

Clima laboral de los residentes de Cirugía General inscritos a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Labor ambience for the residents at general surgery registered at the Faculty of Medicine of the National Autonomous University of Mexico

Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. Luis Mauricio Hurtado López, Dr. Jorge Luis Mariñelarena Mariñelarena

Resumen

Objetivo: Determinar cuál es el clima laboral de los residentes de cirugía general.

Sede: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Diseño: Observacional, transversal, analítico. Tipo encuesta.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y Chi cuadrada.

Material y métodos: A 457 residentes de Cirugía General inscritos en la Facultad de Medicina de la UNAM de 1° a 3er año inscritos en el periodo 2003-2004 se les aplicaron dos cuestionarios, uno con datos demográficos y otro relacionado al clima laboral, las variables evaluadas fueron: comunicación, prácticas y políticas, cooperación y coordinación, imagen y reconocimiento, ejecución y evaluación, reputación, supervisión, trabajo en sí mismo, entrenamiento y desarrollo y condiciones de trabajo.

Resultados: Los residentes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron 413, de éstos 75 (18.6%) fueron mujeres y 338 (81.8%) varones, el grupo de edad con mayor número fue de 27 a 28 años (40%), el estado civil predominante fue el soltero (64.4%), el 6% eran extranjeros, el promedio de la carrera nivel licenciatura fue de 9 (57.6%) y el 73.7% prefería realizar una subespecialidad. El 53.5% consideró que estaban cubiertos suficientemente los temas teóricos, mientras que para el 66.8% lo fue para las habilidades quirúrgicas. La percepción del 82% del grupo consideró adecuada la transmisión de valores éticos y humanísticos. En relación a los profesores, éstos fueron calificados de buenos a excelentes en el 73%. La imagen, reconocimiento y el trabajo en sí mismo del residente de Cirugía Ge-

Abstract

Objective: To determine what is the labor ambience or background for the residents at General Surgery.

Place: College of Medicine of the National Autonomous University of Mexico (*Universidad Nacional Autónoma de México –UNAM*).

Design: Observational, transversal, analytical. Survey-like.

Statistical analysis: Measures of central tendency and test of Pearson's chi-square.

Material and methods: Four hundred and fifty-seven residents of General Surgery that were enrolled at the College of Medicine of the UNAM from the first to the third year were applied two different questionnaires. The first one related to demographic data, and the second one referring to the labor ambience. The evaluated variables were: communication, practices and policies, cooperation and coordination, image and recognition (acknowledgement), execution and evaluation, reputation, supervision, work in itself, training and development, and labor conditions.

Results: The residents that fulfilled the inclusion criteria were 413. From them, 75 (18.6%) were women and 338 (81.8%) men. The age group that presented the greatest number of residents was the group going from 27 to 28 years (40%). The prevailing marital status was the single condition (64.4%). The 6% of the residents were foreigners. The average of the level at the career of licentiate was of nine (57.6%), while the 73.7% preferred to follow a subspecialty. The 53.5% considered that the theoretical topics were covered well enough, while for the 66.8% the same consideration was expressed regarding the surgical skills. Eighty-two percent of the group considered that the transmission of humanistic and ethical values was

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido para publicación: 2 febrero 2009

Aceptado para publicación: 9 septiembre 2009

Correspondencia: Dra. Lilia Cote Estrada

Gral. Anaya 330 del Carmen, 04100 Distrito Federal. Tel: 5658 2263

Correo electrónico: lilia.cote@imss.gob.mx

neral fue el mejor calificado (con significación estadística) por los residentes que terminarían en subespecialidad.

Conclusiones: En fechas recientes ha cobrado gran interés el estudio de la influencia del entorno en el desempeño del médico, y en este caso en particular del residente de Cirugía General; en cuestiones de género, día con día marcan una tendencia al incremento, de ahí que se hable de la feminización de la medicina y la cirugía no es la excepción; en este estudio el 18.6% correspondió al género femenino, el 73.7% de los inscritos a cirugía general desean como objetivo terminal concluir una subespecialidad. El residente de Cirugía General en la mayoría de los casos denota un buen clima laboral, su imagen es mejor valorada por médicos residentes cuyo objetivo terminal es una subespecialidad.

