

Artículo Original

Percepción de los cirujanos sobre su formación para el ejercicio autónomo de la especialidad

Surgeons' perception of their training for the autonomous practice of the specialty

 Segovia Lohse, Helmut Alfredo¹;  Aldana Ubillus, Celso Augusto¹;  Gamarra Sosa, José Daniel¹;  Gómez Cantore, José Aníbal¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas | San Lorenzo, Paraguay.

Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Segovia Lohse, H; Aldana Ubillus, C; Gamarra Sosa, J; Gómez Cantore, J. Percepción de los cirujanos sobre su formación para el ejercicio autónomo de la especialidad. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* 2026; 59(1): e59012611.

RESUMEN

Introducción: Durante la residencia de cirugía general el médico residente amplía sus conocimientos, habilidades y aptitudes, adquiriendo progresivamente autonomía. En las últimas décadas los cambios en los modelos de enseñanza-aprendizaje han generado interrogantes sobre la preparación real del egresado. **Objetivo:** Explorar la percepción de los actores clave del proceso educativo sobre la formación de los médicos residentes de cirugía general del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, para el ejercicio profesional autónomo. **Métodos:** Investigación cualitativa de enfoque hermenéutico interpretativo, realizada mediante 15 entrevistas semiestructuradas —cinco residentes, cinco cirujanos recién egresados y cinco tutores— entre noviembre y diciembre de 2020. El análisis fue de contenido temático, organizado en torno a dos dimensiones y nueve descriptores. **Resultados:** Los residentes de cirugía general egresan sin estar preparados para el ejercicio autónomo, aunque son capaces de realizar cirugías de baja complejidad. La mayoría desea subespecializarse. Los participantes demandan mayor número de cirugías, uso sistemático de simuladores y rotaciones estructuradas. La pandemia COVID-19 agravó deficiencias preexistentes. Los tutores fueron identificados como principal fortaleza institucional. **Conclusiones:** La preparación para el ejercicio autónomo es incompleta. Prolongar la residencia sin resolver los problemas de infraestructura y gestión administrativa no mejorará la formación.

Palabras clave: residencia médica, cirugía general, percepción, autonomía profesional, educación médica, investigación cualitativa.

Autor correspondiente: Dr. Helmut Alfredo Segovia Lohse. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas | San Lorenzo, Paraguay. Email: hhaassll@gmail.com.

Editor responsable:  Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez*,  Dra. Lourdes Talavera*.

*Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

Fecha de recepción el 24 de junio del 2025; aceptado el 26 de marzo del 2026.

ABSTRACT

Background: During general surgery residency, residents expand their knowledge, skills and aptitudes, progressively acquiring autonomy. Recent changes in residency training models have raised questions about actual graduate preparedness. **Objective:** To explore the perceptions of key educational stakeholders regarding the training of general surgery residents at Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, for autonomous professional practice. **Methods:** Qualitative study using an interpretive hermeneutic approach. Fifteen semi-structured interviews were conducted with five residents, five recently graduated surgeons, and five resident tutors between November and December 2020. Thematic content analysis was performed using two dimensions and nine descriptors. **Results:** General surgery residents graduate without being prepared for autonomous practice, though they are capable of performing low-complexity procedures. Most wish to pursue a subspecialty. Participants demanded more operative exposure, systematic use of simulation, and structured rotations. The COVID-19 pandemic exacerbated pre-existing deficiencies. Tutors were identified as the main institutional strength. **Conclusions:** Preparation for autonomous practice is incomplete. Extending residency duration without addressing infrastructure and administrative problems will not improve training.

Keywords: medical residency, general surgery, perception, professional autonomy, medical education, qualitative research.

Introducción

La residencia médica es un período de enseñanza-aprendizaje donde el médico residente desarrolla un programa que le permite ampliar su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y aptitudes dentro de una especialidad. A través de ésta, el educando profundiza sus conocimientos en un área específica de la medicina ⁽¹⁻³⁾.

En Paraguay, la residencia de cirugía general tiene una duración de tres años ^(1,4), lo que difiere de algunos programas internacionales que proponen períodos de formación más prolongados ^(2,5).

