice la realidad de los médicos en formación desde una perspectiva cuantitativa y de tipo demográfico. Este estudio realizado por el grupo de Espinoza (Espinoza, Danilla, Valdes, San Francisco, & Llanos, 2009) durante el año 2006, de un universo de 131 médicos obtuvo información de 77 siendo en un 73% de sexo masculino e ingresando con 26 años al programa de especialización los cuales todos excepto un encuestado participaban en programas

de 3 años. Al evaluar el financiamiento cerca del 53% de los residentes de cirugía costeaban de bolsillo su formación llegando hasta un 73% los que debían trabajar en paralelo a su formación. Si bien esto nos permite caracterizar al grupo de esa cohorte, no aporta sobre su opinión sobre la práctica educativa ni proceso de formación.

Así mismo, la única información disponible sobre la opinión de participantes del proceso formativo ya sea como docentes directos, académicos responsables de un programa o expertos provenientes desde la sociedad de especialistas es lo publicado por Hepp y Llanos, siendo ambos limitados en cuanto a la información que pretendo sobre su propio actuar como docentes.

Si a la escasez de información anteriormente descrita sumamos que en la región parece ser frecuente encontrar que los perfiles de formación, las políticas de salud y las necesidades sanitarias de la población generalmente no se encuentran en armonía (Organización Panamericana de la Salud, 2011), parece ser especialmente relevante contar con los insumos suficientes para definir las acciones que permitan estructurar un mejor sistema de residencias que formen a los cirujanos que realmente se necesitan tanto en cualidad como cantidad.

Marco metodológico

El objeto de estudio es en este caso la opinión de los informantes claves en el contexto regional y particularmente es la opinión respecto a un proceso de cambio experimentado en el contexto en el que desempeñan su docencia y gestión educativa. Descrito de otra manera, la intención del presente estudio es reconstruir la opinión de los informantes sobre un aspecto en particular, y es por lo tanto que la investigación cualitativa cumple con este propósito (Canales, 2006).

Al ser la opinión del informante la de interés para este estudio, es la metodología fenomenológica la que entrega los mecanismos de exploración adecuados, tal como describe Bullinton y Karlson (citado por Latorre, del Rincon, & Arnal, 2003, p. 220) la fenomenología es “la investigación sistemática de la subjetividad, su meta es el estudio del mundo tal como se nos presenta en y a través de la conciencia”. En este sentido, el foco de la pregunta de investigación, tal como lo expresa Marton, es de *segundo orden* ya que se centra en la valoración y significado que el grupo otorga a cierto fenómeno, es por esto que el enfoque del presente estudio será fenomenológico, de tipo fenomenográfico dada su utilidad práctica en educación (Marton, 1981) .

La entrevista profesional es una herramienta conocida por el investigador y en alguna medida emparentada a la entrevista en profundidad (Canales, 2006) utilizaré esta misma en su forma semi-estructurada para el levantamiento de la información.

La construcción de la entrevista contó con la asistencia y opinión de tres académicos con experiencia en docencia universitaria y el uso de entrevistas. Así mismo esta fue piloteada en docentes de programas de formación de cirugía general que no iban a ser entrevistados para el desarrollo de la tesis.

Las siguientes son las preguntas incluidas en la entrevista la que se desarrolla de manera semi-estructurada.

Objetivos	Preguntas
1. Identificar los elementos que ameriten cambios curriculares y pedagógicos desde la opinión de los	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué cambios en el contexto nacional en el que se desempeñan los cirujanos le parecen relevantes para la formación de sus residentes?• ¿Podría identificar nuevos desafíos que estos cambios han instalado en la formación de especialistas en su programa?

docentes	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cambios deberían desarrollarse desde el punto de vista de la formación, sus metodologías y aspectos curriculares para responder a los desafíos observados? • ¿Cuales ha logrado implementar en su programa de formación? • ¿Cuales cree que son los más urgentes de implementar?
2. Identificar el modelo de atención sanitaria para el que se están formando los especialistas y si este coincide con el declarado por el Ministerio de Salud, basado en una atención descentralizada y con su centro en la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relevancia que tiene el formar especialistas en cirugía general? • ¿Cual es, en sus palabras, el perfil de egreso de los especialistas que egresan de su programa? • ¿En qué medida los cirujanos generales formados actualmente en su programa son competentes para las necesidades del país? • ¿Cree que el currículo actual de su programa responde a las necesidades impuestas por los cambios conversados? • ¿En qué medida cree que sus egresados podrían desarrollarse en los siguientes escenarios: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hospital de alta complejidad; Institucional, Universitario o Regional Base. ◦ Hospital de mediana complejidad: solo desarrollo de la cirugía general. ◦ Hospital de mediana complejidad que debe desarrollar la especialidad. ◦ Atención primaria o centros de baja complejidad.
3. Identificar elementos del programa nacional de formación de especialistas que dificulten y faciliten el desarrollo de los programas de formación.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué cambios puede identificar en la forma como los médicos se forman actualmente? • ¿Qué cambios en el desarrollo de la profesión médica cree que han influido en como se forman los cirujanos en Chile? • ¿Qué conocimiento tiene respecto al Programa de Formación y Retención de Especialistas (PNFRE) del MINSAL? • ¿Qué opina de PNFRE del MINSAL?

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué elementos del PNFRE cree han afectado positiva o negativamente al desarrollo de su programa de formación?
4. Analizar la opinión de los docentes responsables de programa respecto a su practica académica-docente sobre la formación de cirujanos generales y los cambios experimentados con la introducción del Programa de Formación y Retención de Especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuales son sus roles en la formación de especialistas en su programa? • ¿Qué cambios en la forma de educar médicos especialistas deberían instalarse para que estos de desarrollen mejor? • ¿En qué medida la política de formación de especialistas del MINSAL ha influido en la formación de especialistas en su departamento/programa?

La muestra se construyó como no aleatoria intencionada para abarcar a todos los programas de la Región Metropolitana dado la restricción de recursos para ampliarla inicialmente fuera de Santiago. Los participantes invitados fueron inicialmente de la Región Metropolitana, considerando dentro del universo a todos los programas de postgrado de cirugía general actualmente en ejecución. Con lo anterior se incluyó a ocho universidades considerando a los docentes a cargo de los programas, los coordinadores o colaboradores según correspondan.

La muestra se limitó según el criterio de saturación de la información considerando un mínimo de una entrevista por cada programa de cada universidad que impartan la especialidad en Santiago o hasta la saturación de la información inicialmente intencionada como se resumen en la siguiente tabla.

Universidad	Numero de participantes intencionado
Andrés Bello	1
de Los Andes	1
Pontificia U. Católica de Chile	1
de Chile	5*
del Desarrollo	1
Diego Portales	1
de Santiago	1
de Valparaíso	1

* La Universidad de Chile tiene 5 programas que al momento de la obtención de datos, se consideraron como independientes.

No se logró contactar a todos los programas de la región metropolitana, pero del análisis del contenido de las entrevistas se desestimó aumentar el número porque ya se había saturado la información para los informantes con ese criterio geográfico.

La confiabilidad de los datos esta respaldada por el registro electrónico en audio de las entrevistas además de las transcripciones y procesamiento. Así mismo, la interpretación de los datos fue auditada por un cirujano docente que no participó en las entrevistas.

El procesamiento de los datos se realizó en base a la utilización de software disponible en la web con acceso liberado, R de R-Project.org y con módulo de análisis cualitativo RQDA.

Consideraciones éticas

Durante todo el desarrollo del proyecto se mantuvo las siguientes consideraciones éticas; la participación de los entrevistados se realizó previa firma del consentimiento que incluye lo siguiente (Anexo1):

- No se vinculará las entrevistas con los datos que identifiquen a los entrevistados. Sus respuestas serán anónimas.
- Anonimato de las instituciones de origen y la vinculación con los datos obtenidos.
- El compromiso que los datos obtenidos solo serán usados para fines de la investigación.

- La participación en este proyecto es completamente voluntaria.

Criterios de rigor

Como un medio para asegurar la calidad metodológica y de esa forma, la calidad de la información obtenida es que considero los siguientes criterios de rigor.

Desde el punto de vista de la consistencia, este proyecto fue guiado por tutores expertos en área académica y quirúrgica (co-tutor, Dr. Marcos Bustamante) quienes orientaron en el proceso investigativo. Así mismo como mencionara previamente, la entrevista fue revisada por expertos y piloteada previo a su uso definitivo.

La revisión se realizó en conjunto con los Drs. Boris Marinkovic, Magister (c) en Educación Quirúrgica y académico del departamento de Cirugía Oriente de la Universidad de Chile, Cristóbal Cuadrado, Magister en Salud Pública, Doctorado (c) en Salud Pública y académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la tutora de tesis, Prof. Ilse López. Se evaluó la pertinencia de las preguntas y la coherencia con los objetivos a responder y las categorías de análisis así como elementos de claridad y redacción.

La prueba de la entrevista se realizó con académicos del Departamento Cirugía Oriente, Drs. Julio Jimenez y Francisco Riquelme, ambos cirujanos. No se realizó registro del audio ni transcripción de la misma.

La transcripción de las primeras dos entrevistas fueron revisados junto con los Drs. Cuadrado y Marinkovic para efecto de validar las categorías de análisis y elementos formales de las transcripciones.

El grupo de estudio se compone de tal manera que asegura una variabilidad máxima incluyendo a gran parte de las universidades de la región metropolitana con al menos el encargado de la formación de cirujanos.

Tal como ya fuera explicado, el método de análisis de los transcritos fue fenomenológico basado en el objetivo de estudio (Marton, 1981).

Resultados

Se envió invitaciones a todos los jefes de programa de cirugía general de la Región Metropolitana siendo entrevistados todos aquellos que respondieron favorablemente. De esta forma, el estudio incorpora datos obtenidos de entrevistar a nueve de los doce jefes de departamento de los programas de formación en la región metropolitana:

Programa del docente entrevistado:

- Universidad de los Andes
- Universidad Andrés Bello
- Universidad de Chile – Hospital Barros Luco Trudeau
- Universidad de Chile – Hospital Clínico Universidad de Chile
- Universidad de Chile – Hospital del Salvador
- Universidad de Chile – Hospital San Juan de Dios
- Universidad del Desarrollo
- Universidad de Santiago de Chile
- Pontificia Universidad Católica de Chile

No respondieron o no pudieron ser contactados los representantes de los siguientes programas:

- Universidad de Chile – Hospital San Borja Arriarán
- Universidad Diego Portales
- Universidad de Valparaíso – Sede Santiago

Del análisis preliminar de los datos obtenidos de las entrevistas ya mencionadas, se decidió entrevistar al actual Presidente de la Sociedad de Cirujanos de Chile dada las referencias hechas por parte de los entrevistados como eventual eje articulador de la formación de especialistas en Chile. Así mismo, como resultado de todo lo anterior surgió la necesidad de conocer la opinión de docentes a cargo de programas de formación en regiones distintas a la región metropolitana. Para eso durante el curso del 90° Congreso Chileno e Internacional de Cirugía se intentó realizar un grupo focal con representantes de cinco universidades regionales con programas de formación de cirujanos generales del cual el único en asistir fue de la Universidad de la Frontera el cual fue entrevistado de manera personal según el mismo guión que los anteriores.

Así, se obtuvo un total de 462 minutos en 11 entrevistas que fueron transcritas y revisadas por el autor del proyecto previo a su uso para el análisis de datos.

Se resumen las características de los entrevistados:

Programa	Cargo	Universidad	Hospital	Lugar de trabajo
USACH	Jefe de Programa	Pública	Público	HSJ
UNAB	Jefe de Programa	Privada	Público	H. Pino
UFRO	Jefe de Programa	Pública	Público	HRT
UDD	Jefe de Programa	Privada	Público	CAS-HPPH
UCh Sur	Director de departamento	Pública	Público	HBLT
UCh Oriente	Director de departamento	Pública	Público	HDS
UCh Occ.	Director de departamento	Pública	Público	HSJD
UCh Norte	Director de departamento	Pública	Académico	HCUCH
UAndes	Jefe de Programa	Privada	Público	HOSMIL
SCCH	Presidente SCHC			HCPUC
PUC	Jefe de Programa	Privada	Académico	HCPUC

La codificación se desarrolló previa validación de las definiciones por dos investigadores no relacionados con el desarrollo del presente proyecto. El análisis de los datos así como su codificación se realizó con la aplicación *R: A Language and Environment for Statistical Computing 3.4.3* (R Core Team, 2017) y el paquete de análisis cualitativo *RQDA* (Huang, 2017).