Palabras clave: Residencia, cirugía general, clima laboral. *Cir Gen* 2009;31:244-252

correct. With regard to the professors, they were qualified as good to excellent for the 73% of the consulted people. The image, recognition and the work in itself of the resident at General Surgery were the best qualified (presenting a statistical significance) by the residents who would finish at subspecialty.

Conclusions: Lately, the study of the influence of the ambience on the medical performance has acquired a great interest. In this particular case of the General Surgery resident, specially with regard to gender, day after day there is a high tendency to the increase. Therefore, the aspect of medicine feminization is attracting the attention more and more. Obviously, surgery is not the exception. In this study, the 18.6% corresponded to the female sex. The 73.7% of the residents enrolled at General Surgery aim at the final objective of finishing their studies with a subspecialty. In most of the cases, the resident at General Surgery denotes a good labor ambience. His/her image is better appreciated by resident doctors whose final objective is a subspecialty.

Key words: Residence, general surgery, labor ambience. *Cir Gen* 2009;31:244-252

Introducción

En México la formación del profesional de la medicina, incluye el nivel licenciatura para posteriormente cursar una residencia médica, es decir una especialidad, y en ocasiones una subespecialidad.

La primera parte incluye el estudio universitario durante 6 ó 7 años, posteriormente después de un examen de selección a las residencias médicas según el número de plazas en cada área e institución se realizará la distribución de los aspirantes. La duración de los cursos oscila entre 4 y 7 años según sea la especialidad elegida. En ese entendido, la residencia médica es el periodo de formación del médico titulado (médico cirujano) para adquirir la competencia acorde al área médica o quirúrgica, integrada por los conocimientos, destrezas y habilidades. Para alcanzar este nivel deberá cumplirse con los requisitos de la universidad a la cual se encuentra inscrito.¹⁻³

Los médicos residentes representan una parte importante en el trabajo de los hospitales no sólo en cuanto a la prestación de atención médica se refiere, pues auxilian a los médicos responsables, y en algunos incluso representan la fuerza laboral durante los turnos vespertinos, nocturnos y en los días no hábiles (sábados, domingos y días festivos). En este contexto, las condiciones de trabajo han sido adversas, con jornadas prolongadas de trabajo, pocas horas de descanso que además se deben invertir en el estudio de los conocimientos básicos e investigación, todo con la finalidad de adquirir destrezas teórico-prácticas con el mejor sustento académico. De forma paralela a la formación científica se transmite el más alto sentido ético, de disciplina y compromiso, todo ello con el afán de consolidar la preparación científica con el máximo profesionalismo.

Aunque nunca se ha demeritado la participación de los médicos residentes, en los últimos años se ha observado un fenómeno generalizado, por parte de los residentes, pues reclaman derechos no antes pronunciados aunque sí sentidos y al mismo tiempo denotan menor disposición en el desempeño de su trabajo.

Tal vez esta tendencia sea consecuencia de las condiciones laborales que a la par se deterioran: mayor número de pacientes que atender, menores recursos tanto humanos como de infraestructura e insumos que dificultan la operación, menor reconocimiento, y menor enseñanza tutelar, situaciones que debilitan los aspectos motivacionales y dan como resultado distanciamiento en la relación médico-paciente esencia de la práctica médica, una formación limitada, desgaste en la imagen profesional, y las posibles controversias que generan problemas médico-legales propiciando la práctica de la medicina defensiva.^{4,5}

Esta óptica es meramente observacional y empírica, de la cual se desprende el interés por conocer la percepción de los directamente involucrados, sólo así podrá plantearse la verdadera situación para establecer las estrategias que corrijan o fortalezcan las condiciones del actuar profesional.

