

Cirujano General

Volumen **28**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Marzo **2006**
January-March

Artículo:




Percepción del campo de trabajo del residente en cirugía general al terminar la especialidad: ¿Suficiente o insuficiente?

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Percepción del campo de trabajo del residente en cirugía general al terminar la especialidad: ¿Suficiente o insuficiente?

Perception on the working field of the general surgery resident when finishing the specialty. Is it enough or not?

Dr. José Raúl Hernández Centeno, Dr. José Antonio Carrasco Rojas

Resumen:

Objetivo: Conocer la percepción del residente de cirugía general en cuanto a su futuro laboral dentro de la especialidad y si existen diferencias entre realizar entrenamiento en el medio público o en el privado.

Sede: XXVIII Congreso Nacional de Cirugía General de la Asociación Mexicana de Cirugía General "Dr. Joaquín Aldrete" En la Ciudad de León, Gto. Méx.

Diseño: Estudio prospectivo, observacional, comparativo.

Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas y chi cuadrada.

Material y métodos: Se realizó una encuesta de opción múltiple a residentes de cirugía general preguntando: nivel escolar, participación como cirujano o ayudante, nivel educativo que recibe, número de horas de estudio y clase por semana, niveles de competencia de procedimientos quirúrgicos y percepción de futuro laboral.

Resultados: Ciento veintinueve residentes de cirugía general fueron encuestados, la mayor asistencia fue de residentes de 2° año (31.4%) y del sector público 88.4%. Participan como cirujanos en mayor número de veces los residentes del sector público (20.6%) comparado con el sector privado (7%) ($p > 0.001$). El 18.2% considera la educación en su hospital como insuficiente con menos de 1 hora por semana de enseñanza en el 31.8%. Una vez egresado de la especialidad el 70% de los residentes en el sector público considera fácil conseguir trabajo comparado con el 52.6% de los residentes que realizan la especialidad en hospitales privados, el 9.1%

Abstract

Objective: To know the perception of the resident in general surgery regarding his/her working future within the specialty and whether there are differences between training in the private and the public sectors.

Setting: XXVIII National Congress of General Surgery of the Mexican Association of General Surgery "Dr. Joaquín Aldrete" in the city of León, Gto. Mexico.

Design: Prospective, observational, comparative study.

Statistical analysis: Percentages as summary measure for qualitative variables and chi square.

Material and methods: A multiple choice interview was applied to general surgery residents, inquiring on: schooling level, participation as surgeon or assistant, educational levels received, number of study hours and of classes per week, levels of competency in surgical procedures, and perception on the working future.

Results: Hundred-twenty-one general surgery residents, the largest attendance corresponded to 2nd year residents (31.4%) and from the public sector (88.4%). Those from the public sector participate more times as surgeons (20.6%) as compared to the private sector (7%) ($p > 0.001$); 18.2% consider the training in his/her hospital insufficient with less than 1 hour of teaching per week in 31.8%. Once finished the specialty, 70% of the residents from the public sector feel it is easy to get a job as compared to 52.6% of the residents coming from private hospitals: 9.1% of those graduating from the private sector plan

* Asociación Mexicana de Cirugía General
Mesa Directiva 2005

Recibido para publicación: 20 abril 2005

Aceptado para Publicación: 25 junio 2005

Correspondencia: Dr. José Antonio Carrasca Rojas. Camino a Santa Teresa Núm. 1055 c-304 Colonia Héroes de Padierna. México
Distrito Federal 10700 Tel. 56522222 E- mail: jacarrasc@infosel.net.mx

de los egresados del sector privado piensan dedicarse a una actividad diferente a la cirugía general.
Conclusión: La percepción de un futuro laboral es mejor para los médicos que realizan su educación en medio público.

Palabras clave: Educación, institución pública o privada, residentes.

Cir Gen 2006;28:37-41

to get involved in an activity different from general surgery.

Conclusion: The perception of a working future is better for the residents being trained in the public sector.