Diversas modificaciones han ocurrido desde los conceptos rígidos implementados por el Dr. Halsted a finales del siglo XIX hasta la flexibilización de la residencia actual —carga horaria, abolición del sistema piramidal, entre otros—, despertando preocupación respecto a si el egresado en cirugía general reúne los requisitos indispensables para el ejercicio profesional autónomo, a pesar de haber culminado exitosamente la residencia ⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Estas consideraciones, sumadas a la situación institucional de la residencia en el Hospital de Clínicas, motivaron el presente estudio. La pregunta de investigación fue: *¿Cuál es la percepción de los actores clave del proceso educativo sobre la preparación de los residentes de cirugía general del Hospital de Clínicas, FCM-UNA, para el ejercicio profesional autónomo?* El objetivo fue explorar dicha percepción en tres grupos: residentes en formación, cirujanos recién egresados y tutores.

Materiales y Métodos

Diseño y enfoque

Se realizó una investigación cualitativa de enfoque hermenéutico interpretativo⁽¹¹⁾, centrado en la comprensión de los significados y valoraciones que los propios actores otorgan a sus experiencias formativas. Este enfoque fue seleccionado porque la pregunta de investigación requiere comprender percepciones, no cuantificar fenómenos.

Contexto

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Clínicas, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, con asiento en la ciudad de San Lorenzo. Se trata de uno de los hospitales de referencia más importantes del país. La residencia de cirugía general adscripta a esta institución tiene una duración de tres años. Las entrevistas se realizaron entre noviembre y diciembre de 2020, durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Reflexividad de los investigadores

Los investigadores son docentes universitarios con ejercicio activo en la FCM-UNA, lo que facilitó el rapport con los participantes y la comprensión del vocabulario institucional, pero implicó también el riesgo de sesgo de familiaridad. Para mitigarlo, se elaboró un diario reflexivo durante el análisis, se debatieron las interpretaciones en sesiones grupales entre los cuatro investigadores y el integrante ajeno al ámbito quirúrgico aportó una perspectiva externa al proceso formativo.

Participantes y muestreo

La población enfocada estuvo integrada por tres grupos: (a) médicos residentes en curso del programa, (b) cirujanos recién egresados en los dos años previos y (c) tutores de residentes —jefes de guardia y jefes de sala—. Los criterios de inclusión fueron pertenecer al Hospital de Clínicas, FCM-UNA; estar en ejercicio activo en el rol correspondiente; y otorgar consentimiento informado. Se excluyeron los residentes de primer año con menos de tres meses cumplidos.

El muestreo fue intencional por criterio y por grupos de contraste ^(11,12), con selección aleatoria simple dentro de cada estrato para minimizar el sesgo de conveniencia. El tamaño de cinco participantes por grupo se determinó con base en criterios de suficiencia para la investigación cualitativa ⁽¹³⁾. La saturación de la información se alcanzó en la cuarta entrevista de cada grupo, confirmándose en la quinta.

Recolección de datos

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas individuales, realizadas en forma telemática entre noviembre y diciembre de 2020, con una duración promedio de 45 minutos (rango 30-60 minutos). Todas fueron grabadas en audio con consentimiento previo. La guía de entrevista (**Tabla 1**) se organizó en dos dimensiones con nueve descriptores: Dimensión A (Formación quirúrgica: ¿qué se forma?): autonomía y subespecialización; Dimensión B (Aprendizaje: ¿cómo se forma al cirujano?): proceso formativo actual, proceso formativo ideal, duración de la residencia, rotaciones, relaciones entre residentes, obstáculos y facilidades. La guía fue revisada en consenso por los cuatro investigadores y probada en una entrevista piloto previa al trabajo de campo.

Procesamiento y análisis de datos

Las grabaciones fueron transcritas de forma literal por los investigadores y revisadas por un segundo integrante del equipo. Cada participante recibió su transcripción para su validación y eventual corrección, garantizando la fidelidad del corpus. El análisis siguió las fases del análisis de contenido temático propuesto por Bardin ⁽¹⁴⁾: (a) preanálisis y organización del material, (b) codificación del corpus según los descriptores de la guía, (c) construcción de conglomerados de significantes en matrices de doble entrada —grupo de actor × descriptor— y (d) interpretación y triangulación de hallazgos entre investigadores hasta alcanzar consenso.

Rigor metodológico

Se adoptaron los criterios de calidad de Lincoln y Guba ⁽¹⁵⁾. La credibilidad se aseguró mediante la triangulación de fuentes —tres grupos de actores— y de investigadores —cuatro codificadores—, el diario reflexivo y la validación de las transcripciones por los participantes. La transferibilidad se facilitó mediante la descripción densa del contexto. La dependencia se garantizó con el registro sistemático del proceso analítico. La confirmabilidad se sustentó en la discusión

grupal de interpretaciones hasta consenso.