Categorías de Análisis

En el proyecto de tesis se habían propuesto 16 categorías de análisis las que en el periodo de categorización piloto y validación de las mismas fueron reducidas a 14 por redundancia de Contenido Curricular y Profundidad de Contenidos con Cambio Curricular, manteniendo este último.

Del análisis de las entrevistas surgió la necesidad de incluir 9 nuevas categorías de análisis emergentes por su pertinencia al objeto de estudio.

- **Categorías de análisis originales:**

Cambios contextuales: modificaciones al entorno en el que los cirujanos se desempeñan

Cambios curriculares: son las modificaciones que requieran hacerse al currículo actual de la formación de cirujanos generales

Cambios pedagógicos: modificaciones que requieran hacer en cuanto a metodología y práctica docente

Duración del programa: extensión del programa de formación

Financiamiento: estrategias de pago de los costes de la formación de un especialista médico

Formación docente: conjunto de programas de educación orientadas a la mejoría de la práctica de los docentes.

Modelo de atención: forma de organización con la que se entregan los servicios de salud. Particularmente en referencia al lugar y rol que cumpla el cirujano en este modelo.

Nivel de atención: hace referencia a las divisiones por nivel de complejidad de atención en el sistema de salud. p.e. atención primaria.

Perfil de egreso: es la declaración institucional del resultado final del proceso de formación

Planificación del proceso docente: conjunto de labores de tipo administrativa conducente a la organización del programa de formación

Planificación de RRHH: programación del desarrollo de los profesionales que se desempeñan en el sistema de salud

Política de formación de especialistas: conjunto de programas o estrategias desarrolladas a nivel central por el gobierno para la formación de médicos especialistas

Práctica docente: ejercicio profesional de los académicos que se dedican a la práctica docente y/o investigación

Simulación: herramienta de entrenamiento profesional en que se utilizan diversos modelos para la práctica profesional simulada

- **Categorías de análisis eliminadas:**

Contenidos curricular: lo referido al contenido formal declarado en el currículo.

Profundidad de contenidos: el nivel de detalle en el que son tratados ciertos contenidos del programa de formación

- **Categorías de análisis emergentes:**

Campos Clínicos: centros asistenciales donde se realiza el proceso de formación. Generalmente son de tipo asistencial docente como un hospital con centro primario

Características de estudiantes: descripción de los médicos en formación de especialidad. Esto puede incluir intereses, características personales, perfil de formación, habilidades, etc.

Competencias al egreso: Características de los estudiantes: descripción de los médicos en formación de especialidad. Esto puede incluir intereses, características personales, perfil de formación, habilidades, etc.

Importancia del Cirujano General: referencias a cuál es el valor de formar cirujanos generales y el rol de los mismos.

Legalización de la medicina: lo referente a potenciales conflictos medico-legales o de responsabilidad civil en la relación médico-paciente

Organizaciones médicas: toda referencia a formas de organización profesional ya sea de tipo gremial o académico

Rol del residente: lo referido a la funciones que cumple el estudiante durante su formación

Selección de postulantes: proceso con el cual se define cuales postulantes ingresan a los programas de formación.

Transición al egreso: Preparación de los residentes para el trabajo independiente. Pueden ser elementos formales del currículo o planificación de parte de la universidad u otros para su desarrollo profesional

La presentación de los resultados se organizó de la misma forma que los objetivos específicos de manera que así se agrupa la información que da respuesta a los mismos.

1. Cambios curriculares y pedagógicos

Hay un acuerdo casi unánime respecto a que los programas actuales no dan cuenta de las necesidades para las que se están formando los cirujanos. Las condiciones particulares en las que se desarrollan los distintos programas de los entrevistados parecen ponderar la importancia de los elementos a reformar.

Referencias textuales:

(...) yo creo que hay que aterrizar el currículo de todas maneras, está demasiado atrasado yo creo que eso es lo urgente, eso es lo global eso engloba todo lo que hemos conversado. (E4)

(...) probablemente los programas de tres años, tutoriales, con rotaciones tradicionales dan cuenta de la epidemiología de Chile para hace treinta o cincuenta años atrás. (E5)

(...) hoy en día el cirujano se tiene que ir a practicar cirugías a diversas partes del país donde antes no habían cirujanos, ahora llega uno, se llegan dos, tienen que resolver la patología prevalente de la zona y en ese sentido los programas van a tener que reorientarse porque hay ciertas cosas que son prioritarias (E7)

*(...) piden en el currículum haber operado, no sé cuántos cánceres de recto, están locos! yo nunca dejaría operar a un becado un cáncer de recto, de colon
Sí... (E10)*

En el único caso en que un informante consideró que su programa respondía a todas las necesidades de formación de los cirujanos generales de todas maneras

se mostró abierto a tener que analizar esta situación de frente con el claustro docente.

Algunas referencias textuales:

(...) Eso es un cambio que he notado pero que a nosotros como centro formador no nos ha influido en cambiar nuestros currículos, nuestros programas están iguales. No necesitan ser cambiados. ...en primer lugar informarnos, analizarlo intra-departamento. Ver si frente a esta nueva realidad nosotros tenemos que cambiar, osea, hacer un claustro de docentes, ver si nosotros debemos hacer modificaciones importantes en nuestro programa y no dejarlo pasar, digamos. (E1)

Al organizar la visión de los entrevistados respecto a qué elementos del contexto en que ejercen y se forman los cirujanos generales resultan en tensiones del proceso formativo que deben ser resueltas, se pueden agrupar en tres dominios;

- Cambios en el perfil de competencias
- Judicialización de la medicina
- Cambios docentes

1.1 Cambios en el perfil de competencias

Transversalmente todos los informantes describen un cambio en el perfil de competencias que un cirujanos general es capaz de desarrollar adecuadamente con una clara tendencia a la disminución respecto periodos anteriores. En opinión de los actores clave esto responde a múltiples causas, de ella la más importante es el desarrollo técnico del área con una mayor cantidad de conocimientos y destrezas a ser dominadas lo que ha transformado a la cirugía en un conjunto de subáreas comúnmente denominadas sub-especialidades, especialidades derivadas o incluso simplemente especialidades. Esto ha significado que el cirujano general ha visto mermadas las competencias que en otro tiempo pudo dominar.

Algunas expresiones textuales que ilustran el comentario:

(...) hace 10 ó 20 años atrás podía entre comillas resolver probablemente cirugías más complejas o de mayor magnitud sin tanta resistencia, el hecho de que hemos ido derivando a sub-especialidades y todo el contexto médico legal también, ha ido haciendo que una gastrectomía, una resección de colon sea cada vez más difícil para un cirujano general y por lo mismo también sea más difícil para que el becado lo pueda realizar (E2)

(...) yo creo que el cambio más importante respecto a cuando yo hice mi formación, es que hoy en día la cirugía ya no es efectuada por cirujanos primarios sino que por sub-especialistas (E3)

Esta atomización de la cirugía general ha distribuido lo que hace menos de una generación podía ser desarrollado por un único profesional, en múltiples disciplinas. Pero en este desarrollo no se ha considerado explícitamente cual será el nuevo ámbito de la cirugía general en nuestro país existiendo poco acuerdo sobre cuál es concretamente el perfil de competencias del cirujano general. Se definen ámbitos de desempeño como la “cirugía de urgencia”, patología “simple” o “general” pero siempre con importante variabilidad en qué es considerado simple o qué debería ser resuelto en el contexto de urgencia por un cirujano general. Por otra parte, un grupo manifiesta que el limitado acuerdo existente publicado por diversas sociedades científicas o agencias de acreditación, parece estar obsoleto al no dar cuenta de la realidad epidemiológica actual ni el avance de la técnica ya desarrollado.

Algunas referencias textuales de los participantes que ilustran el comentario:

(...) qué es del campo de la cirugía general hasta cierto punto lo define cada centro, pero ya hay normas, y por otro lado las emergencias de las sub-especialidades. (E1)

(...) la formación de cirujanos van cambiando las cosas que son útiles y que son inútiles; por lo tanto, por ejemplo yo pase por ginecología, traumatología,

neurocirugía cosas impensadas por ejemplo ahora también uno de los acreditadores privados de la agencia que es APICE, exige, no exige, sugiere... (E3)

(...) es un cirujano que está capacitado para hacer la cirugía habitual, está capacitado para hacer la cirugía de urgencia que lo requiera. (E4)

(...) el objetivo y la obligación de nosotros es formar un cirujano general para la patología prevalente de Chile y yo creo que en ese aspecto sí, tanto en esta sede como en las otras se tiene cubierta esa necesidad (E6)

(...) definir bien la cirugía general, no está bien definida la cirugía general en la práctica, tú ves que están apareciendo un montón de especialidades... el cirujano general propiamente tal hace toda la cirugía general que todos conocemos hernia, vesícula, etc. (E7)

(...) se nos compara la operatoria probablemente de lo que se hacía antiguamente un cirujano de cirugía general que era capaz de hacer cirugías complejas digestivas o lo que sea y hoy en día la hace la subespecialidad (E9)

Otro elemento que participa de esta tendencia es el rol del mercado laboral en cuanto a que las plazas laborales, particularmente en los centros de mayor complejidad, han dejado de considerar a los cirujanos generales en favor de cirujanos especialistas. Esto último en opinión de los entrevistados relega el rol del cirujano general a un espectro menor, considerando centros de mediana complejidad, particularmente en regiones y los servicios de urgencia de mediana y alta complejidad.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) el cirujano general que se forma actualmente tiene eh, dos campos de acción fundamental. Los grandes centros eh, llamemos centros universitarios están estrechando la entrada de cirujanos generales y están priorizando la entrada de cirujanos con especialidad derivada... (E1)

(...) el rol acá en centros de alta complejidad donde existen subespecialistas en las distintas áreas, si uno quisiera solamente concentrar en el cirujano general su rol yo creo que se va mas a la urgencia y al manejo del trauma, probablemente, en centros como este pero en centro o en hospital en región o un hospital incluso en Santiago que no sea de alta complejidad tiene un rol enorme, toda la cirugía electiva del cirujano. (E9)

Algunos cirujanos generales tendrían un espacio en centros de alta complejidad en una etapa de preparación para continuar con la formación de una especialidad, por lo que en estricto rigor no son considerados como nicho para el ejercicio como cirujanos generales propiamente tal.

Una referencia textual:

(...) probablemente el hospital general de alta complejidad hoy lo que está requiriendo es un sub-especialista, los egresados míos que se han quedado en estos lugares como cirujanos generales, que no sé, esto no es valórico, es como el veinte por ciento, uno de cinco se va a trabajar, la mayoría de ellos lo hacen para complementar un poco su actividad quirúrgica sentirse más asegurado y finalmente igual hacen la subespecialidad, E5

Otro de los elementos que han incidido en el cambio en el perfil de competencias es el desarrollo de nuevas técnicas, la presencia de patología poco prevalente o compleja requieren de mayor entrenamiento dado la curvas de aprendizaje más difíciles de alcanzar o dificultad técnica de poder instalar las condiciones adecuadas para su desarrollo. Particularmente importante en este ámbito es lo que se describe como “cirugía mínimamente invasiva” en contraste a la tradicional “cirugía abierta”. Esta última aproximación a la técnica quirúrgica parece ser concebida como el estándar para los cirujanos generales en casi todos los entrevistados para la gran mayoría de la patología que deben resolver, con la excepción de la colecistolitiasis donde la colecistectomía laparoscópica (mínimamente invasiva) es de regla.