Key words: Education, public, private, residents.

Cir Gen 2006;28:37-41

Introducción

La enseñanza, definida como el cambio de conducta para lograr objetivos específicos mediante un proceso de comunicación y acciones concretas, ha presentado grandes deficiencias en el ámbito de la medicina, acentuado en la ciencia quirúrgica.¹

En los Estados Unidos, el modelo educativo para formación de cirujanos generales ha mostrado una clara disminución en el número de solicitantes para la especialidad de cirugía general,^{2,3} junto a este problema, aproximadamente un 70% de egresados de la especialidad presenta solicitud para una subespecialidad.⁴ Este problema se ha definido en un centenar de publicaciones al respecto, infiriendo mayores cambios en cuanto a la forma de educar, calidad de vida y el futuro laboral de los egresados.⁵⁻⁹

Resulta indispensable preguntarnos: ¿En nuestro país, esta situación, también se presenta en nuestros residentes?

En general, la educación en cirugía se inicia desde los años de la carrera de medicina, al terminar ésta el estudiante sabe si posee vocación, habilidad, destreza y actitud necesaria para obtener la satisfacción en la práctica de la cirugía y sí será capaz de desempeñarse de manera adecuada en la especialidad. Una vez dentro de la especialidad, resulta indispensable el encontrar un maestro, definido como un líder al cual los residentes han de seguir a fin de lograr una formación sólida que derive en un futuro laboral cierto,^{5,6,10-13} sin embargo, en muchas ocasiones esto puede no lograrse y el residente navegara sin rumbo durante su preparación resultando ésta en un entrenamiento limitado y bajas posibilidades de un futuro laboral adecuado.

Por esta razón, el presente trabajo tiene el objetivo de conocer la percepción del residente de cirugía general en cuanto a su futuro laboral dentro de la especialidad y si existen diferencias entre realizar entrenamiento en el medio institucional público o privado.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, a los residentes de cirugía general asistentes al XXVIII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía General "Dr. Joaquín Aldrete", en la ciudad de León, Guanajuato México, del 31 de octubre al 5 noviembre del 2004.

Se utilizó una encuesta de opción múltiple sobre los puntos fuertes y débiles que la formación en residentes presenta en México.

La variable directa a evaluar fue su percepción laboral del futuro preguntando si al terminar la especialidad sería fácil o no conseguir trabajo, ya sea en la ciudad donde se entrenó, en otra ciudad o si preferiría finalmente dedicarse a otra actividad.

Las variables indirectas evaluadas fueron: año de residencia, sede de residencia (público o privada), cantidad de procedimientos quirúrgicos que realiza por mes como cirujano y como ayudante, quién lo asesora cuando realiza procedimientos quirúrgicos, cómo considera la enseñanza que le brinda su hospital sede, número de horas de clase por semana que tiene en el hospital sede, número de horas por semana que dedica a enseñanza autodidacta después de cumplir labores hospitalarias, percepción de competencia para realizar procedimientos quirúrgicos específicos generales como: Laparotomía exploradora, laparotomía diagnóstica, apendicectomía convencional, apendicectomía laparoscópica, colecistectomía convencional, colecistectomía laparoscópica, funduplicatura convencional, funduplicatura laparoscópica, plastía inguinal con tensión, plastía inguinal sin tensión, cesárea, histerectomía. Y procedimientos quirúrgicos específicos avanzados como son la cirugía de: páncreas, hígado y vías biliares, estómago, esófago, colon, ano-recto, tiroides y paratiroides, cirugía pediátrica en general, cirugía vascular en general y cirugía urológica en general.

El análisis estadístico se realizó por medio de porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas y comparación entre medio público y privado por medio de chi cuadrada (χ^2) con un nivel de significancia de $p = 0.05$.

Resultados

Se encuestó a 121 residentes de cirugía general asistentes al XXVIII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía General "Dr. Joaquín Aldrete", en la ciudad de León, Guanajuato México, del 31 de octubre al 5 noviembre del 2004.

