



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD,
DR. ANTONIO FRAGA MOURET.

**EVALUACIÓN DEL PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES
MÉDICAS POR EL MEDICO RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL
DE INSTITUCIÓN PRIVADA Y PÚBLICA**

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA:

DR. ANTONIO GÓMEZ PEDRAZA

ASESORES DE TESIS :

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

MEXICO D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

I. RESUMEN / ABSTRACT	4
II. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
III. MATERIAL Y MÉTODOS	15
IV. RESULTADOS	16
VI. DISCUSION	22
VII. CONCLUSION	24
VIII. BIBLIOGRAFIA	25
IX. ANEXOS.....	

RESUMEN

Evaluación del plan único de especializaciones médicas por el medico residente de cirugía general de institución privada y pública.

OBJETIVO: Determinar si existen diferencias en la evaluación del Plan Único De Especializaciones Medicas en Cirugía General por los médicos residentes de institución pública y privada.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, transversal y abierto. Aplicación de cuestionario a residentes de segundo, tercer y cuarto año de residencia en Cirugía General de los Hospitales Centro Medico ABC y Hospital de especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret para evaluar el PUEM el cual consta de 104 items, dividido en 2 partes. Análisis estadístico: Estadística Descriptiva.

RESULTADOS: Se estudiaron 63 residentes, 21 de institución privada y 42 de institución pública. No hubo diferencias en infraestructura ($p=0.21$), en recursos para la atención de la especialidad hubo diferencias ($p<.05$). Hubo diferencia en la causa mas frecuente de hospitalización, colelitiasis (66%) en privado y complicaciones quirúrgicas (39%) en público. Estudios de gabinete más solicitados, drenajes percutáneos (68%) en privado y CPRE (44%) en público. La pública en la organización curricular mayor cumplimiento del PUEM que la privada ($p<.05$). En actividades de enseñanza, mayor tiempo dedicado a la práctica clínica (30%) en la pública, y mayores actividades de investigación en la privada (30%).

CONCLUSIONES: Se observo poco conocimiento sobre aspectos que el PUEM considera para avalar un hospital como sede. Desde el punto de vista de la infraestructura, a pesar de lo que se esperaba, no se encontraron diferencias significativas. En enseñanza se observan diferencias importantes en cuanto a los objetivos que buscan una institución y la otra en sus residentes de Cirugía General.

Palabras Clave: PUEM. Evaluación. CPRE

ABSTRACT

Evaluation of “Unique program for medical specializations” (UPMS), by residents of surgery from private and public institutions.

OBJETIVE: Determine if differences exists in the evaluation of “Unique program for medical specializations” (UPMS) between residents of surgery from private and public institutions.

MATERIALS AND METHODS: Prospective, observational, descriptive, transversal and open study. Residents from Centro Medico ABC and Dr. Antonio Fraga Mouret Hospital, were invited to answer and evaluation for the “Unique program for medical specializations” (UPMS), it was composed for 104 items divided into two parts.. The results were analyzed. Statistical analysis: Descriptive Statistic.

RESULTS: A total of 63 residents were interviewed. 21 from private institution, and 42 from the public institution. No differences were find on structure ($p=0.21$). For the resources of the attention differences were find ($p<0.05$). The most important cause of hospitalization was cholelithiasis (66%) for private and surgical complications for public (39%). The most frequent studies were percutaneous drainage for private (68%) and ERCP (44%) for public. The UPMS curriculum was better fulfillment for public than private institution. On teaching activities it was observed much more time dedicated to clinical practice for public (30%) and more investigation activities for private (30%).

CONCLUSIONS: So little knowledge was observed about UPMS aspects for validation of the course. No differences exists on structure, however it was hope. On teaching, important differences was observed because are not equal the objectives for the residents between both institutions.

KEY WORDS: UPMS, Evaluation.ERCP.

ANTECEDENTES

La especialización médica es muy antigua en México. Data de la época prehispánica. La civilización náhuatl contaba con cirujanos (*texoxotla-ticiltl*), internistas (*Tlama-tepetli-ticiltl*), herbolarios (*Papamacani*), parteras (*Tlamatquiticiltl*), etcétera. Durante el Virreinato se acentuó la especialización en el ejercicio médico con la apertura de hospitales de especialidades. En el siglo XVI se fundaron, por ejemplo, el Hospital de San Lázaro de la Tlaxpana para “leprosos”, el Hospital del Amor de Dios, dedicado a enfermedades venéreas, entre otros. En 1861, Juárez fundó la Casa de Cuna, semilla del Hospital Infantil de México; en 1869 se fundó el Lazareto de Churubusco en donde se atendían a militares con enfermedades infecciosas transmisibles.³

A principios del siglo XX se dio un gran impulso a la creación y consolidación de las especialidades. Por un lado, con la apertura del Hospital General en 1905 se abrieron diversos pabellones (infantil, de cirugía, medicina, obstetricia, infecciosos, ginecología, tuberculosis, dermatología y oftalmología). Más tarde en 1926, se abrieron tres servicios en el Hospital General que albergaron sendas especialidades: cardiología, gastroenterología y urología, encabezadas por Ignacio Chávez, Abraham Ayala González y Aquilino Villanueva, respectivamente.²

Por otro lado, en el ámbito universitario don Eduardo Liceaga inició en 1906 en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. En 1933, siendo director de la Escuela de Medicina el doctor Ignacio Chávez, se impartieron cursos de diferentes especialidades para conmemorar el Centenario del Establecimiento de Ciencias Médicas.