Un entrevistado expresa:

(...) nos obliga a nosotros a cambiar un poco el enfoque, en estos momentos uno tiene que inclinarle la cabeza frente a la tecnología, es decir yo me forme en la época de la cirugía abierta, en absoluto yo ya tenía más de veinte años de profesión cuando partió la cirugía laparoscópica, yo tenía dieciocho años... (E10)

Una excepción la representan dos entrevistados que reconocen que la cirugía mínimamente invasiva es el nuevo estándar para toda la patología quirúrgica en una gran proporción.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) los principales cambios que no sé si vienen tan recientemente es la introducción de la cirugía mínimamente invasiva en la práctica de la cirugía general y sus áreas derivadas, me parece que ese contexto es el principal... (E5)

(...) cambio importante en la última década tal vez, ya no es tan nuevo, todo el desarrollo de la cirugía mini-invasiva y eso hoy en día la residencia de cirugía general que debe estar incorporada si o si, porque de hecho la practica quirúrgica diaria habitual de centros grandes la cirugía menos invasiva es lo más importante (E9)

Este escenario genera un conflicto entre dos realidades que se contraponen. La necesidad de preparar a cirujanos generales en técnicas de cirugía abierta en el espectro de patología previamente referidos como simples o de urgencia versus el entendimiento que el avance de la técnica ha hecho que la cirugía mínimamente invasiva sea cada vez más frecuente y deseable, preferentemente en los procedimientos simples y/o de urgencia más cotidianos, e incluso llegando a abarcar patología compleja motivo por el cual varios de los entrevistados destacan la falta de entrenamiento en técnica abierta.

(...) vamos a necesitar después son simuladores en cirugía abierta, como le enseñó a los becados a operar una vesícula abierta si hoy día no se operan vesículas abiertas (E4)

El último aspecto de este conflicto entre cirugía abierta y mínimamente invasiva será desarrollada al tratar los cambios docentes.

Otra de las causas del cambio en las competencias que aparece mencionada con la misma frecuencia que el avance tecnológico es un cambio en la relación médico paciente que influye poderosamente tanto en las decisiones laborales de los cirujanos así como en la participaciones de los profesionales en docencia. Este cambio de contexto generalmente es referido como “legalización de la medicina” o “el riesgo médico-legal” en el que se desarrolla el contrato entre el prestador de salud y su paciente y se presentan varias interpretaciones del origen de este cambio; cambios legales cristalizados en los Derechos y Deberes del los Paciente, un mayor acceso a información lo que repercute en pacientes más demandantes y finalmente el aumento en los litigios frente a resultados adversos o insatisfactorios de la atención entregada.

Concretamente, los entrevistados señalan que este cambio de contexto repercute en la necesidad mayor formación ya que al ser únicamente cirujano general, el médico sería responsable frente a los malos resultados de su labor o sencillamente no serían requeridos ya que el paciente esta en busca de un cirujano especialista. Así mismo, al existir este temor al litigio, los cirujanos que participan de la docencia de los residentes ven una amenaza personal en el riesgo que supone asistir a un médico inexperto a realizar un procedimiento, limitando la experiencia de los médicos en formación o buscando alternativas que fuerzan los límites de la probidad administrativa al disfrazar la participación del estudiante.

Esto no deja de llamar la atención dado que el médico siempre es responsable en mayor o menor medida de lo que deriva de su acción, aunque los malos resultados de esta pueda estar dentro del rango de lo esperable por condiciones fuera de su control. Así, la formación como cirujano general pareciera ser considerado como insuficiente para el desempeño idóneo en un, cada vez mayor, número de procedimientos. Nuevamente el temor al litigio y confundir responsabilidad con dolo parece influir fuertemente.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) hay docentes que se han inhibido en ayudar, en entregarles la cirugía a los residentes por problemas legales que han habido. (E1)

(...) Lo otro yo creo que tiene que ver en como tu enseñas ahora la parte practica con todos los problemas médicos legales que hay... hay que saber abordar porque efectivamente cada vez va a costar más que entren como primeros... (E2)

(...) el aspecto médico legal hace que estemos un poco con esta figura un poco mentirosa de que el becado figure como ayudante aunque haga la operación cuando en realidad esto debería normarse... (E3)

(...) hace diez años atrás, no más, veinte años atrás, los cirujanos operaban de todo en cambio ahora también por la judicialización de la medicina la gente quiere cada vez más que el que va a operar del hígado busca el sub-especialista en el hígado. (E11)

Al contrario, algunos de los entrevistados si bien identifican este foco de conflicto, tienen enfrentamientos distintos. Un entrevistado señala que para solucionar esta tensión el camino correcto ha sido transparentar la participación y responsabilidad de los incumbentes, tanto docentes como estudiantes, apoyándose en el nivel técnico de ambos y su preparación junto con experiencias publicadas que hablan del nulo aumento de riesgo para el paciente. Otro enfrentamiento parece sustentarse en la tradición y rol docente del centro al cual el paciente voluntariamente accede por lo que suponer que estudiantes no participan de su cuidado es improcedente y debe ser aceptado como parte del trato.

Algunas expresiones textuales de los entrevistados:

(...) debería normarse y decir; bueno el becado, el hizo la operación por supuesto el ayudante es el docente y él responsable final. (E3)

(...) eso es una cosa en la que yo no he transigido con la dirección, me decían que FONASA los obligaba a que apareciera un cirujano staff, ustedes se arreglan con

FONASA, pero no vamos a mentir en los papeles aquí el que opera es el que aparece y el becado aparece como primer cirujano pero siempre hay un staff que está detrás ayudándole. (E4)

(...) el operar guiado no se traduce en mayor morbilidad y la seguridad de los tutores, hay que pensar en la seguridad de los tutores que son los responsables finalmente del desenlace de sus pacientes,...

(...) aquí se instaló en diez años eso si debo decir, una cultura de operar desde la izquierda yo siempre digo eso, uno dice al final el paciente se beneficia porque tiene dos cirujanos (E5)

(...) si uno le explica bien a los pacientes, si existe el mentor si a su vez el residente ya se siente oficial y ha hecho todos sus cursos yo creo que no hay ningún problema legal, pero ninguno, ninguno, lo importante es informar bien al paciente y no va a haber problema. (E9)

Finalmente hay algunos elementos que son identificados como necesidades a incluir en el perfil de habilidades que deben adquirir los cirujanos generales. Para esto los entrevistados consideran tanto el desempeño futuro en un contexto nuevo, con mayor presencia en centros de menor complejidad o en vías de desarrollo así como también necesidades propias de los programas de formación. Las habilidades en investigación/docencia y gestión son transversalmente identificadas como necesidades y excepto por un programa, en todos insatisfechos. Lo anterior surge de el rol de líder que identifican en sus egresados los que muchas veces van a centros donde se desempeñan como tal. Por otra parte, la renovación de la planta docente y el desarrollo científico local se ven como algo secundario en cuanto a su importancia, tanto por los entrevistados pero también, a su entender, por los médicos en formación de manera que incentivar esas áreas desde el programa de formación vendría a reforzar un ámbito relegado a esta segunda categoría.

Algunas referencias textuales de los participantes:

(...) nosotros dejamos de lado un poco en el programa porque nos parece que es algo para trabajar con más calma es la capacidad que debe tener un cirujano de administrar, ... algo que el cirujano general va tener que hacer en un hospital y

tiene que saber también. ...qué hacer con la capacidad de investigar y claramente en un centro donde no se realiza mucha investigación es una falencia que dejamos en último lugar por ahora porque no la podemos desarrollar todavía. (E2)

*(...) tuve que suspender otras cosas para mandar al curso de laparoscopia, por ejemplo cursos de medicina basada en la evidencia, estadísticas que son importantes, pero bueno hay prioridades,...
... hacemos cursos seminarios pero no es lo mismo, los turnos de urgencia con la cirugía prevalente chilena real y el trauma, hay que buscarle alguna solución en el futuro. (E3)*

(...) tenemos en este departamento dos PHD pero no los aprovechamos tampoco, hay mucho interés en desarrollar alguna cosa en conjunto con ellos, entonces probablemente los currículos nuevos de los cirujanos generales va tener que vivir algún tipo de integración con ellos... (E4)

(...) el becado debe salir más interiorizado en el tema legal, más interiorizado en administración en salud porque les toca administrar más, ya sea como jefe de servicio y esa es otra área débil y para que decir el tema de la docencia, el tema de la docencia es otro desafío en general (E7)

(...) de gestión muy poco, por no decir cero, mal, ahí tenemos cursos de cómo se llama de investigación de análisis de literatura médica, pero no de cómo se llama, no es estadístico, como se llama... (E10)

El programa que ha resuelto la necesidad en investigación lo hizo a expensas de extender a cuatro años el programa de formación.

(...) de alguna forma por al lado se está llegando a que algunos residentes efectivamente tengan programas de cuatro años y como somos un centro académico hacemos un énfasis fuerte en la parte de investigación (E5)

De esta misma forma, se distingue con claridad la necesidad de formar a los cirujanos generales en Trauma, vale decir en el manejo quirúrgico del paciente

politraumatizado dado el contexto de desempeño predominante en los servicios de urgencia, situación que es visto como un problema difícil de resolver dada la baja densidad de casos en algunos centros formadores debiendo recurrir a distintas estrategias, principalmente establecer convenios con centros nacionales o internacionales donde puedan desarrollar esas competencias.

Algunas expresiones de los entrevistados:

(...) tenemos falencias en los turnos de urgencia sin duda, en los turnos de urgencia, recién cuando yo me hice cargo de este programa de post título la mitad de los turnos de hacían en la XXX, o sea, nada. (E3)

(...) encontramos ahora por casualidad casi un lugar que es en XXX que es un centro de trauma que lo formaron... ...un tercio de ellos está pasando por allá... (E5)

1.2 Judicialización de la medicina

El elemento emergente más relevante de este apartado es lo referido como “legalización de la medicina”. Como ya fue señalado previamente, el cambio en el contexto de la relación médico-paciente es visto como determinante en la forma como se desarrolla la docencia en cirugía general. El origen de este cambio pareciera ser multifactorial y distintos entrevistados señalan causas diferentes entre las que destacan: la carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, mayor acceso a información por parte de los pacientes y en último término cambios la simetría en la relación haciendo que éstos exijan resultados o ciertas características de quienes ofrecen servicios quirúrgicos.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) hoy día si alguien se opera y no queda bien la gente pregunta quien participo en la cirugía y este doctor que participo es cirujano ya o es becado, interno o es alumno.

(E4)

(...) antes bastaba la palabra del doctor para tu quedarte tranquilo... tienes que cubrir las espaldas también, entonces eso ha cambiado mucho, el acceso a la información ha hecho que los pacientes estén empoderados mucho más y muchas veces vengan a exigirte (E6)

(...) el aspecto médico legal donde la practica quirúrgica diaria está sometida a una evaluación de parte de tanto los pacientes y ya no se llaman pacientes si no se dicen llamar clientes. (E7)

(...) todo el tema de los derechos y deberes de los pacientes y que hace que uno lo quiera o no la practica con el alumno con el residente es más limitada... (E9)

Sin importar el origen que esto tenga, el impacto en la docencia es importante en el discurso analizado. Todos visualizan un riesgo en participar del acto en el que se delega la ejecución a un tercero menos capacitado, descripción que resume el modelo “tutelar” con el cual se enseña medicina y en particular cirugía general.

Por otra parte, este cambio no solo ha afectado a quienes son docentes formales (con una relación contractual que explicita esa función) si no que a todos los cirujanos generales, limitando su actuar y por lo tanto, también el de los médicos en formación.

Algunas opiniones que ilustran el comentario:

(...) hay docentes que se han inhibido en ayudar, en entregarles la cirugía a los residentes por problemas legales que han habido. Entonces hay un cierto temor. (E1)

(...) Lo otro yo creo que tiene que ver en como tu enseñas ahora la parte practica con todos los problemas médicos legales que hay... (E2)

(...) ya no es como antes, ahora tienes que protegerte legalmente un poco más, entonces sí, en eso ha variado ciento ochenta grados la forma de enseñar. (E6)

Quizás uno de los elementos más llamativos es la observación, por un grupo de entrevistados, que extiende el efecto de esta “legalización” de la medicina a etapas previas, particularmente al internado. Este fenómeno, según describen, parece incidir en la exposición de los estudiantes de medicina a escenarios formativos de mayor impacto en el desarrollo de autonomía, dañando la formación lo que en último término afecta la etapa de postgrado al recibir estudiantes que no cumplen con un nivel mínimo de competencias y deben ser adquiridas en un contexto que no ha sido diseñado para eso.