Por tanto el objetivo del presente trabajo es determinar cuál es el clima laboral de los residentes de Cirugía General adscritos a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal. Tipo encuesta. La población estuvo integrada por 457 residentes de cirugía general inscritos en la

Facultad de Medicina de la UNAM de 1º, 2º, y 3º año inscritos en el periodo 2003-2004.

Posterior a la aplicación del tercer examen departamental en diciembre 2003 se aplicó una cédula de datos demográficos y escolares con 13 reactivos de opción múltiple; y la segunda parte del instrumento consistió en 60 reactivos en escala de Liker que va de no estoy satisfecho a estoy extraordinariamente satisfecho, dividiendo éste en 10 apartados: comunicación, prácticas y políticas, cooperación y coordinación, imagen y reconocimiento, ejecución y evaluación, reputación, supervisión, trabajo en sí mismo, entrenamiento y desarrollo y condiciones de trabajo, cada uno de éstos con 6 variables (**Cuadros I y II**).

Se excluyeron a los residentes que no aceptaron participar y aquellos que no completaran el llenado del instrumento en el tiempo estipulado.

Análisis estadístico: se utilizó la versión 12 para SPSS, se midieron frecuencias simples, media, mediana, chi cuadrada con intervalo de confianza y nivel de significancia de $p = 0.05$.

Resultados

De los 457 residentes encuestados, lograron ingresar al estudio 413, de éstos, 75 (18.6%) fueron mujeres y 338 (81.8%) varones.

La distribución de las edades de los residentes fueron las siguientes: 24 a 26 años: 30.8%; de 27 a 28

Cuadro I. Datos demográficos y escolares del residente de cirugía.

Folio: _____

Fecha _____

Marque con una "X" en cada uno de los siguientes aspectos que se presentan a continuación y que corresponden a sus características personales. La información es confidencial y no requiere que escriba su nombre.

Demográficos

1. Sexo:

1) Femenino

2) Masculino

2. Edad en años cumplidos: _____

3. Estado civil:

1) Casado

2) Soltero

3) Otro

4. Nacionalidad:

1) Mexicana

2) Extranjera

Escolares

5. Universidad donde cursó la licenciatura: _____

6. Promedio general de la carrera _____

7. Hospital donde labora _____

8. Su objetivo es ser:

1) Cirujano General

2) Cursar otra subespecialidad

9. Durante su adiestramiento se han cubierto los temas teóricos de manera:

1) Suficiente

2) Insuficiente

10. En el adiestramiento, la capacitación en las habilidades quirúrgicas es:

1) Suficiente

2) Insuficiente

11. Durante su entrenamiento le han transmitido valores ético-humanísticos:

1) Sí

2) No

12. En términos generales cómo calificaría a sus profesores:

1) Excelentes

2) Buenos

3) Regulares

4) Malos

13. En su unidad hospitalaria ¿cuenta con todos los recursos que necesita?

1) Sí

2) No

Qué tan satisfecho estoy con mi trabajo.....

Folio _____

Cuadro II. Cuestionario de satisfacción.

El presente cuestionario que le pedimos a usted contestar, tiene como objetivo reunir información de cómo percibe el ambiente en su área de trabajo

Lo que usted conteste es de carácter anónimo y confidencial, por lo que no es necesario que lleve su nombre

Agradecemos su colaboración

Para cada afirmación, marque con una "X" el número que mejor represente su grado de satisfacción, poniendo especial atención en no dejar ninguna afirmación sin contestar. Elija una sola opción de acuerdo a la siguiente escala:

1	2	3	4	5
<i>No estoy satisfecho</i> (este aspecto de mi trabajo es más pobre de lo que quisiera que fuera)	<i>Estoy ligeramente satisfecho</i> (este aspecto de mi trabajo no es todo lo que yo quisiera que fuera)	<i>Estoy satisfecho</i> (este aspecto de mi trabajo es lo que yo quisiera que fuera)	<i>Estoy muy satisfecho</i> (este aspecto de mi trabajo es mejor de lo que yo esperaba que fuera)	<i>Estoy extraordinariamente satisfecho</i> (este aspecto de mi trabajo es mucho mejor de lo que yo podría esperar que fuera)

En mi trabajo actual, así es como me siento acerca de....