En el Hospital General existían los cursos de Postgrado desde 1937 pero se sustentaban de manera irregular. A partir de la creación de la primera Residencia del Hospital General en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada.²

En la Facultad de Medicina de la UNAM se impartían cursos de adiestramiento en la especialidad. En 1960, siendo jefe de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina el doctor Bernardo Sepúlveda, se creó la primera residencia de especialidad con afiliación universitaria que hubo en México. Este primer curso, de Cirugía Plástica y Reconstructiva, se llevó a cabo en el sistema de residencia en el Hospital General. El programa del curso fue elaborado e impartido por los doctores Fernando Ortiz Monasterio y Alfonso Serrano. En la sesión del 4 de diciembre de 1964, el Consejo Universitario aprobó el Reglamento de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina, que vino a sustituir al Reglamento del Doctorado. En este reglamento se estipulaba, en el capítulo de consideraciones generales, que la formación de especialistas, requería también, al igual que la educación continua, de una seria organización de nivel universitario.⁴

La Facultad de Medicina, con la experiencia que había adquirido en el desarrollo de los cursos de orientación y especialización que se habían impartido en la extinta Escuela de Graduados, ofreció, a partir de 1965, cursos de especialización que requerían de residencias hospitalarias. Éstas deberían ser precedidas por un internado rotatorio que incluía la medicina general, cirugía general, gineco-obstetricia y a la pediatría.⁴

Se propone que la enseñanza fuera eminentemente tutelar, por aprendizaje en servicios, pues los alumnos son a la vez residentes de los hospitales que se ocupan de diversas funciones asistenciales; su relación con los profesores es más estrecha que en el nivel licenciatura debido a que laboran juntos por tiempo completo; pasan a servicios de consulta externa, hospitalización y quirófanos -en las disciplinas que lo requieren- y, a la vez, participan en la docencia, ayudando a la enseñanza de residentes de años inferiores. El método de enseñanza incluye conferencias teóricas, sesiones académicas, auto enseñanza con lecturas dirigidas y discusiones coordinadas y, por supuesto, adiestramiento clínico en la atención diaria de enfermos. Hay por último, un adiestramiento clínico complementario consistente en trabajo de guardia en los hospitales, siempre bajo la supervisión de residentes con mayor experiencia o médicos de base que acuden al llamado expreso de los propios alumnos.⁴

Hoy en día el programa de Residencias se ha ampliado en extensión y profundidad. Todos los hospitales oficiales y casi todos los hospitales privados cuentan con un programa de residentes.⁴

El Plan único de Especializaciones Médicas en Cirugía General (PUEM) fue creado en el año de 1994 con la finalidad de formar especialistas competentes capaces de responder a la expectativas de salud de la población mexicana.⁵ Esto llevo a la interrelación de la Facultad de Medicina, las instituciones de salud y los Consejos Mexicanos de Certificación de los Médicos Especialistas. Como parte de este plan se realizó la difusión y edición de los programas académicos, que incluyen las cuatro actividades académicas que conforman su estructura didáctica, esto es: seminario

de atención médica, trabajo de atención médica, seminario de investigación y seminario de educación. Se han realizado ciclos de visitas de supervisión a las 80 sedes hospitalarias por parte de los comités académicos de Especialidades Médicas. Como resultado de esto se han formulado una serie de recomendaciones, según la sede visitada, referentes a las mejores condiciones o cualidades que para cada especialidad se deben reunir, desde el punto de vista de la infraestructura, instalaciones, servicios o áreas asistenciales, de equipos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, de material médico y quirúrgico para el total desarrollo de la especialización. Los aspectos sustantivos de la docencia han sido motivo de particular e insistente atención. En relación a la evaluación de los alumnos se realizan exámenes objetivos de opción múltiple a partir de la presentación textual de casos clínicos. En estos exámenes se valoran las habilidades intelectuales que debe poseer el alumno para atender los problemas médicos de su especialidad. El análisis de estos resultados ha permitido identificar los aciertos académicos de los alumnos inscritos a cada sede y por otra parte diagnosticar a quienes no han conseguido obtener el conocimiento por presentar ciertas dificultades en el cumplimiento del programa de estudios.⁵

En la actualidad se puede distinguir en una práctica médica de alto nivel de calidad, tres funciones profesionales: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. En el PUEM, cada una de estas funciones profesionales da lugar a las actividades académicas que los alumnos habrán de acreditar en cada año lectivo ante la universidad, independientemente del curso de especialización al que estén inscritos.⁵

Así también son importantes los criterios administrativos y académicos para la implantación del curso de especialización. Las sedes deben cubrir una amplia gama de problemas de atención médica, tener disponibilidad de tiempo para el análisis de los problemas que se presentan y la integración de expedientes que reflejen el quehacer cotidiano. Así como el estímulo para la elaboración de proyectos de investigación y comités académicos de especialidades médicas.⁵

En cuanto a la organización contar con instalaciones adecuadas, personal médico que reúna las características para ser nombrado profesor, disponer de lugares para la realización de sesiones médicas, disponer de bibliohemeroteca, instancia responsable de la coordinación de las actividades de enseñanza. Contar con áreas de descanso, con las condiciones adecuadas.⁵

La UNAM definió los requisitos que debe cumplir un cirujano que aspira a ser titular o adjunto del curso universitario algunos son: tener diploma de especialista en la disciplina respectiva, contar con la certificación vigente del consejo correspondiente, contar con la experiencia a nivel de docencia en educación superior, mostrar su participación en la divulgación del conocimiento, acreditar cursos de formación pedagógica y metodología de la investigación y hallarse libre de otros compromisos administrativos y docentes en la unidad.⁵

Comenio en el siglo XVI da a conocer la Didáctica Magna, de ella la escuela tradicional toma algunos aspectos acordes con las ideas dominantes de la época. La tarea del maestro es la base y condición del éxito, es el que decide los programas los cuales deben ser ordenados y programados; la enseñanza del conocimiento debe estar graduada para que el alumno aprenda, el alumno no debe buscar nada fuera del programa escolar; el método es igual para todos los alumnos y se basa en el repaso tomado como repetición exacta y minuciosa de lo que el profesor acaba de decir. El alumno se somete por entero al profesor –disciplina (premio) y castigo- y se acostumbra a observar determinadas normas que le impiden su espontaneidad (6,7).

Estos hechos prevalecen hasta nuestros días, es importante diferenciar lo que se dice, se proclama y se legisla en la escuela –el discurso oficial- y lo que se oculta o se silencia (8).

Con el propósito de comprender y explicar la realidad concreta en que vivimos es importante señalar tres perspectivas teóricas desde un punto vista sociológico; la perspectiva funcionalista, donde el principal representante es Durkeim, creador de las ciencias de la educación donde define la naturaleza objetiva de la educación en tres dimensiones: a)La acción como transmisión de un código simbólico, b) el proceso, donde la acción ejercida es transformadora, permanente, continua y c) la educación como institución, donde las acciones se sistematizan en un conjunto de dimensiones y métodos establecidos.