Algunas expresiones textuales que ilustran el comentario:

(...) no porque ellos mismos sean inmaduros sino por estas cosas legales que el interno no puede hacer muchas cosas entonces se ve cada vez más restringido. (E3)

(...) yo prefiero tener una beca una persona que me haya hecho un internado más corto, sólido pero más corto y no una persona que haya hecho una pasada que lo único que ha hecho es escribir fichas. (E10)

La estrategia para hacer frente a este cambio que más destaca de lo ya expuesto es la reducción de la exposición de los residentes a situaciones de responsabilidad quirúrgica. Esta pareciera surgir como una evolución natural sin presentar mayor elaboración de lo expuesto en los discursos evaluados siendo considerado aparentemente como algo inevitable por la mayoría de los entrevistados excepto por quienes reconocen que el cambio en la relación médico paciente es el escenario a modificar versus la participación de los residentes *per se* (ver Entrevistas 5 y 9).

Para el conjunto de entrevistados que ven el alejamiento de los residentes de la interacción con el paciente como algo natural del nuevo contexto, surgen herramientas tecnológicas que pueden remediar en parte la falta de experiencia resultante de esto. En particular hacen mención a diversas formas simulación quirúrgica aplicada con diversas estrategias: preparar al estudiante previo a la exposición de la situación real y evitar los riesgos legales de “aprender en pacientes”.

Algunas opiniones que ilustran el comentario:

(...) otra cosa que tiene mucho que ver con el aspecto médico legal es que ya se ven los programas de formación en los países más desarrollados es el desarrollo programa de simulación en cirugía. (E3)

(...) antes uno aprendía con los pacientes, ahora no puedes por la judicialización de la medicina, muchas veces tienes que prepararte y prepararte en fantomas en videos en endotreiner, etc. (E6)

(...) la situación legal es tan compleja que desgraciadamente para hacer una malla curricular bien hecha de entrenamiento de cirujanos de los establecimientos educacionales o las instituciones van a tener que meterse la manito al bolsillo y comprar simuladores, porque si no la cosa no va a caminar... (E10)

1.3 Cambios docentes

Al tratar de identificar el esquema general en el que se desarrolla el proceso educativo y qué cambios relativos al mismo pudieran significar relevantes para el proceso de formación pareciera haber un acuerdo universal respecto a que es el rol tutelar de los docentes o cirujanos que participan de la docencia lo que establece un “modelo tutelar” o “modelo tutorial” y que viene siendo así mismo el principal método de enseñanza.

Referencias que ilustran lo anterior:

(...) Hay algo que no ha cambiado y no va a cambiar nunca que es el profesor o el tutor de un alumno (E6)

(...) hay ciertas cosas que se mantienen que es lo tutorial o sea, uno sigue aprendiendo de la mano de alguien que lo hace bien... (E7)

(...) el cirujano general tiene que aprender con un mentor (E9)

No obstante, ya sea de manera tácita o explícita todos están de acuerdo en que éste no responde a las necesidades actuales que la formación de cirujanos impone. Ya sea porque la eficiencia del mismo no es lo suficiente como para cumplir con las metas en el tiempo establecido o porque los recursos que este requiere, principalmente cirujanos que hagan de tutor, no son suficientemente accesibles.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) el residente tiene que tener autonomía para su formación y probablemente los programas de tres años, tutoriales, con rotaciones tradicionales dan cuenta de la epidemiología de Chile para hace treinta o cincuenta años atrás. (E5)

(...) esa cuestión creo que se ha desperfilado un poco en el mundo moderno o postmoderno por la velocidad en la que estamos viviendo y que tiene mucho que ver con eso también, que más enfermos, más pabellones y por este modus operandis que se está transformando en hacer, hacer, hacer y las cosas también empiezan a

*perder los fundamentos pero sigue siendo tutorial y va a seguir siendo mucho tiempo
igual*^(E7)

(...) hay un poquito de resistencia a cambiar el método, yo creo que hay cosas que deberían cambiar, no cambiar por cambiar si no para mejorar la participación ver la manera de que el gallo adquiriera la mayor expertiz en el menor tiempo posible. ^(E10)

En relación a como se desarrolla este modelo tutelar y como fuera desarrollado en el capítulo 1.1, son varios los entrevistados que identifican en sus programas necesidades de cambio para dar cuenta de las exigencias actuales, tarea que definen como difícil dada no solamente la inercia propia que la tradición le otorga a los programas existentes y que han recibido poca si no ninguna modificación sustantiva en años la que se suma al marco regulatorio actual, principalmente lo referente a la acreditación, un elemento que no solamente rigidiza los programas si no que a su vez tampoco recoge las necesidades actuales ni futuras de la especialidad (ver Entrevistas 3, 7 y 10).

Referencias que ilustran el comentario:

(...) ahora también uno de los acreditadores privados de la agencia que es APICE, exige, no exige, sugiere... urología y ginecología, uro sí, pero ginecología, nosotros lo sacamos y cuando nos acreditaron les expusimos las razones, lo que nos decían los residentes que eso no tiene ninguna utilidad y lo atendieron y lo aceptaron, entonces hay que estar muy atentos ^(E3)

(...) estos cursos de ética que hasta los piden en los programas de APICE, yo entre otras cosas soy miembro de APICE de la comisión que norma todo esto y discrepo ahí, es decir esta universidad no tiene un curso de ética ^(E4)

(...) estamos viviendo recién una acreditación del programa de cirugía general, tú sabes por lo tanto uno de los temas básicos de eso fue que teníamos que tener un programa uniforme, teniendo variaciones de los campos pero el programa núcleo tenía que ser uniforme y así ha sido, entonces dentro del programa tenemos que respetarlo no nos podemos escapar ^(E7)

Volviendo sobre el modelo “tutelar” y la disponibilidad de docentes/tutores, un grupo de entrevistados identifica una disminución en el interés por participar de la docencia. Ya se presentó el rol que la judicialización de la medicina pudiera tener pero no parece ser lo único; falta de interés propiamente tal, falta de una “cultura docente” en centros de formación nuevos, pocos incentivos pecuniarios, falta de conocimientos en docencia y el poco hincapié que se le da al rol docente durante su propio periodo de formación son identificados como factores que influyen en que son pocos los cirujanos que ingresan a participar de la docencia.

Algunos entrevistados expresan:

(...) no todos son docentes formados y no todos están preocupados tampoco de la metodología de evaluación, de... “lo hice así y lo sigo haciendo así” y también es un pequeño problema, hay interés mayor sobre todo en los más nuevos en formarse en docencia porque es algo que viene, pero los más viejos... tu vez que es un problema, la tradición manda (E2)

(...) La juventud no más, es la única manera, médicos jóvenes recién salidos de la beca o hace poco tiempo, pero uno los encuentra en la universidad los motiva a que sigan que no se vayan y ellos ver qué línea de investigación quieren y ahí a ellos motivarlos para que tomen a la gente joven. (E3)

(...) eso falta y eso es muy difícil actualmente motivar a los nuevos cirujanos a que tengan horas universitarias... pero no ha ido de la mano con el aumento en las remuneraciones que muchos de los cabros jóvenes necesitan (E6)

(..) todavía tenemos falta de docente porque en realidad en el área quirúrgica cuesta mucho que un cirujano quiera enseñar sobre todo los cirujanos más antiguos (E11)

Este déficit de recursos se ha visto intensificado dado el aumento en la matrícula de estudiantes. Si bien ninguno de los entrevistados presenta datos concretos, existe la impresión de un aumento en el número de estudiantes y así mismo el número de centros donde se están formando. Esta tensión parece afectar

la calidad de formación que reciben los estudiantes por diversos motivos. Por una parte esta la relación docente/estudiante ya mencionada pero así mismo se ha visto afectada la razón entre casos a los que son expuestos cada estudiante. Motivos para esto se acompañarían de los cambios ya expuestos anteriormente y que dan cuenta de la evolución técnica de la especialidad así como del contexto de la relación médico paciente, determinando finalmente una caída en el número de casos disponibles para la formación de especialidad. Sin embargo pareciera haber una evolución cualitativa en la experiencia obtenida de esos casos. Algunos entrevistados identifican que si bien son menos frecuentes, esta exposición parece ser de mejor calidad y con fundamentos técnicos que le otorgaría un mayor valor educacional.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) hay un desafío en la aparición de nuevos centros formadores en los que no ha habido, en primer lugar una información clara, se desconoce, no cierto, los niveles de calidad de esa formaciones. (E1)

(...) hoy día con esto de que todo tiene que tener números de repente los becados tienen menos oportunidades antes eran menos los que estaban aprendiendo... yo creo que la oportunidad de hacer cosas es menor hoy día pero en cuanto a hacerlas mejor probablemente es mayor. (E4)

(...) lo que ha cambiado es las oportunidades que tienen, es decir era raro que un becado sin operar o habiendo operado poco ahora es habitual que el número de cirugías es exiguo (E10)

Finalmente esta mayor demanda para formar profesionales, la que principalmente tiene su origen en políticas estatales que dan cuenta de una necesidad aún insatisfecha en el sistema público de salud, ha generado que no solamente aumente la matrícula de los programas ya existentes forzando la capacidad formadora de los centros de mayor antigüedad, si no que se han generado nuevos programas en centros que carecían de la experiencia o el capital docente para formar especialistas.

Algunas referencias textuales de los entrevistados:

(...) Lo otro complejo también son los, digamos, la ocupación de campus clínicos por otras universidades... Yo recuerdo que cuando yo hice la beca yo era residente único. (E1)

(...) el Ministerio de Salud haya implementado estas políticas de becas financiadas... ha presionado mucho por el número de médicos en formación con los mismos campos clínicos, por tanto significa que para cada uno de estos alumnos va a haber menos posibilidades de cirugías porque claramente son los mismos hospitales. (E3)

(...) lo que ha cambiado es las oportunidades que tienen, es decir era raro que un becado sin operar o habiendo operado poco ahora es habitual que el número de cirugías e exiguo. (E10)

Es muy interesante la observación sobre la propia evolución de los centros formadores. Destaca en esto que tanto los entrevistados de programas de larga tradición así como los más noveles identifican que los centros donde se lleva a cabo la formación de cirujanos generales están principalmente orientados al desarrollo de especialidades derivadas por lo que, en el contexto del modelo tutelar, la exposición a modelos y/o tutores raramente corresponde a cirujanos generales, siendo la gran mayoría de los programas dirigidos por cirujanos con especialidad derivada. De esto resulta obviamente un conflicto entre el interés declarado y el método utilizado, elemento que algunos entrevistados identifican claramente.

(...) los centro formadores ven a puros cirujanos sub-especialistas entonces ellos también quieren ser después sub-especialistas o la mayoría (E11)

Los centros donde se forman son muy especializados para formar cirujanos generales. Los estudiantes por otra parte, también presentan cambios que alteran el proceso de formación a ojos de los docentes. En este ámbito surgen diferencias con lo tradicionalmente acostumbrado tanto en el aspecto académico de los mismos como en elementos que se podrían considerar propios de los intereses y elecciones personales respecto a su propia carrera profesional.

Desde el punto de vista académico, existe la opinión preponderante si bien no transversal sobre un deterioro en el nivel con el que ingresan los médicos a formarse. Esto parece estar determinado por dos elementos; un sistema de selección y su origen. Sobre el sistema de selección, del cual se sienten particularmente ajenos, está dirigido por terceros que no participan del proceso de formación como lo es el Ministerio de Salud en el contexto del Programa Nacional de Formación y Retención de Especialistas. En opinión de los entrevistados, el proceso de selección los deja excluidos por lo que ellos “reciben” estudiantes que no cumplen con el nivel mínimo. No obstante esto, hay una excepción que identifica que los postulantes a cirugía siguen siendo, por tanto han sido tradicionalmente, los mejores de la generación en contraste al cambio percibido por el resto. Sumándose a lo anterior, el origen de los profesionales también es visto como una causa de deterioro en su calidad profesional. Particularmente elementos como años de servicio en la atención primaria, programas de pre-grado que ofrecen menos experiencia práctica y programas de pre-grado del países distintos a Chile son vistos como la causa de este compromiso.