1 El grado en que la información es compartida en el grupo de sus profesores	1	2	3	4	5
2 La manera en que las políticas del hospital son puestas en práctica	1	2	3	4	5
3 La disposición a cooperar que existe entre los integrantes del grupo de profesores	1	2	3	4	5
4 La capacidad real de mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
5 Que me digan cómo estoy haciendo mi trabajo	1	2	3	4	5
6 La reputación del hospital	1	2	3	4	5
7 La forma como mi jefe inmediato superior maneja a su gente	1	2	3	4	5
8 La cantidad de responsabilidad en mi trabajo	1	2	3	4	5
9 Las oportunidades de capacitación en el hospital	1	2	3	4	5
10 Las condiciones físicas de las instalaciones de trabajo (temperatura, luz, ventilación, etc.)	1	2	3	4	5
11 La información previa que obtengo sobre cambios que afectan mi trabajo	1	2	3	4	5
12 Lo bien que las políticas del hospital son entendidas	1	2	3	4	5
13 Cómo se ayudan los integrantes del grupo de profesores cuando alguien comete un error	1	2	3	4	5
14 La confianza y discreción de las personas que integran el grupo de profesores	1	2	3	4	5
15 Que se me diga lo que el hospital piensa acerca de mi trabajo	1	2	3	4	5
16 La imagen del hospital ante los ojos de nuestra sociedad	1	2	3	4	5
17 Tener la confianza de consultar con mi jefe inmediato superior problemas personales	1	2	3	4	5
18 El sentimiento de realización que recibo del trabajo	1	2	3	4	5
19 El grado en que la capacitación está relacionada con los requerimientos de mi trabajo	1	2	3	4	5
20 La flexibilidad de los horarios de trabajo	1	2	3	4	5
21 Lo adecuada que es para mis necesidades la información que obtengo acerca de lo que sucede en otros departamentos	1	2	3	4	5
22 La cantidad de reglas, políticas y prácticas que uno tiene que conocer para salir adelante en esta organización	1	2	3	4	5

Por favor siga contestando en el reverso

23 Ser un miembro de un equipo que funciona bien	1	2	3	4	5
24 La forma en que soy tratado como persona por los integrantes del grupo de profesores	1	2	3	4	5
25 El grado en que la evaluación del trabajo está relacionada con lo que hago	1	2	3	4	5
26 La reputación de mi departamento o unidad de trabajo	1	2	3	4	5
27 La oportunidad de hacer mi trabajo sin excesiva supervisión	1	2	3	4	5
28 Tener trabajo que es interesante	1	2	3	4	5
29 La manera en que mi trabajo me conduce al desarrollo de mi carrera profesional	1	2	3	4	5
30 La cantidad de tiempo extra que se tiene que cubrir	1	2	3	4	5
31 Conocer con anticipación suficiente de los cambios importantes del hospital, de tal manera que me pueda adaptar a ellos	1	2	3	4	5
32 La manera en que los empleados conocen y aceptan las prácticas de administración de personal relativas a enfermedad, ausencias y vacaciones	1	2	3	4	5
33 La manera en que el grupo de profesores toma decisiones y resuelve problemas	1	2	3	4	5
34 La medida en que el grupo de profesores desea realmente alcanzar sus objetivos con éxito	1	2	3	4	5
35 La forma en que con la evaluación del trabajo se reconoce mi esfuerzo	1	2	3	4	5