Los tres representan las necesidades sociales concretas, donde debe existir homogeneidad, diversificación. Durkeim refiere que la principal función de la educación es la socialización metódica de la generación joven, mediante la acción ejercida por la generación adulta.

Otra teoría es la estructural funcionalista concibe los fenómenos sociales como estructuras que cumplen con una función necesaria para el sistema; el principal representante es Parsons quien refiere “La estructura de un sistema es el conjunto de propiedades de sus partes componentes y de las relaciones que guarden entre sí tomando en cuenta sus propósitos y límites”. La escuela es funcional al sistema, orientada hacia una meta específica, adecuada a las necesidades de la sociedad (9).

El desarrollo de la práctica educativa está sujeto a las concepciones e ideologías dominantes, lo que legitima la versión oficial de la escuela, donde se presenta como una institución autónoma, espacio de socialización, sitio único del saber donde el individuo desarrollará su capacidad para ascender en la escala social que traduce el progreso social. Althusser es el exponente de la teoría de la reproducción, -la escuela es uno de tantos aparatos ideológicos del estado-, es la visión mas esclarecedora de lo que es la escuela de nuestros días: es una institución de reproducción ideológica de la sociedad, donde la desigualdad está establecida, las corrientes de opinión y prácticas son impuestas por la parte dominante, esto hace que el individuo tenga anhelo por lo extranjero, desinterés por la cultura propia, intolerancia con lo diverso, complicidad con el orden que mantiene la desigualdad -actividad propia de la especialización excluyente-.

La educación es una estructura dinámica, se inserta en el análisis de las clases sociales y en el papel de la dominación económica, política, cultural e ideológica de las clases dominantes. La escuela de acuerdo con ésta corriente de interpretación es un espacio ideológico cuya función es propiciar la reproducción de las relaciones de producción existentes. (6,10)

Existen teorías alternas que se han desarrollado con otra visión y que han tratado de lograr un cambio en la idea de la educación –Dewey, Montessori, Ferriere, Freire entre otros. Paulo Freire propone una idea directriz multidisciplinaria en la educación de adultos, la educación deber ser liberadora donde el educador invita al educando a reconocer y redescubrir críticamente la realidad, el conocimiento toma dos momentos: la adquisición del conocimiento y la creación de nuevo conocimiento, basados en la acción y reflexión de la realidad, como un a unidad por lo que la teoría y la práctica las concibe como unidad, la experiencia el centro de reflexión de donde parte el conocimiento, para ello se propone el despertar de la conciencia, se debe ser consciente para poder realizar la crítica de un acto. Freire propone que el profesor debe ser crítico del mundo en que vive, de tal suerte que sea el mediador para inducir el alumno a la liberación y construcción de su conocimiento partiendo de la experiencia, la concienciación y reflexión crítica de la realidad.

Nuestra realidad educativa se caracteriza porque las instituciones escolares reproducen el patrón educativo dominante, en la currícula de la especialización en cirugía general se aborda el plan de estudios por asignatura. Desde los años sesenta se han realizado trabajos sobre el currículo en México; van desde

la propuesta de universidades que tratan de presentar una opción diferente a la relación de conocimientos, realidad social y universidad hasta la consideración en el aprendizaje de una materia o asignatura determinada en el plan de estudios concreto. El egresado de un plan de estudios medirá el éxito o fracaso de los mismos no por la presentación de un examen académico sino por su desempeño en la incorporación al sistema productivo y cultural del país cuando pone en juego los conocimientos, habilidades y actitudes que se adquirieron en la realización de su plan de estudios mismo que se detecta a partir de los seguimientos en los centros laborales. El diseño, implementación y evaluación de un plan de estudios en educación superior representa una concreción de la relación educación- sociedad. La escuela centrada en si misma, aislada ya académica no es la respuesta para esta relación dinámica y cambiante de ahí que sea necesario considerar el plan de estudios en todas las etapas como un proceso y por lo tanto sujeta a una transformación permanente. El currículo es un termino poli semántico que se una indistintamente para referirse a planes de estudio, programas e incluso implementación didáctica. Uno de los problemas es la falta de formación para la carrera docente ya que es común que el profesor se reclute entre los egresados de las diversas especialidades y que aunque pueden contar con una buena preparación y experiencia en el ramo de su especialidad se sienten inseguros en lo relativo a la elaboración de programas de estudio y a formas de aplicación de los mismos.

En este protocolo nos interesa el currículo en su aspecto teórico disciplinario y pedagógico, y de tal forma nos preguntamos, los profesores frecuentemente son brillantes profesionales en su especialidad pero, ¿carecen de formación profesional en el área de pedagogía, ciencias de la educación o docencia?.