Opiniones textuales que ilustran el comentario:

(...) la verdad es que eso ha sido un problema en cuanto a la calidad de lo que uno quiere y parte muchas veces con postulantes que vienen con un nivel más bajo... y nos pasa que llegan médicos que llevan 5, 6 o más años incluso en APS, entonces viene absolutamente perdidos en muchas cosas (E2)

(...) uno ve que los chiquillos llegan a la beca, sobre todo los becados primarios que no han hecho general de zona, cada vez más inmaduros, no porque ellos mismos sean inmaduros sino por estas cosas legales que el interno no puede hacer muchas cosas... los que postulan a cirugía son los mejores de su generación (E3)

(...) al principio cuando aceptamos en forma abierta nos llenamos de gente que no tenía idea y que eran muy malos elementos pero eso lo hemos terminado, llegan aquí y nos damos cuenta de que no se la pueden con la especialidad (E4)

Como solución a este problema, hay algunos programas que han desarrollado estrategias como el desarrollo de periodos de nivelación, ya sea durante la extensión normal de tres años o extendiéndola en algunos meses y la revisión de los procesos de selección independientemente de lo establecido por autoridades como el Ministerio de Salud.

(...) yo tengo acá a diferencia de otros programas una cosa que se llama la inducción que ahora ya no es voluntaria, es parte del programa, es un mes antes para los extranjeros dos meses antes y que la idea es que tengan menos fracasos durante el curso de la beca. (E5)

Todo lo anterior sumado a lo desarrollado en los capítulos previos parece respaldar la opinión de quienes describen la necesidad de extender el periodo de formación hasta 4 o 5 años. Esta alternativa pretende solucionar la menor densidad de experiencia a la que se exponen los residentes así como dar tiempo para incluir elementos que no han sido desarrollado en los programas existentes con el fin de dar una “formación más sólida” y mejorar las competencias del cirujano general. Lo anterior solo se ha logrado en un programa para todos los residentes y parcialmente en un segundo programa al integrarlo con un año de dedicación exclusiva a la investigación. Al contrario hay quienes sugieren que esta modificación en la extensión de los programas debe ir aparejada de un cambio radical en el objetivo del mismo, ya no formar cirujanos generales si no que directamente cirujanos especialistas con “sólida base en cirugía general”.

De todas maneras excepto por un entrevistado, todos sugieren extender la duración de la formación sin hacer grandes modificaciones en su metodología ni contenidos, aunque identifican necesidades y problemas no resueltos, en el discurso analizado no existen claramente soluciones a los mismos que se complementen de extender la formación.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) ahí está la otra gran discusión, cuantos años va ser el programa, cual es el siguiente paso. (E2)

(...) yo creo que un futuro bien próximo vamos a tener que llegar a un acuerdo nacional con las distintas escuelas de medicina, la sociedad de cirujanos, yo creo que esta beca debería durar cinco años y a lo mejor salir con la sub-especialidad pero claramente yo veo que con tres hoy en día es insuficiente... (E3)

(...) yo creo que un futuro bien próximo vamos a tener que llegar a un acuerdo nacional con las distintas escuelas de medicina, la sociedad de cirujanos, yo creo que esta beca debería durar cinco años y a lo mejor salir con la sub-especialidad pero claramente yo veo que con tres hoy en día es insuficiente... a lo mejor basta con menos o hacemos un programa de cinco años que incluya la sub-especialización. (E4)

(...) por mucho tiempo quise rápidamente tener un programa de cuatro años y las razones por la cual no me dejaron era el tema del financiamiento del cuarto año, finalmente lo que fue pasando se incorporó el año de investigación. (E5)

(...) la residencia o el post-grado de cirugía general es corta yo considero que tres años es poco. (E6)

(...) yo haría es una modificación de la beca, o sea, yo creo que tres años de una beca es cirugía general sin una visión de especialización no me parece... la beca pueda ser una beca de cuatro años, cuatro años en la cual tuviéramos mejor formación, pero a su vez una beca con una mejor formación y una derivación hacia un área. (E7)

(...) una beca de tres años yo creo que nos está quedando chico desde el punto de vista tiempo en formar. (E10)

Todos los entrevistados que identifican nuevos desafíos en el contexto docente tienden a ofrecer distintas soluciones desde su propia experiencia. Sin embargo una que es transversal a todos los entrevistados es la utilización de una herramienta docente, particularmente la simulación en cirugía laparoscópica, para solucionar los problemas identificados en el número y calidad de procedimientos a

los que son expuestos los residentes, el peligro derivado de la judicialización de la relación médico paciente y el avance propio de la técnica que ha hecho a esta última cada vez más frecuente. No obstante ser presentada por algunos como la panacea a los desafíos modernos en la formación de cirujanos, el desarrollo de la misma establece nuevos desafío que finalmente gravitan en debilidades comunes a las que pretende dar solución, como la escasez de recursos económicos (el costo de desarrollar un centro de simulación) y falta de docentes capaces de dirigirlo (poco interés y baja preparación docente). De todas maneras el desarrollo de la simulación quirúrgica resulta fundamental frente a desafíos como acortar curvas de aprendizaje o extender la formación de técnicas poco frecuentes. En este mismo sentido surgen otras soluciones como la búsqueda de convenios internacionales o locales donde poder suplir la falta de experiencia de los propios centros formadores.

Algunas respuestas que ilustran el comentario:

(...) Lo otro yo creo que tiene que ver en como tu enseñas ahora la parte practica con todos los problemas médicos legales que hay, entonces también en las becas quirúrgicas la simulación es algo que está ganando mucho terreno y también hay que saber abordar (E2)

(...) otra cosa que tiene mucho que ver con el aspecto médico legal es que ya se ven los programas de formación en los países más desarrollados es el desarrollo programa de simulación en cirugía... nos han dado la orden de que hagamos la simulación pero con los mismos recursos, ni horas docentes más, ni invertir más, entonces estamos buscando a ver si tenemos colaboración de la empresa privada (E3)

(...) van a tener que convencer a los jóvenes como tú por ejemplo, que manejen centros de simulación y se dediquen solo a eso y en ese simulador le enseñan a los becados a operar (E4)

(...) debiéramos disponer de esos recursos en lo que se refiere a simuladores y todo tipo de elementos tecnológicos previos a la practica en el paciente mismo hoy en día y eso implica un cambio de paradigma... la práctica quirúrgica básicamente debe de

iniciarse en una forma secuencial donde primero debiera la práctica en simuladores

(E7)

(...) esto de la simulación y los modelos en entrenamiento simulados tienen que estar dentro de la residencia de cirugía general como obligatorio si o si (E9)

2. Modelo de atención para el que se forman los cirujanos generales.

Un elemento crucial en la planificación docente es definir los objetivos que queremos alcanzar con nuestro programa y para qué lo estamos formando. La respuesta a esta pregunta puede depender del marco institucional en el que se desarrolla la formación, desde un punto de vista macro, de normativas que trasciendan los límites de la institución como lo pudiera ser políticas estatales o regionales así como también en lo micro de planteamientos y decisiones del claustro docente entre otras. En el caso de la formación profesionalizante como es el caso de los especialistas médicos, el perfil de egreso incorpora de manera más o menos explícita el tipo de desempeño y dónde lo realizarán que se espera de los egresados de un programa, a esto es a lo que llamaremos el Modelo de Atención para el que se forman los cirujanos generales según cada programa.

Dado el mecanismo de construcción del perfil de egreso, es de esperarse que este entregue luz respecto del modelo de atención para el que se forman los estudiantes. De este lo que más destaca es énfasis en lo procedimental, reforzando en todos los casos que sean capaces de resolver la patología de mayor prevalencia o habitual, lo que es considerado como el mínimo esperado de competencia.

Algunas referencias que ilustran el comentario:

(...) Aquí se forma un cirujano que esta en condiciones de solucionar la patología más prevalente de eh, los diversos regiones topográficas del cuerpo humano (E1)

(...) Bueno es un cirujano que está capacitado para hacer la cirugía habitual, está capacitado para hacer la cirugía de urgencia que lo requiera... y el resto lo suplen otros que están ya dedicados a especialidad, pero son capaces de resolver temas de cualquier ciudad de provincia nuestra (E4)

(...) a mí me parece que quienes formamos cirujanos tenemos que velar para que el mas malo sea bueno, que sea al menos competente (E5)

(...) uno requiere formar cirujanos que tengan autosuficiencia y puedan resolver problemas. (E9)

Esto destaca el valor que las capacidades técnicas orientadas a lo procedimental tiene para los entrevistados. De todas maneras, al considerar la competencia técnica como piedra angular de la formación del cirujano, esta es puesta en contexto por parte de los entrevistados, destacando que muchos de los formados deberán desempeñarse en regiones distintas a la Metropolitana y de preferencia en centros públicos de salud. Sobre este último punto es interesante como todos destacan que es ideal que el mayor número de cirujanos neófitos se desempeñaran en centros públicos de salud, destacando dos motivos principales; la necesidad de especialistas en la red y la oportunidad de aprendizaje que esta brinda.

Algunas referencias textuales:

(...) Es algo bueno para el sistema, que hayan especialistas del sistema público. (E1)

(...) o que nosotros estamos tratando es de formar a estos cirujanos que se queden en el hospital del Pino, que se vayan a Talcahuano, que se vayan a La Serena, Antofagasta, son los que se tienen que ir ahora, que estén preparados para trabajar ahí, no nos interesa lo de la clínica. (E2)

(...) por lo menos esa parte, se cumple con el perfil que buscamos, la falencia es los que trabajan en el sector publico diría yo (E3)

Como último punto a destacar sobre la visión del perfil de egreso, es que los dos puntos anteriores; la capacidad técnica y el lugar de desempeño, son generalmente acompañados por características que se esperan de los egresados como capacidad de trabajo en equipo, “buen criterio”, capacidad crítica y otras características transversales como amabilidad, respeto por el prójimo y cercanía con sus pacientes.

Lamentablemente, del perfil de egreso enunciado por los entrevistados no se logra obtener claridad qué sistema de salud (en cuanto a su organización y funcionamiento) pretenden que sus egresados integren.

Es por eso que al consultar sobre como creen que sus egresados se desempeñarían en determinados escenarios aparecen visiones más claras respecto a como conciben que se organiza el sistema de salud así como qué rol cumplen los cirujanos en éste.

Sobre el rol que cumplen los egresados en el nivel terciario (hospitales de alta complejidad/académicos) hay relativo acuerdo que además esta en línea con lo ya relatado previamente respecto al desempeño que un cirujano general debe tener, resolviendo problemas del ámbito de la cirugía general o la urgencia así que simplemente no participa de estos centros en favor de los especialistas como ya fuera tratado previamente.

Así mismo se discutió previamente sobre el rol que deben desempeñar los cirujanos en hospitales de menor complejidad, o “complejidad habitual” (ver Entrevista 1) en donde en opinión de los entrevistados parece ser que cumplen un rol protagónico entregando servicios no solo del ámbito de la cirugía general y de urgencia si no que también de algunas especialidades derivadas según sea la necesidad de la institución.

Al explorar la opinión respecto a la atención primaria de salud surgen respuesta muy disímiles pero con una visión común. Es evidente como la concepción centrada en la capacidad técnica del cirujano infunde la visión sobre el rol que este puede desarrollar en la red de salud. Todos consideran que el rol que pudiera desempeñar es directamente en la atención sanitaria a nivel primario, con las modificaciones al nivel de complejidad impuestas por ese contexto de desempeño pero siempre en la atención de pacientes. Esto se ejemplifica con las menciones a la cirugía menor, la atención de policlínico o gestión de listas de espera. En un solo entrevistado se observa un modelo en el que el especialista cumple un rol de comunicación con el resto de la red, integrando la atención de los pacientes transversalmente a lo largo de los distintos niveles de atención y delegando responsabilidades a todos los integrantes de esta última. Esta visión surge desde su experiencia formativa en Inglaterra, donde este es el rol del especialista.