Consideraciones éticas

El estudio fue conducido conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y las normas éticas institucionales vigentes de la FCM-UNA. Todos los participantes

firmaron un formulario de consentimiento informado. Las grabaciones y transcripciones fueron almacenadas de forma anonimizada; los participantes se identifican única y exclusivamente por su rol y un número correlativo (p. ej., Residente 1, Tutor 3).

Tabla 1. Guía de entrevista semiestructurada.

DIMENSIÓN A: Formación quirúrgica — ¿Qué se forma?	
Autonomía	¿Se considera usted preparado/a para el ejercicio independiente de la cirugía general al finalizar (o al haber finalizado) la residencia? ¿Por qué?
Subespecialización	¿Tiene previsto realizar una subespecialidad quirúrgica? ¿Cuál y dónde? ¿Qué lo motiva?
DIMENSIÓN B: Aprendizaje — ¿Cómo se forma al cirujano?	
Proceso formativo actual	¿Cómo describe el proceso mediante el cual fue formado/a quirúrgicamente durante la residencia?
Proceso formativo ideal	¿Qué cambiaría o agregaría al proceso de formación actual para mejorar la preparación del cirujano general?
Duración	¿Considera que tres años son suficientes para la formación del cirujano general? Justifique.
Rotaciones	¿Qué rotaciones por otras especialidades quirúrgicas consideraría necesarias? ¿Cómo deberían organizarse?
Relaciones entre residentes	¿Cómo describe la relación entre los residentes de distintos años? ¿La jerarquía ayuda o dificulta la formación?
Obstáculos	¿Cuáles son los principales obstáculos o debilidades del programa de residencia en cirugía general del Hospital de Clínicas?
Facilidades	¿Qué aspectos positivos o fortalezas reconoce en el programa de formación?

Resultados

Se presentan los resultados organizados según los nueve descriptores de la guía de entrevista. Las citas textuales se identifican por grupo y número de participante.

1. Autonomía o ejercicio profesional independiente

Existe una percepción prácticamente consensuada entre los tres grupos: el residente no se encuentra preparado al egreso o su preparación es incompleta. La formación teórica es valorada positivamente, pero la destreza quirúrgica práctica resulta deficiente. Los residentes se consideran

aptos para cirugías de baja complejidad — apendicectomías, hernias, colecistectomías laparoscópicas— pero no para procedimientos de mayor complejidad.

«Me parece que mi curva de aprendizaje todavía no está completa [...] Hay un montón de procedimientos para los cuales yo debería tener una habilidad quirúrgica, haberlos hecho primero como para decir que estoy listo. [...] Así que la respuesta sería no. Todavía no me considero preparado para el ejercicio independiente.» Residente 2.

2. Subespecialización

La práctica totalidad de los residentes y cirujanos recién egresados desea realizar una subespecialidad quirúrgica, aunque muchos aún no tienen definida cuál. La motivación se centra en adquirir mayor competencia técnica, no en alejarse de la cirugía general. El Hospital de Clínicas no es percibido como una opción adecuada para la subespecialización, por las falencias administrativas y el bajo número de procedimientos.

«Me gustaría hacer una subespecialidad. Últimamente me doy cuenta que me voy a quedar corta, siento como que la formación no está completa realmente. Me gustaría hacerla, pero tengo muchas dudas de dónde; creo que Clínicas no me está satisfaciendo en ese sentido.» Residente 4

3. Proceso formativo actual

Los tres grupos coinciden en la progresión formativa: el primer año se centra en la recepción y preparación de pacientes y procedimientos de baja complejidad; el segundo incorpora cirugías de mediana complejidad; el tercero incluye procedimientos complejos y docencia a residentes de años menores.

«El cirujano encargado de la cirugía me mostraba todos los pasos, tomando como parte principal la preparación antes de la cirugía: lectura de la técnica, conocimiento de la patología y manejo de las posibles complicaciones. Y luego, con la compañía y supervisión de un cirujano jefe durante el procedimiento, concretaba el proceso de aprendizaje.» Cirujano recién egresado 2.

Los tutores priorizan la disciplina y la observación antes de operar; los residentes y cirujanos egresados valoran principalmente el número de cirugías realizadas como operador principal. La figura del mentor como referente personal apenas es mencionada.