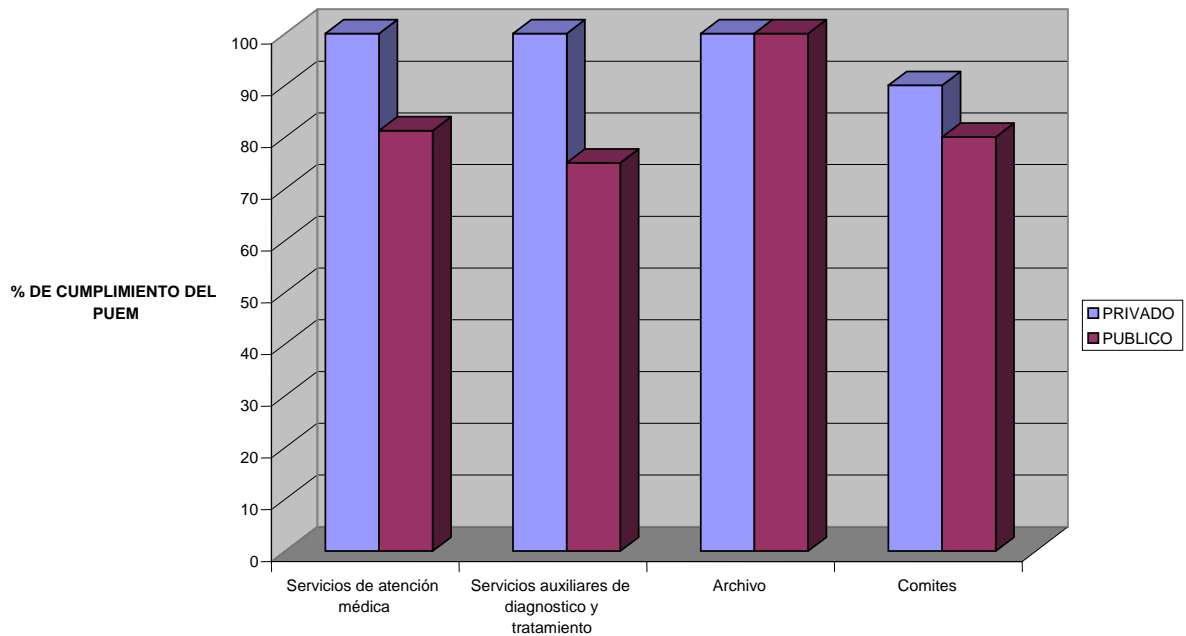
MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es prospectivo, observacional y descriptivo, transversal y abierto. Se realizó en el Hospital de especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza de tercer nivel de atención así como en el Centro Medico ABC. Se integro el estudio por residentes de Cirugía General que estuvieran cursando el segundo, tercer y cuarto año de la especialidad en Cirugía General en ambos hospitales. Como criterios de exclusión se tuvieron aquellos residentes que desearan realizar una subespecialidad de rama así como aquellos residentes que se encontraran en el servicio que no estuvieran inscritos al año lectivo 2007-2008. Se les aplicó la encuesta de situación académica, estructura y recursos de las residencia de especialización médica validado por la UNAM en 1994, a un total de 63 residentes, 21 de hospital privado y 42 de hospital público. Del hospital privado 20 residentes nacionales y 1 extranjero. Del hospital público 39 nacionales y 3 extranjeros. 11 residentes del hospital privado cumplieron con los criterios de inclusión y 33 del hospital público. La encuesta esta dividida en 2 partes la primera parte se aplico a los coordinadores del programa en la sede y la segunda parte a los residentes. Se concentraron los datos obtenidos en una hoja previamente diseñada para tal efecto. Análisis estadístico: Estadística Descriptiva.

RESULTADOS

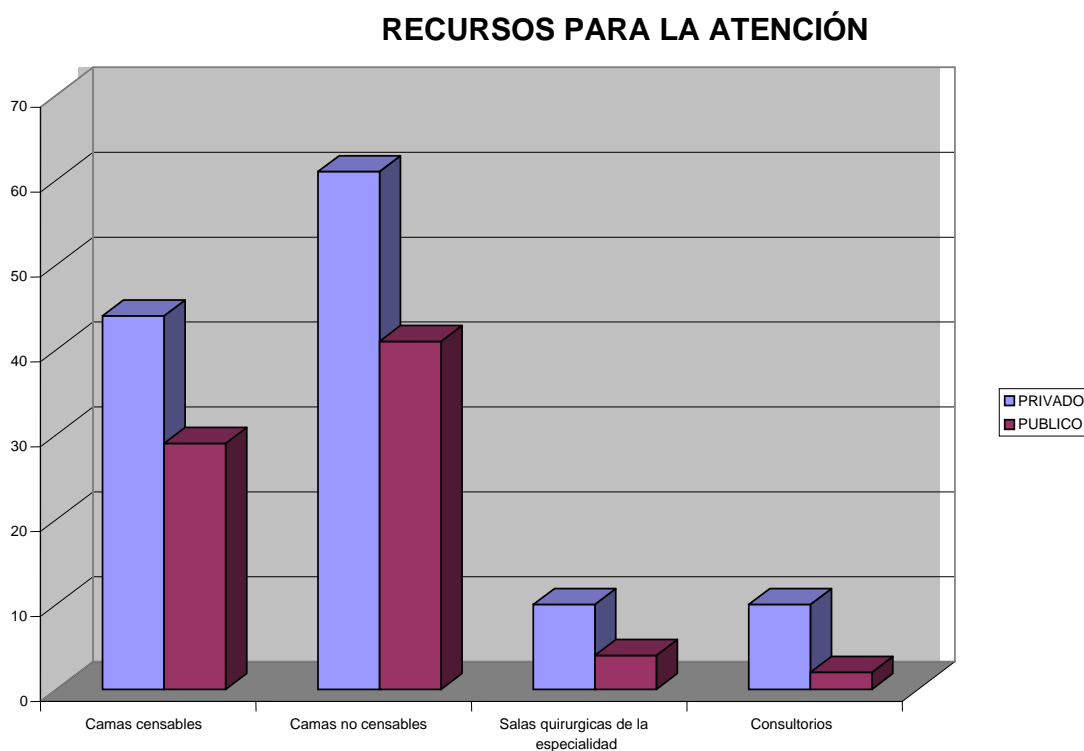
Se aplicó la encuesta a las 2 sedes de la especialidad en cirugía general a un total de 63 residente de los cuales 21 fueron de hospital privado y 42 de hospital público. La encuesta dividida en 2 partes de aplico la primera por ser común para todos los residentes aplicada a la sede y la segunda al resto de los residentes. Un total de 10 residentes de hospital privado (47.61%) fueron excluidos del estudio por su interés en derivar a una subespecialidad, así como 18 (42.85%) en el hospital público. Respecto a la infraestructura no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.21$) tomando en consideración servicios de atención medica, auxiliares de diagnostico y tratamiento, archivo y comités dentro de las unidades (ver Graf. 1).

INFRAESTRUCTURA



GRAFICA 1

Se encontró diferencia en la presencia de bioterio el cual no existe en el hospital público. En el rubro de recursos para la atención de la especialidad se encontró diferencia significativa ($p \leq 0.05$) en el numero de camas no censables y consultorios el cual es mayor en el hospital privado (ver Graf. 2).



GRAFICA 2

Se encontraron diferencias importantes en las estadísticas de atención morbilidad y mortalidad, (ver Tabla 1) el promedio mensual de consultas en hospital publico de 65 y en el hospital privado de 240 con diferencias estadísticamente significativas. La causa mas frecuente de hospitalización Colelitiasis (66%) para el hospital privado y las complicaciones quirúrgicas para el hospital publico (39%). El procedimiento mas frecuente para ambas instituciones fue la colecistectomia laparoscópica. No hubo diferencia en el numero de procedimiento quirúrgicos en ambas instituciones.