Por año de residencia se presentaron 29 de primer año (24%), 38 de segundo año (31.4%), 29 de 3er año (24%), y 25 de 4to año (20.6%).

Respecto a las diferentes sedes donde se realiza la residencia en cirugía general el mayor número fue de la Secretaría de Salud con 67 residentes (55.3%), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 26 resi-

dentes (21.5%), del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ISSSTE 9 (7.4%), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) 2 (1.7%), Petróleos Mexicanos (PEMEX) 3 residentes (2.5%), y Hospitales Privados 14 residentes (11.6%).

El número de procedimientos que realizan por mes y su comparativo entre hospitales públicos y privados destaca una mayor participación como cirujano en el sector público con 20.6%, comparado con el privado donde la participación del residente en más de 20 cirugías al mes es de 7% ($p > 0.001$) (Figura 1). En el rango de 6 a 20 cirugías la diferencia es de 49.5% contra el 35.7% respectivamente. En el rango de 1 a 5 procedimientos por mes, la diferencia es de 20.6% en el sector público contra el 57.1% en el privado.

La figura 2 muestra el resultado en el papel de ayudantes donde los procedimientos se equiparan. En el rango de más de 20 cirugías con 36.4% sector público contra el 42.9% sector privado, no hubo diferencias entre el sector público con el sector privado en el rango de 1 a 5 cirugías (12.2 vs 14.3%) o en el de 6 a 20 cirugías por mes (51.4% vs 42.9%) ($p < 0.05$).

La enseñanza teórica en su hospital la consideraron: sobresaliente 10 residentes (8.2%), buena o suficiente 89 residentes (73.6%) e insuficiente 22 (18.2%).

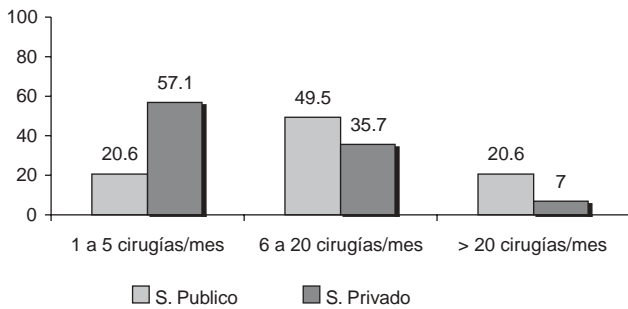


Fig. 1. Comparativo entre hospitales privados y públicos respecto al número de procedimientos en que participan los residentes en papel de cirujanos (en porcentaje).

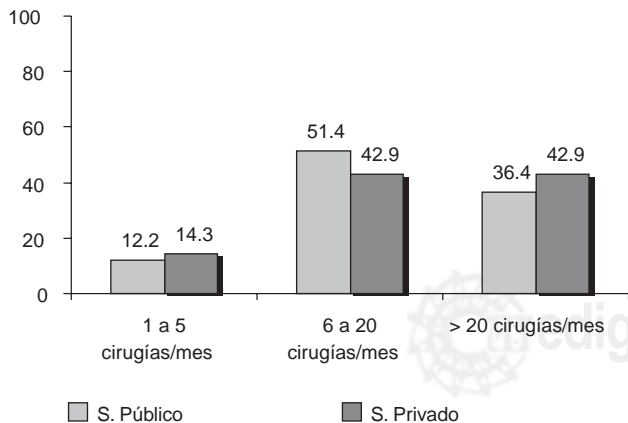


Fig. 2. Comparativo entre hospitales privados y públicos respecto al número de procedimientos en que participan los residentes en papel de ayudantes (en porcentaje).