4. Proceso formativo ideal

Los actores coinciden en que el proceso actual es una base válida pero mejorable. La principal demanda es el acceso sistemático a simuladores de cirugía laparoscópica con horas requeridas, supervisión y evaluación progresiva. Asimismo, se demanda operar antes y operar más, y se señala que la lista de cotejo actual debería convertirse en un instrumento de evaluación objetivo.

«Se puede armar un programa en el cual hay ciertas horas requeridas de simulación para algunos procedimientos que están dentro del currículum, que estén supervisadas y se vayan evaluando progresivamente.» Residente 1.

5. Duración de la residencia

Existe disparidad de opiniones sobre si tres años son suficientes. Quienes los consideran suficientes argumentan que el problema no es el tiempo sino los impedimentos institucionales para la cirugía. Los que consideran insuficiente la duración proponen extenderla uno o dos años. El consenso transversal es que prolongar la residencia sin resolver los obstáculos administrativos e infraestructurales no traería beneficio real.

«Para un residente de cirugía general una de las cosas más importantes es poder operar, operar y operar. Es ahí donde uno va adquiriendo práctica y va perdiendo el miedo: entonces sería tener siempre quirófanos disponibles, que las cirugías programadas como sea se puedan realizar. La duración de la residencia, quizás uno a dos años más.» Residente 4

«Con respecto a los años de residencia, si no se cambia la estructura, no va a servir de nada. Tiene que haber un cambio de estructura.» Tutor 5.

6. Rotaciones

Existe consenso en que las rotaciones deben ser sistemáticas, organizadas en módulos con protección del tiempo, con una duración

aproximada de dos meses por módulo. Las especialidades demandadas incluyen: cirugía de trauma, vascular, torácica, coloproctológica, de pared, hepatobiliopancreatótica, digestiva superior y oncológica. El entrenamiento en cirugía de trauma fue señalado como especialmente deficiente, dado que los pacientes politraumatizados no son derivados al Hospital de Clínicas.

7. Relaciones entre residentes. Jerarquía

La relación entre residentes fue percibida en general como buena y con camaradería, aunque se reportaron roces y desavenencias. Los tres grupos reconocen la jerarquía como inherente a la cirugía y necesaria para la formación, aunque el residente de primer año frecuentemente no la comprende como tal en ese momento.

«La jerarquía tiene sus pros y sus contras. [...] Cuando sos residente de primer año por lo menos te sentís muy atacado, no querés estar más en el lugar en el que estás, y eso dificulta el trabajo a la larga. Se entiende a la larga del por qué se insistía con ciertas cosas.» Residente 1.

Se identifica una antítesis: el residente de primer año reporta sobrecarga de trabajo, mientras el de tercer año tiende a delegar. Se documentaron episodios de abuso de poder entre residentes, siempre proveniente de un residente superior, con repercusión negativa sobre la formación y el bienestar de los residentes menores.

8. Obstáculos

La disponibilidad de quirófanos e insumos médicos fue la debilidad omnipresente en todos los discursos, incluyendo personal de enfermería, anestesiología y equipamiento quirúrgico.

«La falta de insumos en el hospital retarda mucho el trabajo y el progreso con el paciente; eso es muy frustrante y desgastante.» Cirujano recién egresado 4.

La pandemia por COVID-19, al coincidir con el período de recolección de datos, fue referida unánimemente como el obstáculo de mayor impacto en 2020. Otras limitaciones identificadas: baja calidad de las clases de postgrado, escasez de proyectos de investigación y ausencia de vocación docente en algunos tutores.

«Si es que el año hubiese sido típico sin pandemia, yo definitivamente iba a tener mucha más destreza quirúrgica.» Residente 2.

9. Facilidades

Como principal fortaleza del proceso formativo los tres grupos identificaron la calidad actitudinal y el compromiso docente de los tutores —jefes de guardia y jefes de sala—.

«Los tutores que tenemos son muy buenos, siempre están dispuestos a enseñar y a resolver dudas; eso sí funciona bien en Clínicas.» Cirujano recién egresado 3.

Discusión

Esta investigación proporciona una comprensión interpretativa de la formación del cirujano general para su ejercicio profesional independiente en el Hospital de Clínicas, FCM-UNA, Paraguay.

Autonomía al egreso

La falta de preparación para el ejercicio autónomo al egreso ha sido documentada internacionalmente. Mattar y colaboradores encontraron que la habilidad psicomotriz al finalizar la residencia es inadecuada, aunque la evaluación clínica y el manejo de pacientes resultan buenos ⁽⁷⁾. Bell señala que aprender a operar requiere, además de la destreza manual, habilidades visoespaciotactiles y capacidad de emitir juicios clínicos correctos, todas adquiridas con la experiencia acumulada de operar reiteradamente ⁽¹¹⁾. Los hallazgos del presente estudio son consistentes con esta evidencia.