La complicación mas frecuente en la institución privada fue la infección de herida quirúrgica y para la institución publica, las complicaciones cardiovasculares. En el área de estudios de gabinete intervencionista los drenajes percutáneos (68%) sobre el resto de estudios para el hospital privado y la CPRE (44%) (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) para el hospital publico.

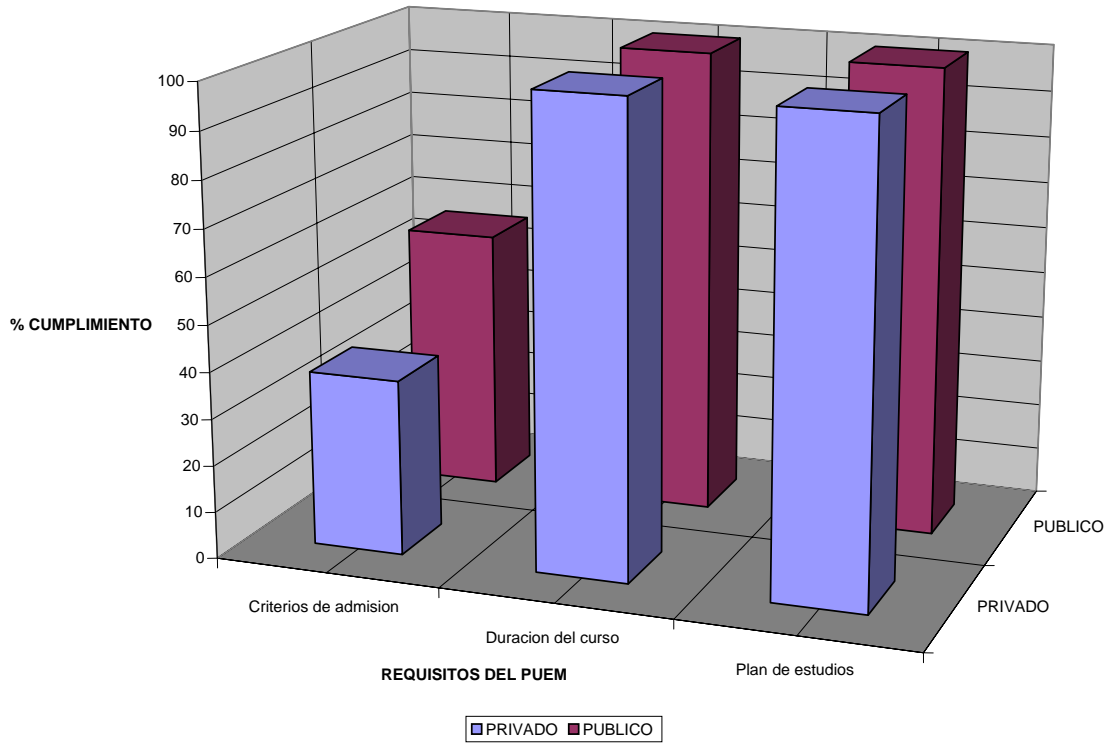
TABLA 1. ESTADISTICAS DE ATENCION MORBILIDAD Y MORTALIDAD

VARIABLES / INSTITUCION	PRIVADO	PUBLICO
Causa mas frecuente de consulta externa	Trastorno funcional digestivo (55%)	Trastorno funcional digestivo (38%)
Promedio mensual de consulta externa atendida	65	240
Causa mas frecuente de hospitalización	Colelitiasis (66%)	Complicaciones quirúrgicas (39%)
Altas por mejoría (mensual)	ND	ND
Altas por defunción (mensual)	ND	ND
Procedimiento quirúrgico mas frecuente	Colecistectomía Laparoscópica (44%)	Colecistectomía Laparoscópica (31%)
Promedio mensual de cirugías	300	240
Promedio mensual de partos	NA	NA
Complicaciones hospitalarias	Infección de herida quirúrgica (47%)	Complicaciones cardiovasculares (48%)
Numero de estudios anatomia patológica mensual	460	400
Laboratorio solicitado con mayor frecuencia	BH (60%)	ES (58%)
Gabinete no intervencionista	Telerradiografía Tórax (59%)	Telerradiografía Tórax (64%)
Gabinete intervencionista	Drenajes Percutáneos (68%)	CPRE (38%)

ND. No disponible. NA: No aplica.

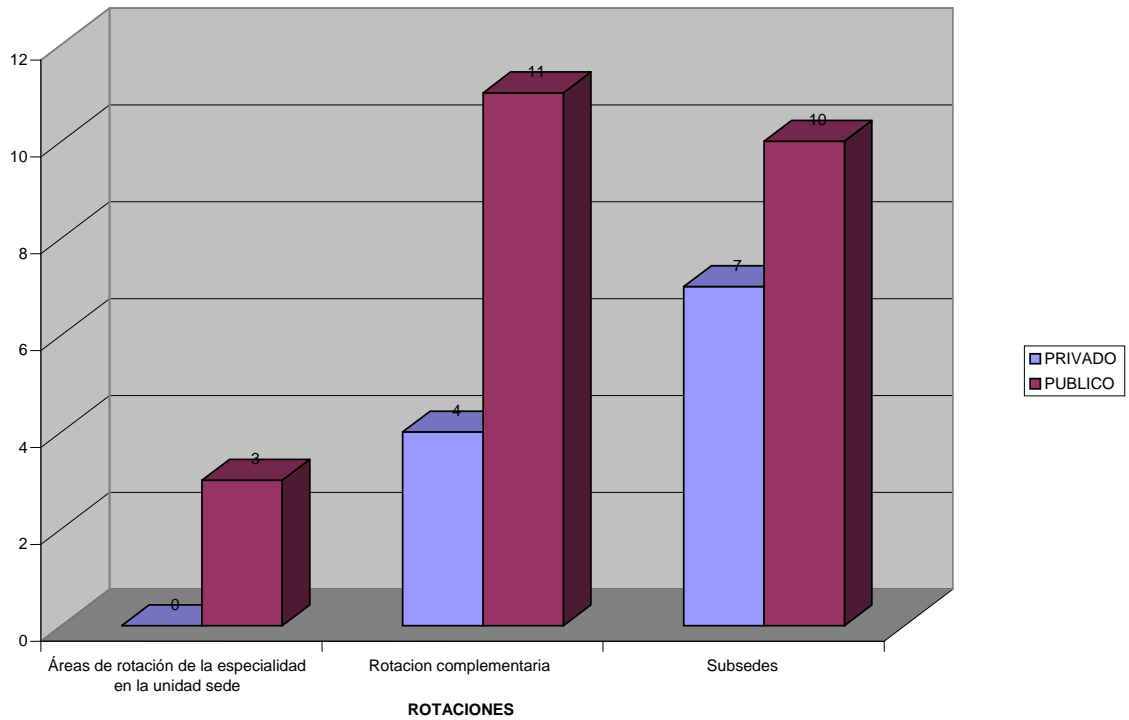
En la organización curricular el hospital público con mayor porcentaje de cumplimiento respecto al privado con significancia estadística ($p < 0.05$) (Graf. 3 y 4).