La respuesta a ¿Cuántas horas clase por semana tiene usted en su hospital? se respondió: Menos de una hora 8 (6.61%), de 1 a 5 horas 75 (61.98%), de 6 a 10 horas 34 (28.09%), y más de 10 horas el 3.3% de los residentes. ¿Después de sus actividades diarias en el hospital, cuántas horas por semana dedica al aprendizaje en forma autodidacta? Menos de una hora 4 (3.3%) de 1 a 5 horas 70 (57.85%), de 6 a 10 horas 39 (32.23%) y más de 10 horas 8 (6.61%). La comparación entre horas de estudio hospitalaria y autodidacta entre hospitales del sector público y el privado no mostró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Durante la fase de análisis, se realizó una correlación entre la calidad de la educación y el número de horas que recibe en su hospital, la figura 3 muestra a los residentes que consideran insuficiente la calidad,

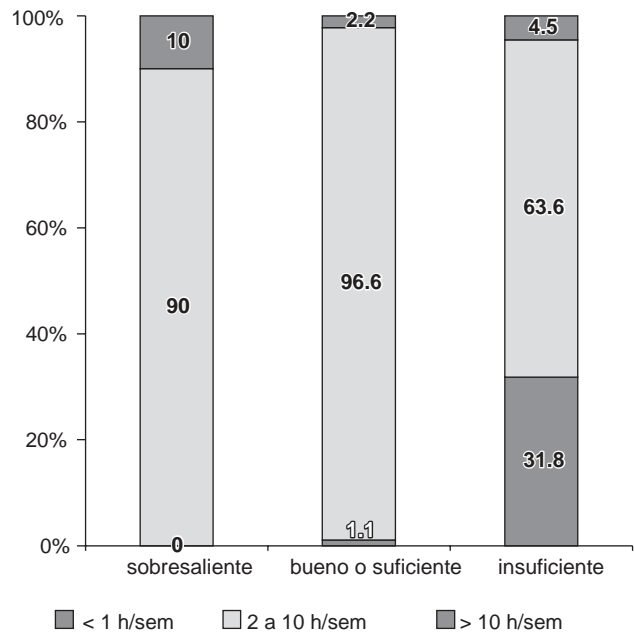


Fig. 3. La enseñanza en cirugía y su correlación con el número de horas clase por semana.

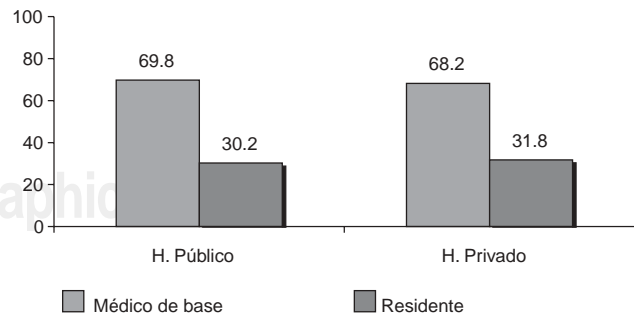


Fig. 4. Asesoría que recibe el residente cuando adopta el papel de cirujano y de quién la recibe.

de ellos el 31.8% recibe menos de una hora a la semana en su hospital sede.

En cuanto a la asesoría que recibe el residente cuando adopta el papel de cirujano, se investigó sobre quién lo asesora durante los procedimientos, comparando hospitales públicos con hospitales privados sin arrojar diferencias importantes ($p < 0.005$). Se tomó las respuestas de residentes de 3° y 4° año (**Figura 4**).

Se investigó sobre el desarrollo de los residentes en diferentes procedimientos. Analizando en dos fases: procedimientos generales y procedimientos de avanzada. Se Incluyó la respuestas de los residentes de 3° y 4° año (**Cuadro I**).

En cuanto al futuro laboral al terminar la residencia, se analiza la percepción de conseguir trabajo comparando hospitales públicos y hospitales privados. El 70% de los residentes en el sector público, comparado con el 54.6% de los residentes del sector privado consideran, en general, fácil conseguir trabajo una vez egresados de la especialidad (**Figura 5**). Es de destacar que casi un 10% de los residentes entrenados en el sector privado piensan como una posibilidad dedicarse a otra actividad.