36	La reputación profesional de los integrantes del grupo de profesores	1	2	3	4	5
37	La manera en que mi jefe inmediato superior recibe mis ideas aunque difieran de las suyas	1	2	3	4	5
38	Ser capaz de hacer un trabajo que significa un reto	1	2	3	4	5
39	Ser preparado para crecer y avanzar personalmente	1	2	3	4	5
40	El ambiente social que prevalece entre la gente en este hospital	1	2	3	4	5
41	Qué tan fácil es para mí investigar algunas cosas que necesito saber para hacer mi trabajo	1	2	3	4	5
42	La influencia que tienen las reglas, las prohibiciones y los detalles administrativos en la consideración de ideas nuevas originales	1	2	3	4	5
43	La coordinación de las actividades en este hospital	1	2	3	4	5
44	El reconocimiento y recompensa que se dan en este hospital por hacer bien el trabajo	1	2	3	4	5
45	El grado en que mi trabajo es más importante que mi antigüedad	1	2	3	4	5
46	La reputación personal de los integrantes del grupo de profesores	1	2	3	4	5
47	El grado en que mi jefe inmediato superior delega el trabajo	1	2	3	4	5
48	La oportunidad de hacer uso de mis habilidades y conocimientos	1	2	3	4	5
49	Ser aconsejado acerca de mis características limitantes y recibir la oportunidad de crecimiento y desarrollo personal	1	2	3	4	5
50	La distribución equitativa de la carga de trabajo	1	2	3	4	5
51	El conocimiento que tienen los profesores sobre mis necesidades y deseos personales	1	2	3	4	5
52	Qué tanto cumplen los profesores las reglas que deben cumplir los subordinados	1	2	3	4	5
53	La manera en que la autoridad es establecida y entendida	1	2	3	4	5
54	Los sentimientos de lealtad que tienen los integrantes del grupo de profesores hacia el hospital	1	2	3	4	5
55	El tiempo que mi jefe inmediato superior dedica a discutir conmigo la realización de mi trabajo	1	2	3	4	5
56	El respeto por la intimidad de las personas de este hospital	1	2	3	4	5
57	Mi participación en las decisiones del hospital	1	2	3	4	5
58	Ver que los resultados de mi trabajo se ponen en práctica	1	2	3	4	5
59	La manera en que mi jefe inmediato superior entrena a su gente	1	2	3	4	5
60	El respeto para las personas en el ambiente de trabajo	1	2	3	4	5

años: 40.2%, de 29 a 30 años: 19.6% y más de 30 años 9.4%. Con un mínimo de edad de 24 años y un máximo de 52 años, una media de 27.79 y mediana de 27.

La frecuencia de estado civil fue: casado 32%, soltero 64.4% y el 0.7% no contestó. Veinticinco residentes fueron de nacionalidad extranjera (6.1%).

El promedio general durante la carrera que obtuvieron con más frecuencia fue de 9 con el 57.6%, una media de 8.68 y mediana de 9.

Al preguntar sobre el objetivo terminal de ser cirujano general o subespecialista, casi un 25% contestó que sería cirujano general y un 73.7% ser subespecialista.

En cuanto a la cobertura de los temas teóricos, manifestaron haberse cubierto en forma suficiente el 53.51 y 46.49% como insuficiente.

El 66.8% de los residentes refirió haber tenido suficiente capacitación en habilidades quirúrgicas y un 33.2% lo refirió como insuficiente.

El 82.1% de los residentes refirió transmisión de valores ético-humanísticos y un 17.9% refirió que no.

Sobre cómo calificaría en términos generales a sus profesores, el 21.1% los calificó como excelentes, 52.1% como buenos, 23.2% regulares y 3.6% como malos. El 61.5% refirió no contar con todos los recursos disponibles para desarrollar la residencia.

La comunicación como instrumento indispensable de la relación humana, y cuya deficiencia no sólo genera confusión sino conflicto, en un área que fue explorada, así, el grupo encuestado manifestó tener bue-

na calidad sólo en el 7.7%; 57.1 y 35-% regular y mala respectivamente. Realizando estratos por el método de Mario Brotman (**Cuadro III**).

Las instituciones y servicios direccionan el actuar directivo y operativo por medio de sus políticas y prácticas, en cuyo caso, los residentes identificaron estar constituidos en los siguientes rangos, buena 6.8%, 49.4% regular y el 43.8% malo (**Cuadro IV**).