ORGANIZACION CURRICULAR



GRAFICA 3

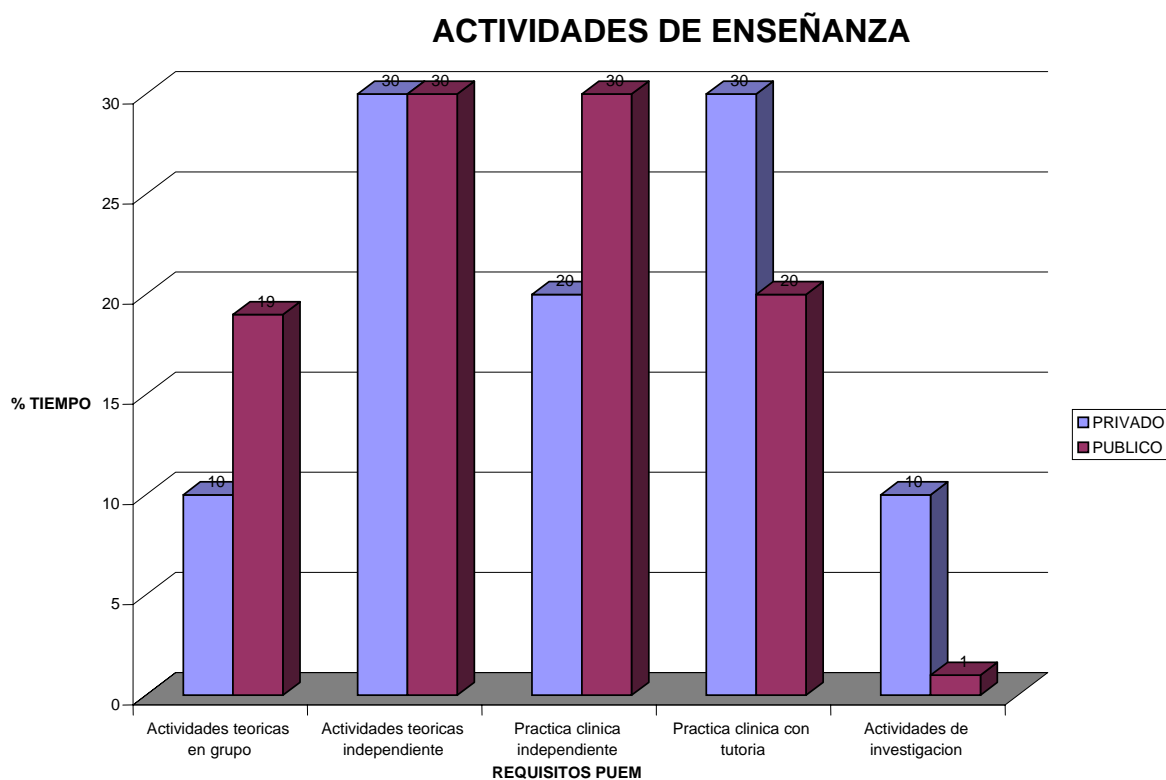
ORGANIZACION CURRICULAR



GRAFICA 4

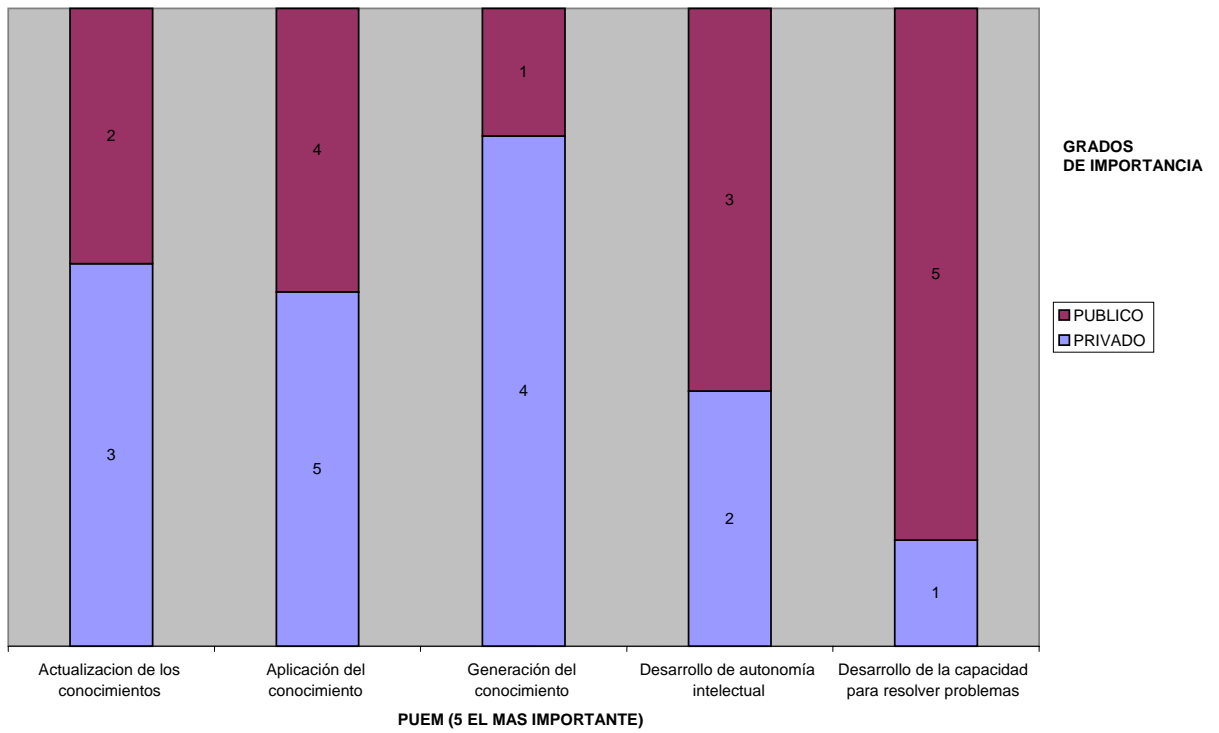
En cuanto a las actividades de enseñanza se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área de orientación de enseñanza siendo más importante la aplicación del conocimiento para el hospital privado y el desarrollo de la capacidad para resolver problemas en el hospital público. (Graf. 5 y 6).