Discusión

Nuestra investigación demuestra algunas similitudes y diferencias importantes entre la educación quirúrgica en hospitales públicos y en hospitales privados.

Si bien no existió diferencia entre la intensidad de actividad académica, asesoría en quirófano que recibe el residente cuando adopta el papel de cirujano, y limitación en la competencia de realizar procedimientos laparoscópicos de urgencia, así como entrenamiento en cirugía ginecológica, sí existe una marcada diferencia en las demás variables investigadas entre el sector privado y el público.

En el sector privado, el residente, participa en menor cantidad de procedimientos como cirujano. Lo anterior se refleja en la propia percepción de inseguridad ante un entrenamiento limitado en oportunidad quirúrgica y, en consecuencia, una percepción que su nivel de competencia no es pleno, lo que sin lugar a dudas repercute en la percepción de dificultad futura en conseguir trabajo, situación que orilla a la mayoría a emigrar, en un intento de conseguir el mismo, o, peor aún, el 9.1% de sus egresados piensan en dedicarse a otra actividad, situación que en el sector público simplemente no existió en la presente muestra.

Por el contrario, los egresados del sector público manifiestan mayor facilidad de conseguir trabajo, es de resaltar que en su mayoría (70%), consideran fácil conseguir trabajo al terminar la residencia, seguramente sustentado en la confianza de haber aprendido y realizado los procedimientos requeridos para presentarse ante la sociedad como cirujanos generales.

Cuadro I.

Percepción de competencia para realizar procedimientos quirúrgicos por residentes de 3er y 4to año (n = 54).

	Hospital público excelente, bueno o suficiente		Hospital privado excelente, bueno o suficiente	
		Insuficiente		Insuficiente
Procedimientos generales				
Laparotomía exploradora	97.7	2.3	100	0
Laparoscopia diagnóstica	88.4	11.6	72.7	27.3
Apendicectomía convencional	100	0	100	0
Apendicectomía laparoscópica	65.1	34.9	45.6	54.5
Colecistectomía abierta	97.7	2.3	100	0
Colecistectomía laparoscópica	90.7	9.3	81.8	18.2
Funduplicatura convencional	88.4	11.6	90.9	9.1
Funduplicatura laparoscópica	76.7	23.3	63.6	36.4
Hernioplastía (con tensión)	86	13.9	100	0
Hernioplastía (sin tensión)	97.7	2.3	100	0
Cesárea	69.7	30.2	63.6	36.4
Histerectomía	81.4	18.6	72.7	27.3
Procedimientos avanzados				
Páncreas	88.9	11.6	63.6	36.4
Hígado y vías biliares	97.7	2.3	90.9	9.1
Estómago	97.7	2.3	81.8	18.2
Esófago	86.7	16.3	72.7	27.3
Colon	95.3	4.7	72.7	27.3
Ano-recto	97.7	2.3	100	0
Tiroides y paratiroides	93	7	81.8	18.2
Qx pediátrica en general	86	14	72.7	27.3
Qx vascular en general	86	14	54.5	45.6
Qx urológica en general	90.7	9.3	72.7	27.3