El cirujano es un profesional que siempre se ha identificado como el prototipo para el trabajo en equipo, en esta revisión los residentes percibieron buena cooperación y coordinación en el 11.9%, regular en el 54.7% regular y mala en el 33.4%. (**Cuadro V**). La imagen y reconocimiento resultó buena en 13.4%, regular en 60.1% se presentan y mala en 26.5% (**Cuadro VI**).

La ejecución y evaluación, instrumento indispensable máxime tratándose de una profesión en donde las habilidades psicomotrices cobran importancia requieren de retroalimentación, el resultado respecto a esta variable fue buena en 8.5%, regular 67.3% y mala en 24.2%; (**Cuadro VII**) en cuanto a la reputación que genera una formación quirúrgica, el resultado fue 20, 63 y 16% respectivamente para los parámetros previamente medidos (**Cuadro VIII**). La normatividad federal vigente señala que todos los médicos residentes siempre deben realizar los procedimientos bajo la supervisión del cirujano responsable, sin embargo, en el estudio se consideró que sólo en el 13.4% es buena, el 59.5 y 27.1% corresponde a una ponderación regular y mala (**Cuadro IX**).

Cuadro III Comunicación.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	8	7.5	24	7.8	1.31 (0.51, 3.45)	0.54
Regular	55	51.4	181	59.2	1.30 (0.93, 1.83)	0.12
Malo	44	41.1	101	33.0	1	

Cuadro IV. Políticas y prácticas.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	6	5.6	22	7.2	1.40 (0.50, 4.11)	0.49
Regular	51	47.7	153	50.0	1.15 (0.71, 1.85)	0.55
Malo	50	46.7	131	42.8	1	

Cuadro V. Cooperación y coordinación.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	9	8.4	40	13.1	1.94 (0.82, 4.75)	0.10
Regular	56	52.3	170	55.6	1.33 (0.81, 2.19)	0.23
Malo	42	39.3	96	31.4	1	

Cuadro VI. Imagen y reconocimiento.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	9	8.4	41	13.4	2.02 (0.84, 5.01)	0.08
Regular	62	57.9	184	60.1	1.22 (0.86, 1.73)	0.26
Malo	36	33.6	81	26.5	1	

Cuadro VII. Ejecución y evaluación.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	9	8.4	26	8.5	1.25 (0.49, 3.25)	0.61
Regular	66	61.7	206	67.3	1.35 (0.87, 1.78)	0.23
Malo	32	29.9	74	24.2	1	

Cuadro VIII. Reputación.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	14	13.1	63	20.6	1.65 (0.70, 3.93)	0.21
Regular	75	70.1	194	63.4	0.95 (0.50, 1.80)	0.86
Malo	18	16.8	49	16.0	1	

Cuadro IX Supervisión.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	9	8.4	41	13.4	1.76 (0.72, 4.39)	0.17
Regular	66	61.7	182	59.5	1.06 (0.73, 1.50)	0.80
Malo	32	29.9	83	27.1	1	

Cuadro X. El trabajo en sí mismo.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	12	11.2	63	20.6	2.37 (0.90, 6.28)	0.05
Regular	81	75.7	212	69.3	1.13 (0.70, 1.81)	0.63
Malo	14	13.1	31	10.1	1	

Cuadro XI. Entrenamiento y desarrollo.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	49	16.0	17	12.7	0.94 (0.42, 2.06)	0.85
Regular	195	63.7	94	70.1	1.30 (0.74, 2.31)	0.33
Malo	62	20.3	23	17.2	1	

Cuadro XII. Condiciones de trabajo.

	Cirugía General		Subespecialidad		RM (IC95%)	P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Bueno	30	9.8	14	10.4	1.59 (0.70, 3.57)	0.22
Regular	167	54.6	88	65.7	1.79 (1.09, 2.96)	0.01
Malo	109	35.6	32	23.9	1	

La vocación de servicio quirúrgico representada por el trabajo en sí mismo fue uno de los aspectos mejor calificados, pues en 89.9% fue bueno y regular y sólo el 10% fue malo (**Cuadro X**).