En actividades académicas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de horas semana de práctica clínica siendo mayores en el hospital publico sin embargo siendo mayores también las horas sin supervisión (Graf 7). En la integración docente asistencia e investigación, se identifico deficiencia importante en las actividades de investigación. Y en la opinión general de los residentes de ambas instituciones se consideran con conocimientos y destrezas en categoría I.



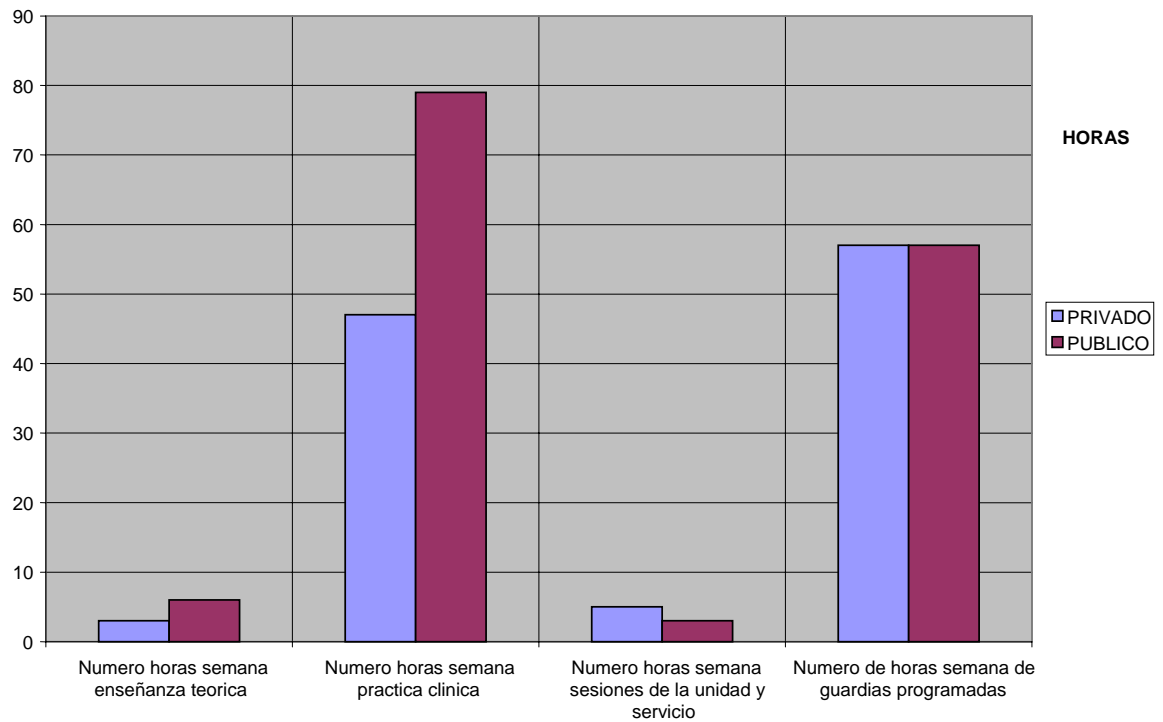
GRAFICA 5

ORIENTACION DE ENSEÑANZA



GRAFICA 6

ACTIVIDADES ACADÉMICAS



GRAFICA 7

DISCUSIÓN

Se encuentra una diferencia importante en la cantidad de residentes en la institución privada y pública esto debido a la diferencia en la cantidad de pacientes manejado por cada institución reflejado en la cantidad de consultas otorgadas en la especialidad. No se encontró una diferencia importante en la proporción de residentes que desean realizar una subespecialidad. Los servicios de atención médica para la institución pública y privada no mostraron diferencias a diferencia de lo que se pensaría por los recursos económicos con los que se cuenta en cada una. Si se identifico sin embargo la ausencia de bioterio en la institución pública lo cual tiene una repercusión importante desde el punto de vista académico en el residente de la institución pública. Los recursos para la atención fueron diferentes para las dos instituciones ya que en la privada se cuenta con mayor número de camas no censables lo cual refleja su sobrestimación en la institución pública. El promedio de consultas otorgadas por el medico residente fue mayor en la institución pública que en la privada, con la similitud en el diagnostico principal de atención. Se observa diferencia en el tipo de pacientes atendidos en cada unidad siendo la primara causa de hospitalización en la institución pública las complicaciones quirúrgicas y esto se entiende al ser un centro de referencia. En cuanto a las demás variables no se observaron diferencia en ambas instituciones. En la organización curricular se observo un mayor cumplimiento de los aspectos propuestos por el PUEM en la institución pública sobre todo en el programa de rotaciones y las sedes de apoyo, así como en los criterios de admisión para ingresar al programa de residencia. Las actividades de enseñanza siendo muy importantes en este trabajo, se observa una diferencia sobre todo en la práctica clínica a favor de la institución pública sobre todo la de tipo independiente y no así en las

actividades teóricas en grupo, siendo más importantes en la institución privada, en cuanto a la orientación a la enseñanza es diferente el enfoque que se da en institución privada a favor de la aplicación del conocimiento y en la pública sobre todo en el desarrollo de la capacidad de resolver problemas. En el ámbito de la investigación se observa deficiencia importante en la institución pública en todos los años de la residencia valorados. Y finalmente en la opinión general también valorada se observa que los residentes de ambas instituciones se sienten capaces de llevar a cabo procedimientos diagnóstico terapéuticos de forma adecuada y con conocimiento en el 90% de los casos.