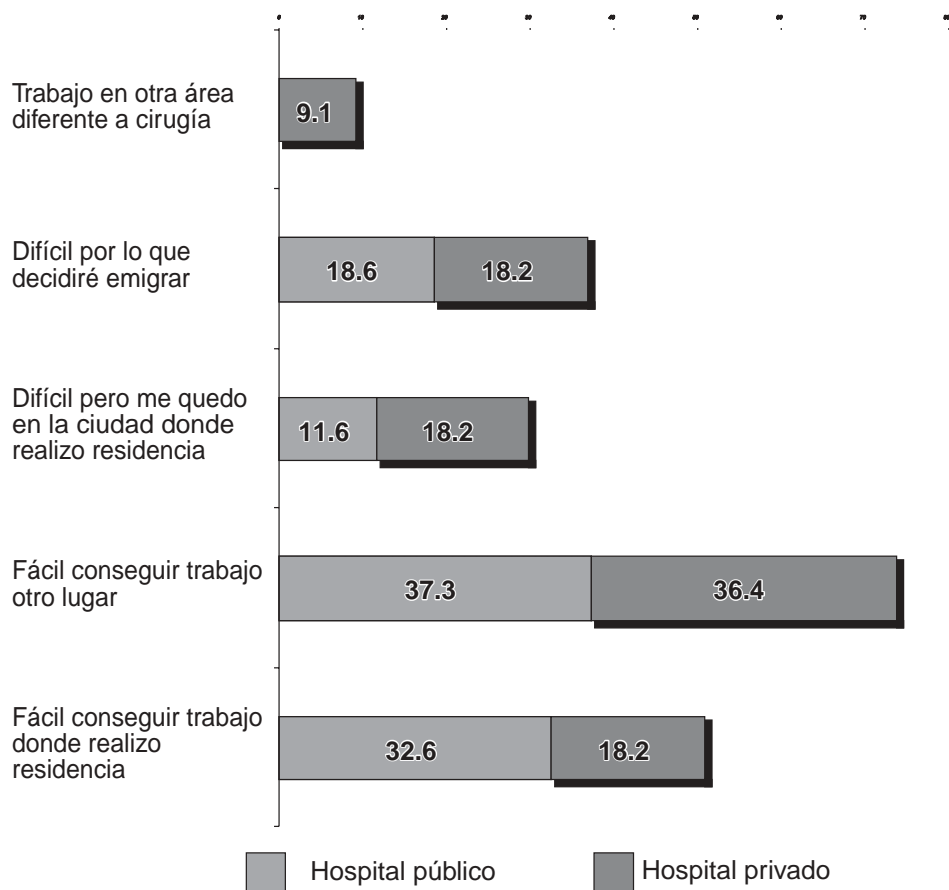


Fig. 5. Percepción de desarrollo profesional al terminar la residencia médica.

Por lo tanto, concluimos que la percepción de un futuro laboral es mejor para los médicos que realizan su educación especializada en un centro hospitalario público.

Referencias

- García-Romero H, Gutiérrez-Samperio C. Enseñanza e investigación en cirugía. En: Gutiérrez SC, Arrubarrena AVM. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 2ª Edición; México, D.F. El Manual Moderno 1996: 967-981.
- Ko CY, Whang EE, Karamanoukian R, Longmire WP, McFadden DW. What is the best method of surgical training?: a report of America's leading senior surgeons. *Arch Surg* 1998; 133: 900-5.
- Brennan MF, Debas HT. Surgical Education in the United States: portents of change. *Ann Surg* 2004; 240: 565-72.
- Cooper RA. Medical Schools and their applicants: an analysis. *Health Aff* 2003; 22: 71-84.
- De la Fuente R. La especialización en medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1992; 35: 133-137.
- Lifschitz A. Perfil profesional de especialista en medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1992; 35: 149-155.
- Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicki FC, Goss JA, Sweeney JF. General surgery as a career: a contemporary review of factors central to medical student specialty choice. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 792-9.
- Blakemore LC, Hall JM, Biermann JS. Women in surgical residency training programs. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85-A: 2477-80.
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998; 339: 1986-93.
- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trend in specialty choice by US Medical Students. *JAMA* 2003; 290: 1173-8.
- Morris JB, Leibrandt TJ, Rhodes RS. Voluntary changes in surgery career paths: a survey of the program director in surgery. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 611-6.
- Kwakwa F, Jonasson O. The longitudinal study of surgical residents 1994-1996. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 575-85.
- Curet MJ, DaRosa D, Mennin S. University and practice-based physicians' input on the content of a surgical curriculum. *Am J Surg* 1999; 178: 78-84.