Sumado a lo anterior, es muy importante la opinión que demuestra una visión centralizada en la atención terciaria de salud dada la falta de reflexiones previas respecto al rol que pudieran cumplir con la atención primaria. Una vez interrogados respecto a este posible rol, surgen dos visiones;

- Los cirujanos no estarían motivados en la atención primaria y/o sería un desperdicio de capital humano el que uno de ellos desempeñara algún rol en ese nivel de atención

- Existe un importante rol que no ha sido cubierto por los cirujanos en el nivel primario, principalmente en la resolución de algunas patologías, gestión de demanda para en nivel secundario y terciario y en último término un rol de integración en toda la red el que no necesariamente se debe cumplir físicamente en el nivel primario.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) Eh, un cirujano general yo creo que no porque sería malgastar recursos. Está formado para resolver problemas quirúrgicos de mediana y alta complejidad y no, allí podría quizás hacer cirugía menor pero eso en realidad lo puede hacer un cirujano general. (E1)

(...) Es fundamental, de hecho nosotros estamos tratando de trabajar con la atención primaria, nos ha costado un poquitito, hemos tenido algunas reuniones, ese es un proyecto que no solo tiene que ver con la beca, sino que tiene que ver en como tú te manejas, por un lado la derivación correcta en la que probablemente más que te llegue el paciente derivado es que tu vayas a enseñar y un cirujano puede perfectamente hacer un poli o resolver muchas de las cosas en la misma atención primaria (E2)

(...) Buena pregunta, una pregunta que un poco desconozco en el sentido que yo nunca hice atención primaria en lo personal, entonces ahora tengo una opinión personal que a lo mejor es un poco polémica yo sé que también el estado o el ministerio tiende a darle prioridad a la atención primaria y que incluso el pre-grado vaya enfocado a eso yo creo que eso es hacer más mediocre la medicina chilena... (E3)

(...) Yo estoy alejado de la atención primaria y creo que la inversión que se hace en el cirujano es tan importante que me parece que casi es una pérdida de recurso colocar a los cirujanos en la atención primaria a veces yo pienso que so es como una demanda política... ...los doctores que ejercen la medicina familiar o la medicina general, ellos sí estuvieran informados y debieran tener una relación con un especialista y por supuesto que ahí hay un camino por recorrer de que ellos capten y que ellos reciban de vuelta a los pacientes que eso es un tema que yo sí vi por ejemplo en Inglaterra y en Francia (E5)

(...) Yo creo que ninguno va a querer ir derechamente, yo creo que desde el punto de vista salud pública es un problema no menor y porque no salen, yo no me iría en este minuto porque no dependería del hospital, es una cuestión administrativa que esta desarticulada. (E10)

(...) yo creo que hay mucha patología quirúrgica pequeña que en general la podrían hacer los cirujanos y en general la hacen los médicos generales (E11)

En cualquiera de los casos anteriores, hay una clara necesidad de contar con un cirujano “generalista” que permita cumplir cualquiera de estos roles en la red.

Finalmente, la visión de los jefes de programa resulta ser una basada en el rol asistencial directo que cumplen los cirujanos con énfasis en el nivel terciario de atención. Incluso hay quienes consideran que el empeño puesto por la autoridad en técnica sanitaria respondería a una visión política lo que es de alguna manera considerado como negativo o en desmedro de la red.

3. Relación con el programa nacional de formación y retención de especialistas.

El nivel de conocimiento por parte de los entrevistados respecto del programa de formación y retención de especialistas es bastante dispar y parece depender de vías informales, la participación personal y de las estrategias de comunicación institucional.

Por una parte están quienes desconocen de información oficial al respecto y se enterado por vías informales, concentrando su información principalmente en las repercusiones sobre sus estudiantes así como el objetivo que busca responder; el déficit de especialistas en el sistema público.

Algunas referencias que ilustran el comentario:

(...) Y las vías de ingreso, que las he conocido así, eh, solamente de oída, eh que hay un concurso, que hay destino y que después hay posibilidad de formarse en una especialidad derivada. Eso es lo que te podría contar. (E1)

(...) no, no tengo mucha información... ..pero yo creo que si uno piensa en el objetivo país y cuáles son las falencias quirúrgicas yo creo que es un buen plan (E6)

(...) no lo manejo porque no me ha tocado participar directamente de eso, indirectamente a nosotros nos piden cupos, yo entiendo que hay una cosa así por la necesidad del país y ahora, eso tiene pro y contras porque por un lado se puede transformar en una vía paralela de formación que no es bueno porque se puede empezar a desperfilar la cosa... (E7)

Por otra parte, independiente de la profundidad del conocimiento que tengan al respecto la mayoría destaca positivamente aspectos como:

- El financiamiento de los estudiantes
- Destinación clara al egreso
- Aporte de especialistas al sistema públicos

Pero más allá de estos aspectos evaluados positivamente, hay matices que reconocen deben ser resueltos.

El más relevante para los entrevistados dado su impacto en la formación es la selección de los postulantes que ingresan a los programas. El cambio en los mecanismos de ingreso a las residencias y particularmente la pérdida del control por parte de las universidades es visto como la causa del deterioro en el nivel académico y profesional de quienes ingresan a formarse como cirujanos generales. Si bien hay un grupo de instituciones que han encontrado la forma de involucrarse en dicho proceso y dan cuenta de la capacidad de tamizaje que han desarrollado en la selección de los postulantes, también están quienes que por diversos motivos no han podido establecer este filtro y notan un cambio en el perfil de los que ingresan.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) Si bien, no puedo decir, digamos si han habido casos que habríamos rechazado, pero a veces no conocemos bien el mecanismo de ingreso y nosotros nos encontramos con residentes que tienen un background, un piso de conocimientos que no se adecuan a los estándares que estábamos acostumbrados (E1)

(...) nosotros tenemos mucho problema con la selección de los postulantes y es algo que hay que identificar porque son políticas ministeriales y en la realidad la política ministerial, y es una pelea que yo tengo con la escuela de post grado hace tiempo...tiene que ofrecer los cupos al ministerio y ellos lo distribuyen y ellos seleccionan a los postulantes incluso ya se está hablando de que ni si quiera tu puedes rechazar o no habilitar como se podía hacer en años anteriores (E2)

(...) lo mejor sería un concurso normal, cuatro (postulantes), ya quien quiere MINSAL y de esos ofrecérselos al ministerio pero un concurso aparte, pero encuentro que es muy engorroso, bien engorroso, a pesar que los encargados lo tienen súper claro (E3)

(...) yo creo que es positivo, pero la experiencia nuestra no ha sido buena con los que manda el ministerio de salud de hecho de los seis cupos que yo tengo al año solo acepto dos que me envían del ministerio de salud, porque al principio cuando aceptamos en forma abierta nos llenamos de gente que no tenía idea y que eran muy malos elementos pero eso lo hemos terminado... ...es un programa que yo creo está bien en su concepto pero el tema es que no hay selección. (E4)

(...) quisiéramos tener mayor autonomía en la selección de la gente (E5)

Así mismo, durante el proceso de enseñanza aprendizaje han identificado elementos del programa de formación que dificultan la autonomía al momento de por ejemplo, desvincular a un estudiante del programa por los motivos que correspondan. Estos elementos son principalmente las sanciones económicas y administrativas que le corresponden al estudiante si es eliminado de un programa lo en opinión de los docentes limita, desde la empatía, la eliminación de los programas.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) tu echas un becado y tiene que pagar una multa, tiene que pagar una serie de cosas, que incluso uno lo piensa y dice: pucha estando en la situación, no es mala persona, pero va a caer en esta situación que para cualquiera es súper complejo... ..no lo puedes cortar a los tres meses, lo cortas al año, pero ya al año empieza a tener problemas con la multa. (E2)

Si sumamos ambos elementos; la falta de un filtro que permita seleccionar adecuadamente a quienes tienen la mejor condición para formarse exitosamente y por tanto corren el riesgo de hacerlo de manera insatisfactoria con la imposibilidad de eliminar a quién no cumple con los requerimientos para titularse cabe cuestionar la calidad de especialistas que estos programas están entregando y con los cuales la autoridad pretende cerrar una brecha sanitaria. El elemento de la calidad que queda en evidencia en esto no ha sido adecuadamente resuelto incluso estando explícitamente garantizado en la ley como es el caso del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) y que viene siendo postergado hace al menos una década por falta de condiciones y acuerdos para su ejecución. Una situación como esta podría profundizar la incertidumbre respecto a la calidad de los especialistas en ejercicio.

Referencia textual de un participante:

(...) mucha gente dice que no debiera existir la habilitación, obviamente el gallo al que el ministerio le da la beca, pero han llegado aquí cada personaje, "es que existe

la posibilidad de rajarlos”, ¿tu sabes lo que ha pasado con los que he rajado?, todos están haciendo la beca en otras sedes de la universidad (E10)

No obstante, hay docentes que se han involucrado activamente en el proceso de selección e incluso de determinación del retorno de sus residentes con lo que han sorteado efectivamente las dificultades antes señaladas. Esto se acompaña con que al menos en la experiencia recogida de residencias de regiones, se intenta dar un rol regionalista a la formación de sus especialistas por lo que en convenio establecido con el ministerio es para formar a los especialistas de su región.

Referencias que ilustran el comentario:

(...) pero si hemos rechazado algunas gente, o sea hemos rechazado antes de que empiezan y eso lo tomamos en común acuerdo con la directora a de post grado no ha sido tan frecuente (E5)

(...) la mayoría son estos becados de la CONISS, hemos tenido buenas experiencias porque la ventaja es que nosotros o la regla que pusimos nosotros es que todos los becados que postulan nosotros le hacemos una evaluación previa. ...ojala que se vaya a algún hospital más pequeño de la zona (E11)

Otro elemento identificado por los entrevistados es una sensación de improvisación, poca prolijidad y liderazgo poco estable en la conducción del programa ministerial. Esto mismo es visto como un elemento que dificulta el desarrollo de sus programas de residencia ya que agrega incertidumbre sobre el escenario futuro y las reales necesidades de sus estudiantes dado el contexto al que se van a enfrentar al egreso. El que esto responda a causas de política institucional o cambios dentro de los liderazgos y sus aptitudes técnicas surgen como posibles causas de los mismo.

Algunas referencias textuales:

(...) no hay que formar solo personas individuales si no equipos y ojala generacionalmente afines... ..de manera que eso si me parece que se ha hecho con desinteligencia del punto de vista de esto de tener un proyecto con los lugares (E5)

(...) ¿Qué impresión tengo? Que es un desorden y unas anarquías que no se entienden, me toco participar en otras trincheras y me di cuenta de que los personajes en el ministerio distan mucho de ser técnicos y son más bien personajes políticos que debieran estar manejados por personas técnicas no con personas con miras políticas si no con miras sanitarias salubristas con metas de altas expectativas no con miradas cortoplacistas (E10)

Parte de esta incertidumbre parecieran experimentarla también los estudiantes durante su formación, los que si bien hoy cuentan con más certeza respecto a su futuro laboral, las condiciones en que esta se desarrollará no son lo suficientemente claras.

Algunas referencias:

(...) los colegas tienen más claro lo que van a hacer, tienen una certeza de cual es su trayecto.... ha habido lo que he percibido un cierto malestar por conversaciones que se han tenido entre los residentes que no me gusta porque "me tienen destinado a un lugar en el cual , eh, no se cumplen las exigencias para que yo desarrolle lo que aprendí en mi residencia (E1)

(...) desde que partió esto del pago obligatorio de una beca se han ido a provincia, pero muchos se han ido a regañadientes, algunos se han entusiasmado y otros no (E10)

Llama la atención que algunos entrevistados señalan una tendencia en la dirección opuesta al planteado por el programa ministerial. En opinión de un grupo hay una tendencia hacia el auto-financiamiento por parte de los residentes que determina buena parte de las elecciones respecto al lugar de desempeño futuro y perjudica el rendimiento académico durante la formación. Al momento de las

entrevistas, todos los programas evaluados contaban con alguna proporción de residentes financiados por el ministerio por lo que llama la atención que el auto-financiamiento sea aún un tema influyente en opinión de algunos entrevistados o que sea considerado como la única forma de financiamiento de sus estudiantes, lo que a su vez es visto como un elemento indeseable en la formación de cirujanos.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) antes era dedicación exclusiva; “no podías ayudar a privados porque no no más”, pero actualmente tu no le puedes decir a un autofinanciado que no puede ir ayudar porque tiene que costearse el financiamiento (E6)

(...) los residentes, no existen los becados, todos están todos se financian su formación y son formaciones caras, entonces ahí hay otro tema, el residente tiene que estar trabajando como le vas a pedir dedicación completa que es ideal en la beca hoy en día se ve vulnerada, porque como le vas a pedir dedicación completa si está pagando su beca o su residencia y eso en la mayoría de los casos es así (E7)

(...) Para financiar el hoyo financiero que tiene para atrás, lo malo es que se entusiasman después. (E10)

En términos globales, pareciera ser que en opinión de los entrevistados el Programa de formación de especialistas es evaluado positivamente en mérito a sus objetivos. Pero así mismo parece ser que su implementación no satisface a los docentes entrevistados ya, particularmente en cuanto a la selección de los candidatos y al marco regulatorio que impone dificultades para su quehacer docente. Finalmente y sin importar todo lo anterior, pareciere que para la gran mayoría este programa no ha impactado el desarrollo de sus propios programas docentes, lo que contrasta con la falta de conocimiento de algunos de los docentes sobre la participación de estudiantes financiados por el ministerio en sus departamentos.