CONCLUSIÓN

Después de haber analizado las respuestas de los médicos residentes nos damos cuenta del poco conocimiento que se tiene del PUEM, así como de los aspectos que el mismo toma en cuenta para considerar una sede apta para el desarrollo de personal médico capacitado en un área específica, en este caso, la residencia en cirugía general. Observamos también que la institución pública toma como objetivos el capacitar personal para la resolución de problemas en una gran gama de patologías sin dar la importancia que tiene el área de la investigación, así también la institución privada favorece la realización de la misma, sin embargo notamos la carencia muchas veces de métodos para desarrollo de destrezas, las cuales son importantes para el buen desempeño de un Cirujano General. Finalmente se tiene un concepto positivo en ambas instituciones sobre la aplicación de conocimientos y el desarrollo de destrezas desde el punto de vista del médico residente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega MJ, Zaldívar LLZ, Vega MG, Romero MJL, Vega PMO, Avila MJ
El cirujano científico y la enseñanza de la cirugía en México. Segunda parte: La enseñanza de la cirugía en el postgrado y educación médica continúa del cirujano. *Cir. Gen* 2004; 26 (4): 330-336
2. Quijano Pitman, F. "La historia de las residencias médicas en México". En *Revista Médica*, IMSS 1988;26:347-8.
3. Quijano Pitman, F. y Fernández Alonso, M.E. "Apuntes sobre la historia de las especialidades en México". En *Revista Médica*, IMSS 1994; 32: 391-4.
4. Entrevista con el doctor Fernando Ortiz Monasterio: "Es necesario optimizar el modelo de residencia de especialidades". En *Ciencia Médica. Boletín de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Medicina*, UNAM. 1994; 1 (5): 7- 9.
5. Facultad Medicina, UNAM .“Plan único de Especialidades Médicas en Cirugía General” .. División de Estudios de Postgrado e Investigación. Subdivisión de Especializaciones Médicas. México D. F. 2003.
6. Comenio, JA *La Didáctica Magna*. México, Editorial Porrúa, México 2002:198p
7. Palacios, J Algo sobre la escuela tradicional. En la cuestión escolar. Editorial Fontamara, México 1993:16-23

8. Viniegra, VL El camino de la crítica. En: Materiales para una crítica de la educación. 1 Edición México, programas educativos, 1999:1-48

9. Salomón, M. Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social. Perfiles educativos. CISE-UNAM, México 1980; (8): 3-24

10. Althusser, L. Ideología y aparatos ideológicos del estado, Ediciones Quinto sol, México 2000

11. Freire, P. Llamada a la concienciación y a la desescolarización. EN la naturaleza política de la educación, cultura, poder y liberación. Barcelona-Busnoas aires.México, Ediciones Paidós 1973:165-9

ANEXO 1

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Diseñado por el autor)

DATOS GENERALES

Sede
Profesor titular
Domicilio
Aspectos administrativos
Servicios de atención médica
Servicios auxiliares dx tx
Quirofanos

Archivo
Comites
Bioterio
Jefatura de enseñanza
Jefatura de investigación
Bibliohemeroteca

RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Camas censables
camas no censables
Salas quirúrgicas de la especialidad
Consultorios
Sistema de registro y codificación de enfermedades
Manual de normas y procedimientos
Archivo de material didáctico

ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL SERVICIO

Causas más fq de CE
Promedio mensual de CE
Causas más fq de hospitalización
Altas por mejoría
Altas por defunción
Procedimientos quirúrgicos más fq
Promedio mensual de qx
Promedio mensual de partos
Complicaciones hospitalarias
Anatomía patológica
Laboratorio
Gabinete no intervencionista
Gabinete intervencionista

ORGANIZACIÓN CURRICULAR

Criterios de admisión
Duración del curso
Áreas de rotación en la unidad sede
Rotación complementaria
Subsedes
Plan de estudios
Alumnos externos
Actividades de enseñanza

Orientacion de enseñanza
act
aplic
gene
autonom
resolver

Situaciones de enseñanza
dest. Fq
dest comp
dest ens r
dest ens mb
superv
activ p desarr

Procedimientos de evaluacion
Aprendizaje
Practico

Retroalimentación

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES ACADEMICAS

Numero horas semana enseñanza teorica
Numero horas semana practica clinica
Asignacion de tutor
Numero horas semana sesiones de la unidad y servicio
Numero de horas semana de guardias programadas
con supervision
sin supervision

Areas de descanso
Servicios sanitarios
Condiciones fisicas

PROFESORES

Nombre
Funcion
Nombramiento administrativo en la unidad
Horas contratado en la unidad
Horas diarias dedicadas al curso
Pertence al SN I
Experiencia docente en medicina
Experiencia en investigacion

Horas semana dedicadas
Instituconal
Privado
Investigación
Docente
Administrativo

Mecanismos para profesionalizar la docencia

Evaluacion de la capacidad docente

RECURSOS DE APOYO DOCENTE

Material didactico

Equipo audiovisual

Equipo de computo

Programas de computo

Sala de juntas

Aulas

Auditorio

Bibliothemeroteca

Bancos automatizads de informacion medica

Servicios de hemeroteca

Copias

CD ROM

Prestamo

Subsidio

ALUMNOS

Nacionales

Extranjeros

Financiamiento

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIA Y DE INVESTIGACION

Oportunidad de comunicaci3n y discusion de problemas

Discusion del manejo

Participacion activa en procedimientos diagnosticos

Participacion activa de procedimientos quirurgicos

Pacientes completamente a su cargo

Participacion en actividades academicas del servicio

Participacion en actividades de investigacion

OPINION GENERAL

CATEGORIA

CONOCIMIENTOS

DESTREZAS