Subespecialización

La tendencia hacia la subespecialización y la percepción de que la cirugía general es cada vez menos atractiva han sido documentadas en países de altos ingresos ^(7,8). Algunos autores plantean la inminente desaparición del cirujano general tradicional ⁽¹²⁾. La optimización de recursos para aumentar los procedimientos quirúrgicos en el Hospital de Clínicas podría mejorar el interés por la subespecialización en la propia institución.

Proceso formativo actual e ideal

Las causas del bajo grado de preparación son multifactoriales: exposición limitada a procedimientos complejos, escasez de mentores, reducción de cirugías de emergencia y rigidez del paradigma formativo ⁽⁷⁾. La demanda de simulación sistemática concuerda con las recomendaciones del comité de evaluación quirúrgica de la American Surgical Association, que propone que los residentes desarrollen competencias técnicas en laboratorios de habilidades antes de enfrentarse con pacientes reales ⁽¹³⁾.

Duración de la residencia

Se ha demostrado que la reducción del tiempo de trabajo altera la calidad de la formación, en parte por la sobrecarga compensatoria que genera en otros residentes y la consecuente disminución del tiempo docente ^(14,15). Los hallazgos del presente estudio sugieren que ampliar la duración sin un plan previo de mejoras en la gestión administrativa no produciría beneficio real.

Rotaciones

La necesidad de rotaciones sistemáticas y evaluación periódica concuerda con los estándares propuestos por la ANEAES ⁽¹⁶⁾. Debas y colaboradores recomiendan que el currículum quirúrgico esté organizado en módulos basados en competencias ⁽¹³⁾, lo que se corresponde con el programa formal de la FCM-UNA ⁽³⁾, aunque los actores refieren que este no se cumple en la práctica.

Jerarquía y bienestar del residente

Una revisión sistemática reciente documentó que los residentes de cirugía general pueden desarrollar conductas de maltrato hacia sus pares y estudiantes de menor año ^(17,18). El presente estudio identificó episodios de abuso de poder entre residentes, lo que exige un plan institucional permanente que garantice el conocimiento y la aplicación de los derechos y obligaciones de todos los actores del servicio ^(19,20,21).

Obstáculos y fortalezas

Las dificultades institucionales descritas —sobrecarga con actividades no formativas, falta de investigación e insumos— presentan similitud con las reportadas en países de altos ingresos ^(13,17,22), aunque en el contexto local se agudizan por factores estructurales de los hospitales públicos paraguayos. La calidad y el compromiso docente de los tutores constituyen un capital humano institucional valioso sobre el cual fundamentar las mejoras necesarias.

Limitaciones

El estudio es unicéntrico y el período de recolección coincidió con la pandemia por COVID-19, que redujo drásticamente las cirugías programadas y pudo magnificar la percepción de deficiencia formativa más allá de lo atribuible a factores estructurales permanentes. El tamaño muestral de cinco participantes por grupo es modesto, aunque la saturación de la información fue alcanzada. No se incorporó triangulación metodológica adicional —observación participante o análisis documental—. Estas limitaciones deben considerarse al interpretar la transferibilidad de los resultados.

Conclusión

Al finalizar la residencia de cirugía general en el Hospital de Clínicas, FCM-UNA, los egresados no se encuentran preparados para el ejercicio profesional autónomo o refieren una preparación incompleta: buena en la teoría pero deficiente en la destreza quirúrgica.

La mayoría de los residentes y cirujanos jóvenes desea realizar una subespecialidad quirúrgica, motivados por el deseo de mayor competencia técnica. Las rotaciones sistemáticas y la simulación son las propuestas formativas más demandadas. La disponibilidad de quirófanos e insumos, la pandemia por COVID-19 y la escasez de investigación constituyen los principales obstáculos identificados.

Prolongar la duración de la residencia sin resolver primero los problemas estructurales, administrativos y de infraestructura no mejorará la formación de los cirujanos generales. Los tutores representan la principal fortaleza del sistema formativo.

Contribución de los autores: Segovia Lohse HA, Aldana Ubillus CA y Gamarra Sosa JD idearon el proyecto, diseñaron la metodología, realizaron las entrevistas, condujeron el análisis, obtuvieron las conclusiones y redactaron el manuscrito.