4. Práctica docente de los entrevistados desde la propia perspectiva

En último término vale la pena evaluar la propia visión sobre su quehacer docente. Ya expuse sobre los elementos que han generado cambios respecto a la práctica docente en general y las tensiones que generan en la formación de cirujanos generales. Pero la opinión que los entrevistados tengan sobre su propio desempeño académico resulta de particular interés toda vez que ellos son los líderes en la formación actual de cirujanos.

Destaca de manera transversal la diversidad de tareas que desempeñan los docentes que representan en buena medida la más alta jerarquía administrativa en sus respectivos programas. Los entrevistados identifican que solamente al interior de sus departamentos deben desarrollar labores de docencia directa a estudiantes de distintos niveles de formación así como planificación y evaluación sobre la misma, también cumplen con tareas de tipo administrativo y de planificación al interior de sus departamentos. Todo lo anterior se une frecuentemente con tareas del tipo asistencial propias de cargos que cumplen en las instituciones de salud donde se desarrollan sus programas de formación, los que en oportunidades también revisten posiciones de responsabilidad dentro de la institución. Y finalmente lo anterior no considera que en algunos casos, los académicos desarrollan otras actividades de tipo académico (en sociedades médicas de tipo académico) o asistencial fuera de sus programas.

Algunas referencias textuales:

(...) Mira por ahora yo tengo que hacer de todo prácticamente, desde desarrollar los programas hasta hacer la retroalimentación directa y me ha tocado como te decía estuve con licencia hace unos meses y vi como las cosas no se hacían, he tratado de delegar pero la falta de conocimiento de algunos colegas pero la falta de conocimiento de algunos colegas, los más directos incluso, tu terminas viendo que si no estás encima sobre todo en esta primera etapa... (E2)

(...) yo soy el jefe del programa de post grado de la universidad de... y participó activamente acá en el hospital... en el que estoy en el equipo de cirugía; por lo tanto,

los veo todos los días, aparte de eso nosotros tenemos una vez a la semana un seminario con ellos... Como jefe de programa y como la universidad no tiene un hospital propio, tengo que relacionarme, ir a reuniones como a ti te consta, que es súper entretenido para conocer más gente, pero el tiempo! (E3)

(...) yo soy el jefe de programa hace diez años probablemente lo deje luego, tengo muchas cosas, ese es mi principal rol igual yo soy tutor en el sentido de que sigo enseñando a los becados tanto en sus primeras cirugías... me toca además dirigir lo que se llama el comité de becas (E5)

(...) de docente directo en esas áreas que te he dicho, básicamente de la simulación y en algunos pasos que me toca hacer de repente a los internos y los becados, pero el resto es administrativo mi trabajo es directivo.(E7)

Esto hace que en ojos de los entrevistados comúnmente se considere que sus agendas de trabajo están sobrecargadas de responsabilidades demandantes. En suma a lo anterior es común a un grupo la opinión sobre la dificultad que revierte tratar de delegar parte de estas responsabilidades en el resto del cuerpo docente, ya sea porque simplemente existe una falta de interés en asumir más y nuevas responsabilidades académicas, pero también porque muchas veces consideran que pese a poder delegar responsabilidades, las deficiencias en la formación docente, como ya fuera tratado en un capítulo previo, determinan que pese a disponer formalmente de docentes en los que distribuir el trabajo, este debe ser supervisado a tal nivel que la carga de trabajo y responsabilidad sigue recayendo en ellos.

Referencias textuales que ilustran el comentario:

(...)hago desde lo más básico porque a veces les he pedido oye tu puedes hacer el programa de la asignatura y claro, me lo mandan y al final tengo que empezar (n.d.c. gesto de desaprobación) pero por último se van motivando. (E2)

(...) Me hago el espacio para hacer la docencia a los internos y cada vez les dedico menos tiempo porque lamentablemente te va comiendo la máquina... yo la jefatura

tengo intención de dejarla de aquí a diciembre para dedicarme de lleno a la especialidad y a la docencia porque en realidad los cabros están botados (E10)

Lo anterior parece verse especialmente dificultado ya por la concepción sobre el modelo de docencia imperante, el identificado como “tutorial” y que por tanto exige un acompañamiento continuo por parte de los académicos que se dedican a la docencia. Esto quizás deba ser re-formulado a la luz de nuevos roles docentes en que el acompañamiento deba ser más orientado a ser facilitadores del aprendizaje con centro en los estudiantes y no en los docentes.

De todas maneras hay común acuerdo en que las metodologías con las que ellos aprendieron no son suficientes a la luz del conocimiento actual y de las exigencias que la formación profesionalizante les impone. Esto viene a reforzar la visión de quienes consideran necesario incorporar un cuerpo de conocimientos nuevos respecto a docencia y formación docente.

Algunas referencias:

(...) puedes hacer esta prueba y claro la metodología de la prueba es de hace veinte años atrás (E2)

(...) yo creo que debería ayudarse, asesorarse, por toda la gente que es experta en educación, porque todo lo que es innovación en docencia por ahí va la cosa (E3)

Independientemente de lo anterior, hay diferencias respecto a las vías por las cuales se deberían incorporar estas nuevas prácticas. Algunos entrevistados consideran que si bien hay nuevas metodologías docentes que deben ser implementadas así como un acercamiento al conocimiento distinto al tradicional (basado en el empirismo) este pierde relevancia en la práctica ya que es la tradición la que sigue determinando el actuar médico y docente. Una visión intermedia es aquella que reconoce la resistencia por parte de algunos miembros del cuerpo docente a la renovación de la y la propia falta de motivación por desarrollar esas habilidades pero procuran incorporar miembros interesados en el desarrollo docente.

Finalmente están quienes asumen como propio el desafío de implementar técnicas novedosas para lo cual se involucran en diversas instancias de formación docente.

Algunas referencias textuales que ilustran el comentario:

(...) Que sigan la línea, que todos vayan hacia el mismo lado, así es que es un programa que está en constante revisión y viendo que cosas podemos mejorar y cuestionando y analizando (E2)

(...) eso también lo hace a uno cambiar un poquito el enfoque de lo que está enseñando porque hay muchas cosas de las que uno puede decir mañana no son verdad, entonces lo que vale es la experiencia de las canas no más, a la larga... (E10)

(...) en este centro somos muy flojos para hacer carrera académica (E6)

(...) La juventud no más, es la única manera, médicos jóvenes recién salidos de la beca o hace poco tiempo, pero uno los encuentra en la universidad los motiva a que sigan que no se vayan y ellos ver qué línea de investigación quieren y ahí a ellos motivarlos para que tomen a la gente joven. (E3)

Finalmente, los docentes entrevistados mencionan una cercanía a los residentes así como una simetría en la relación que no existía previamente lo que aparentemente influye en la cercanía que se establece con los mismos y es visto como uno de los elementos que motiva a quienes se dedican a la docencia.

(...) hoy en día los becados tienen más posibilidades de discutir por lo menos aquí, nosotros los instamos a que lo hagan en dudas de todo lo que les cuentan, no todo lo que dice el profesor es la verdad y ellos lo hacen de forma respetuosa adecuada no hay ningún problema pero yo creo que la oportunidad de hacer cosas es menor hoy día pero en cuanto a hacerlas mejor probablemente es mayor (E4)

Discusión

El rol que las autoridades ejercen dentro de los programas de formación está muchas veces definido de manera implícita y los estilos de liderazgo que estas desarrollen al interior de sus determinadas instituciones no ha sido estudiado previamente en nuestro contexto. Por otra parte es razonable suponer que la conducción de los programas de formación y de las unidades académicas en las que se desarrollan influye en el éxito con el que se forman los especialistas y por lo tanto revisar de qué manera ven el contexto en el que se desenvuelven los docentes responsables es del todo pertinente.

Si bien el foco de este proyecto no estaba puesto en identificar los estilos ni la visión sobre la propia capacidad de liderazgo, parece pertinente considerarla al momento de interpretar los hallazgos. Slootweg identifica distintos estilos de liderazgo dentro de los directores de programa y como estos se enfrentan al rol de conducción así como al influjo que reciben de distintas fuentes de información como pueden ser los pares, sus estudiantes y el contexto en el que se desenvuelven varía dependiendo de estos estilos (Slootweg, Van Der Vleuten, Jan Heineman, Scherpbier, & Lombarts, 2014). De esta forma aquellos estilos asociados a la creación de oportunidades para los miembros de la academia, una actitud vigilante respecto a los cambios contextuales y el desarrollo del propio liderazgo como el aprendizaje en el ser modelos a seguir parecen asociarse más a una correcta lectura de los cambios que pudieran influir en la docencia de sus programas (Slootweg et al., 2014). La información que manejen por tanto, es fundamental, especialmente considerando los hallazgos de Slootweg en que el ejercicio del liderazgo muchas veces se realiza por medio de la entrega de información para el desarrollo del colectivo académico.

Su conexión con el contexto en el que se desarrollan los programas de formación es fundamental, tal como describe Lieff (Lieff et al., 2016), la vinculación entre el medio y el programa de formación es una de las competencias nucleares esperable de los liderazgos dentro de la formación profesionalizante. En las entrevistas analizadas podemos ver una variabilidad importante al momento establecer esa conexión. Si bien pareciera que algunos docentes son capaces de ver

las necesidades actuales y futuras además de tener una visión clara del camino a recorrer para dar con soluciones a los conflictos que estas imponen, en el otro extremo hay quienes parecieran no tener una visión muy amplia de lo que ocurre en la profesión ni lo que ocurre al interior de sus programas. Si bien el trabajo de Lieff en definir estas competencias nucleares fue realizado en un contexto danés y no exclusivamente para programas de cirugía general, en Chile no hay publicados a la fecha trabajos que desarrollen una pregunta similar, y sus hallazgos respecto a lo deseable que es el desarrollo de estas habilidades por parte de quienes ejercen los cargos de liderazgo dentro de la formación de cirujanos generales así como de cualquier otra especialidad parecen del todo extrapolables a nuestro contexto.

No deja de llamar la atención que uno de los principales temas identificados en los cambios contextuales por parte de los docentes es lo referido como *“judicialización de la profesión”* y la interferencia que esta ha introducido en la docencia de postgrado. Si bien, este tema no ha sido identificado en la literatura nacional, en contextos regionales se ha identificado que podría estar determinado en parte por un cambio en las reglas en que se transan los servicios sanitarios, actualmente más expuestos a las normas del mercado que a las de una relación benefactor-beneficiado (Rodríguez, 2006). Así mismo parece ser un elemento que puede distanciar al médico de sus pacientes (Espinosa, Menoret, Puchulu, & Selios, 2009; Herrera Medina et al., 2010) como vemos en este estudio, también al docente de su educando.

Por otra parte, el enfrentamiento que los docentes y sus programas han tenido a los cambios propios de la técnica es bastante diverso. Si bien todos describen que mucho de eso está determinado por el acceso a recursos y la motivación del resto del cuerpo académico, es importante señalar que algunos entrevistados muestran una visión poco desarrollada de como enfrentar estos desafíos más allá de lo que los recursos permiten. En estos contextos es donde el desarrollo de estrategias educacionales y la búsqueda de recursos en otras instituciones así como el Estado han permitido a quienes presentan una plan que se hace cargo de esos desafíos, desarrollar y mantener actualizados sus programas. Esto hace nuevamente hincapié en la importancia tanto de la conducción del programa como de la visión de quienes realizan esta labor.

Al evaluar el impacto percibido por parte de los docentes de la política nacional de formación de especialistas desarrollada por el Estado, llama la atención lo limitado que es y principalmente restringido al proceso de selección de los postulantes así como la libertad de acción respecto a poder determinar si un estudiante egresa o no de su programa. Esta cierta impermeabilidad de los programas de formación a políticas nacionales de amplia cobertura y gran cantidad de recursos utilizados se suma a la casi nula preocupación que existe por parte de los docentes de perfilar a los futuros profesionales en un contexto de integración de redes, trabajo descentralizado en regiones y con mira a satisfacer las necesidades de un sistema que aún requiere de cirujanos generales en distintos niveles de atención. Esto se entiende parcialmente por la visión extendida respecto al futuro, o falta de él, de la especialidad generalista. El cirujano general se debate entre la transformación a un peldaño en el camino a la súper especialización o un profesional articulador de la atención con capacidad de resolución de patologías complejas (Grover & Kothari, 2016). El debate en esta área está pendiente pero todo indica que es de suma importancia transparentar las posiciones y definir un rumbo.

Finalmente, resulta interesante evidenciar como transversalmente parece coexistir la dificultad de incorporar nuevas metodologías al desempeño docente así como sumar miembros al equipo académico lo que en último término dificulta el desarrollo de programas más eficaces al momento de formar especialistas que cumplan las expectativas. Es por esto que deben buscarse estrategias institucionales desarrollen activamente el fortalecimiento de sus planteles docentes.

Dificultades

La principal dificultad del desarrollo de esta tesis se debe a la falta de experiencia del investigador respecto de la metodología cualitativa y su implementación. Así mismo, cuando se intentó extender el trabajo con la visión de directores de programas en regiones distintas de la Metropolitana, la respuesta a participar fue extremadamente baja lo que en alguna medida puede afectar la incorporación de todas las posibles visiones. De todas maneras, a juicio del autor la información alcanzó el nivel de saturación y no pareciera perjudicar los resultados.

Todo lo anterior sumado a la escasez de tiempo y una lesión que me mantuvo con licencia algunos meses hizo que el tiempo de desarrollo de la tesis se extendiera mucho más allá del intencionado originalmente.

Conclusiones

Contrario al supuesto inicial sobre el impacto que tendría el programa nacional de formación de especialistas, el efecto que éste ha tenido en la formación de especialistas parece ser marginal en opinión de los entrevistados y circunscrito a la selección de estudiantes. Otros elementos como la restricción del desempeño de los cirujanos generales, el cambio en el riesgo de judicialización de acto médico y aspectos relativos a la docencia propiamente tal son vistos como elementos que tensionan la formación de especialistas.

Hay algunos docentes evaluados que han desarrollado estrategias para sortear estas dificultades emergentes, pero hay otro grupo que pareciera estar menos preparados para enfrentar los desafíos actuales.

Finalmente, el modelo de atención para el que se están formando los especialistas parece no reconocer el rol que cumple la atención primaria o los distintos niveles de complejidad dentro de la red de salud. Esto resulta particularmente interesante al considerar que hay entrevistados que nunca se habían cuestionado cual es el rol que cumplen en una red integrada de salud. Esto pudiera estar determinado por la naturaleza de la institución a la que pertenecen o experiencias de su propia formación todo lo cual hace especialmente relevante considerar la exposición que reciban los futuros especialistas.

Proyecciones

Este trabajo aporta información que permite plantear nuevas áreas de investigación y cambios en la forma que se hace docencia. Si bien muchos de los elementos identificados requieren de recursos significativos para ser tratados, hay otros que pudieran ser enfrentados con cambios en la información que los entrevistados manejan, como por ejemplo lo referente al riesgo de judicialización y su impacto en la docencia. Así mismo, la visión centrada en un nivel de atención, sin considerar la integración de la red que recoja una continuidad en la atención de los pacientes debe ser tratada de manera integrada entre autoridades sanitarias y académicas ya que no perfil, oculto o no, del profesional que se esta formando no parece condecirse con un sistema centrado en la atención primaria con énfasis en la prevención.

Bibliografía:

- Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos APICE. Requisitos específicos para un programa de formación de especialistas en cirugía general (2009). Chile. Retrieved from <http://www.apicechile.cl/site/wrap.php?id=2>
- Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos APICE. (2017). Proceso de Acreditación. Retrieved March 12, 2017, from <http://www.apicechile.cl/site/proceso.php#>
- Banco Mundial, & Gobierno de Chile. (2010). Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. *Serie Cuadernos de Redes*, 31, 1–81.
- Bermúdez, C., Monroy, A., Torregrosa, L., & Henao, F. (2006). Estado actual de la formación de residentes de cirugía general en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 21(4), 225–239. Retrieved from <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Cirugia21406/Cir212206Estado.htm>
- Borrell, R. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Representación OPS/OMS Argentina*. Retrieved from http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub61.pdf
- Bustamante, M., Espinoza, R., Hepp, J., & Martínez, J. (2015). Estándares de la formación del cirujano. Visión de la sociedad de cirujanos de Chile. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(1), 102–108.
- Canales, M. (2006). *Metodología de investigación social* (1° ed). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Celedon Lavin, C. (2011). Formación de especialista en otorrinolaringología. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 71(3), 193–195. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162011000300001>
- Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas CONACEM. (2014). Requisitos generales para la certificación de especialidades médicas. Retrieved April 10, 2014, from http://www.conacem.cl/requisitos_generales.asp
- Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado. (2014). *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(1), 51–55. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000100009>
- Espinosa, C., Menoret, V., Puchulu, M., & Selios, M. (2009). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta*, 27(128), 31–36. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005

- Espinoza, R., Danilla, S., Valdes, F., San Francisco, I., & Llanos, O. (2009). Evaluación de los Programas de Formación en Cirugía General. Encuesta a los alumnos de postítulo. *Revista Médica de Chile*, *137*, 940–945. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000700013
- Grover, B. T., & Kothari, S. N. (2016). Fellowship Training: Need and Contributions. *Surgical Clinics of North America*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2015.09.003>
- Guillou, M., Carabantes C, J., & Bustos F, V. (2011). Disponibilidad de medicos y especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, *139*(5), 559–570. <https://doi.org//S0034-98872011000500001>
- Hepp, J., Csendes, A., Ibáñez C, F., Llanos, O., & San Martín, S. (2008). Programa de la especialidad Cirugía General: Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile. *Revista Chilena de Cirugía*, *60*(1), 79–85. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262008000100017&script=sci_arttext&tIng=e
- Hernández, J., de la Peña, A., & Soberón, I. (2009). Perfil profesional del cirujano general. *Revista Cubana de Cirugía*, *48*(3). Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v48n3/cir09309.pdf>
- Herrera Medina, N. E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, *12*(3), 343–355. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300001&lng=en&nrm=iso&tIng=es
- Huang, R. (2017). RQDA: R-bases Qualitative Data Analysis. Retrieved from <http://rqda.r-forge.r-project.org>
- Jarufe, N., & Barra, M. (2017). Comenzando un nuevo periodo con énfasis en la educación quirúrgica y las regiones. *Revista Chilena de Cirugia*, *69*(2), 103–104.
- Latorre, A., del Rincon, D., & Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa* (1era ed.). Barcelona: Ediciones Experiencia S.L.
- Lemus Lago, E. R., & Pérez Sánchez, A. M. (2013). Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba. *Educación Médica Superior*, *27*(3), 275–287. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013
- Lieff, S. J., Zaretsky, A., Bandiera, G., Imrie, K., Spadafora, S., & Glover Takahashi, S. (2016). What do I do? Developing a competency inventory for postgraduate

- (residency) program directors. *Medical Teacher*, 38(10), 1011–1016.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1147532>
- Llanos, O., San Martín, S., Calderon, W., Burdiles, P., & Boza, C. (2003). Requisitos mínimos y estándares básicos de un programa de formación de un cirujano general. *Revista Médica de Chile*, 55, 655–658.
- Marton, F. (1981). Phenomenography? Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177–200. <https://doi.org/10.1007/BF00132516>
- Ministerio de Salud. (2014). Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud. Retrieved April 10, 2015, from <http://web.minsal.cl/medicosespecialistas>
- Núñez Serrano, O., Silva Peña, I., & Núñez Correo, D. (2016). Modelo de formación de Médicos especialistas en la Atención Primaria de Salud de Chile. *Educación Médica Superior*, 30(3), 559–566.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Residencias médicas en América Latina*.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2017). Postítulo Especialidad en Cirugía General. Retrieved March 10, 2017, from <http://medicina.uc.cl/docman/468/doc-download>
- R Core Team. (2017). R: A language and Environment for Statistical Computing. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <https://www.r-project.org/>
- Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007
- Román, O., Feliú, M., & Echavarría, L. (2011). Formación de médicos especialistas en el Sistema de Servicios de Salud de Chile: Su evolución en el período 2007-2010. *Revista Médica de Chile*, 139, 762–769. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600010&script=sci_arttext
- Sepúlveda, C. (2012). Formación de especialistas médicos en Chile. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(6), 507.
- Silberman, F. S. (2009). Educación médica de posgrado Residencias médicas. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*, 75, 88–96.
- Sistema de Información en Educación Superior. (2013). *Oferta académica de postgrado SIES año 2013*. Santiago, Chile. Retrieved from <http://www.mifuturo.cl/index.php/bases-de-datos/oferta-academica>

- Slootweg, I. A., Van Der Vleuten, C., Jan Heineman, M., Scherpbier, A., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2014). Program directors in their role as leaders of teaching teams in residency training. *Medical Teacher*, 36(12), 1073–1079. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.923561>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Gestión y Desarrollo de las personas MINSAL. (2014). Financiamiento de residentes.
- Toro Alvarez, C. C. (2007). El rol de las Sociedades Científicas en la formación de especialistas. *Revista Chilena de Cirugía*, 59(4), 1–2. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262007000400001>
- Universidad Austral de Chile. (2015). Programa de especialización en cirugía. Retrieved March 10, 2017, from <http://www.medicina.uach.cl/postgrado/especialidades/cirurgia.php>
- Universidad Católica del Norte. (2017). Especialidades Cirugía General. Retrieved March 10, 2017, from <http://www.ucn.cl/carrera/especialidad-cirurgia-general/>
- Universidad de Chile. (2013). Programa de formación de especialista en cirugía general. Retrieved November 20, 2013, from http://www.cirurgiahsalvador.cl/centro_formacion/programa-formacion-facultad-medicina.html
- Universidad de la Frontera. (2013). Especialidad en Cirugía General. Retrieved November 20, 2013, from http://postgrado.ufro.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=108:especialidad-en-cirurgia-adultos&catid=37&Itemid=70
- Universidad de los Andes. (2017). Programa de formación de postitulo en Cirugía Genreal. Retrieved March 10, 2017, from <http://postgrados.uandes.cl/emcg/>
- Universidad del Desarrollo. (2017). Postitulo de especialidad en Cirugía General. Retrieved March 10, 2017, from <http://medicina.udd.cl/postgrado/cirurgia-general/informacion-general/descripcion/>
- Universidad Diego Portales. (2017). Programa Formación en la Especialidad de Cirugía General. Retrieved March 10, 2017, from <http://postgrados.udp.cl/programa-formacion-especialidad-cirurgia-general/>

Visión curricular de los docentes responsables de la formación de cirujanos generales en Santiago frente a cambios recientes en contexto nacional.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Dr. Eugenio Grasset Escobar. El objetivo de esta es indagar la opinión de los docentes responsables de los programas de formación de cirujanos generales en Santiago respecto al currículo en el contexto actual del programa nacional de formación de especialistas.

La participación del estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en esta entrevista, serán anónimas al momento de la difusión del resultado de la investigación. Para el registro de la entrevista esta será grabada digitalmente y luego transcrita para su análisis.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de omitirlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Eugenio Grasset Escobar.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado del propósito del estudio y se han respondido las dudas que de el tuviera. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Grasset al correo ea.grassete@uchile.cl.

Nombre

Firma

Fecha