Gómez Cantore JA realizó el seguimiento y la revisión crítica en todas las etapas. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Fuente de Financiación: El presente estudio no contó con financiamiento externo; fue realizado con recursos propios de los autores.

Referencias Bibliográficas

1. Facultad de Ciencias Médicas UNA. Acta N. 3085 Resolución N. 0647-00-2018. Por la cual se aprueba la modificación del reglamento y normas de las residencias médicas de la FCM-UNA. San Lorenzo: FCM-UNA; 2018.
2. Miní E, Medina J, Peralta V, Rojas L, Butron J, Gutiérrez EL. Programa de Residentado Médico: Percepciones de los Médicos Residentes en hospitales de Lima y Callao. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2015;32(2):303-310.
3. Facultad de Ciencias Médicas UNA. Curso de Especialización en Cirugía General. Dirección de Postgrado. Asunción: FCM-UNA; 2011.
4. CONAREM. Oferta de plazas de las residencias médicas de especialidades troncales y primarias - 2020. Asunción: Instituto Nacional de Salud; 2019.
5. Napolitano LM, Savarise M, Paramo JC, Soot LC, Todd SR, Gregory J, et al. Are general surgery residents ready to practice? A survey of the American College of Surgeons Board of Governors and Young Fellows Association. J Am Coll Surg. 2014;218(5):1063-1072. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.02.001
6. Vazquez Reta JA, Vazquez Guerrero AL. ¿Cómo educar al residente de cirugía? Cir Gen. 2007;29(2):95-99.
7. Mattar SG, Alseidi AA, Jones DB, Jeyarajah DR, Swanson LL, Aye RW, et al. General surgery residency inadequately prepares trainees for fellowship: results of a survey of fellowship program directors. Ann Surg. 2013;258(3):440-449. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182a191ca
8. Coleman JJ, Esposito TJ, Rozycki GS, Feliciano DV. Early subspecialization and perceived competence in surgical training: are residents ready? J Am Coll Surg. 2013;216(4):764-771. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.12.045
9. Ortiz D, Ferreira L, Molinas J, Espínola de Canata M. Percepción de Médicos Residentes sobre la Calidad de sus Programas de Formación. Rev Salud Pública Parag. 2014;4(1):16-25.
10. George BC, Bohnen JD, Williams RG, Meyerson SL, Schuller MC, Clark MJ, et al. Readiness of US General Surgery Residents for Independent Practice. Ann Surg. 2017;266(4):582-594. doi: 10.1097/SLA.0000000000002414
11. Gadamer HG. Verdad y método. 11.ª ed. Salamanca: Sígueme; 2005.
12. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2015.
13. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2013.
14. Bardin L. Análisis de contenido. 2.ª ed. Madrid: Akal; 2002.
15. Lincoln, Y.S. and Guba, E.G. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985. p. 289-331.
16. ANEAES. Criterios de Calidad para la evaluación y acreditación de la Especialidad Médica en Cirugía General. Asunción: ANEAES; 2020.
17. Yaow CYL, Mok HT, Ng CH, Devi MK, Iyer S, Chong CS. Difficulties faced by general surgery residents: a qualitative systematic review. J Surg Educ. 2020;77(6):1396-1406. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.06.003
18. Bell RH Jr. Why Johnny cannot operate. Surgery.

- 2009;146(4):533-542. doi: 10.1016/j.surg.2009.06.044
19. Fronza JS, Prystowsky JP, DaRosa D, Fryer JP. Surgical residents' perception of competence and relevance of the clinical curriculum to future practice. *J Surg Educ.* 2012;69(6):792-797. doi: 10.1016/j.jsurg.2012.05.014
 20. Debas HT, Bass BL, Brennan MF, Flynn TC, Folse JR, Freischlag JA, et al. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education: 2004. *Ann Surg.* 2005;241(1):1-8. doi: 10.1097/01.sla.0000150066.83563.52
 21. Dousset B. La formation des chirurgiens digestifs et viscéraux: une évolution nécessaire. *Ann Chir.* 2004;129(8):395-398. doi: 10.1016/j.anchir.2004.07.004
 22. Whang EE, Mello MM, Ashley SW, Zinner MJ. Implementing resident work hour limitations: lessons from the New York State experience. *Ann Surg.* 2003;237(4):449-455. doi: 10.1097/01.SLA.0000059966.07463.19