En relación al enteramiento y desarrollo, el 12.7% fue considerado bueno, 70.1% regular y 17.2% malo (**Cuadro XI**). Las condiciones de trabajo por su parte evidenciaron ciertas limitaciones, con tan sólo el 10.4% de los residentes las catalogaron como buenas, el 65.7% regulares y el 24.1% malas (**Cuadro XII**).

Discusión

La cirugía general tiene sus orígenes en las épocas más remotas, aunque al principio la mayor parte de las acciones se aplicaban al tratamiento de heridas o de traumatismos, con la aparición del concepto de lesión anatómica, en el siglo XVIII, se inició el auge de los procedimientos quirúrgicos, al considerarse efectiva la sección de órganos enfermos.

Ejercer la cirugía fue arriesgado, los operadores estaban poco preparados y excluidos de las aulas, pues

la cirugía no formaba parte de la educación médica en la Universidad. Además, la iglesia de gran influencia en ese momento, prohibía el ejercicio de la práctica quirúrgica.⁶

Para la primera mitad del siglo XIX su enseñanza depende de la Universidad, lo que implica la unificación de médicos y cirujanos desde el punto de vista profesional y de formación, constituyendo definitivamente la cirugía como ciencia.

Por otra parte, el intento de hacer visibles las lesiones internas hace de la patología "externa" tradicionalmente quirúrgica, el modelo intelectual de toda investigación médica. Las lesiones situadas en las cavidades orgánicas continúan siendo difícilmente accesibles a la cirugía, pues aparte de enfrentarse a las dificultades inherentes a cada una de las cavidades, se debía resolver tres grandes problemas: **dolor, infección y hemorragia**.

En México hay una gran tradición quirúrgica, desde los *titici* prehispánicos hasta llegar al presente siglo. Las residencias médicas surgieron en el Hospital Ge-

neral de México, en 1942 se incluyó la de cirugía, cuyos programas fueron mejorando con el tiempo, incorporando la especialidad en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1956, el IMSS y posteriormente en el ISSSTE. En 1970 la cirugía entró a formar parte de los cursos de postgrado avalados por la Facultad de Medicina de la UNAM, cuyo programa de base fue revisado y establecido en 1976, el cual ha sufrido varias modificaciones.

Después de un breve recorrido histórico de la evolución de la cirugía, cabe hacer mención que en la actualidad, la medicina moderna no podría concebirse sin la presencia de la cirugía.

En las últimas décadas se ha cuestionado sobre cuáles son las áreas de conocimiento de esta especialidad y las competencias, según *The American Board of Surgery*,⁷ señala como áreas de dominio de la especialidad afines a todas las especialidades quirúrgicas como la embriología, anatomía, fisiología, metabolismo, inmunología, nutrición, patología, cicatrización, choque, resucitación, cuidados intensivos y neoplasia, y de manera específica, el cirujano general, debe tener conocimientos relacionados con diagnóstico, manejo preoperatorio, operatorio y postoperatorio, incluyendo el manejo de complicaciones de nueve áreas específicas de la economía:

- Aparato digestivo
- Abdomen y su contenido
- Mama, piel y tejidos blandos
- Cabeza y cuello
- Sistema vascular
- Sistema endocrino
- Cirugía oncológica
- Manejo del trauma
- Manejo de los pacientes críticos

Indiscutiblemente que los tiempos actuales exigen modificaciones a la *currícula* de la especialidad, por señalar algunas áreas: endoscopia, cirugía geriátrica, entre otras, debido al desarrollo de nuevas técnicas o a la transición epidemiológica y demográfica, además de enfatizar la formación ética y jurídica, siempre de acuerdo a las competencias.⁸⁻¹⁸

En este estudio el 18% de los residentes de cirugía fueron mujeres, situación que contrasta con el 5% de cirujanas que pertenece a las agrupaciones médicas quirúrgicas (Asociación Mexicana de Cirugía General, mientras que en otros países, la tasa de feminización para cirugía es del 24%.^{19,20}

Será importante realizar estudios para determinar los posibles cambios académicos y sociales relacionados con la feminización de la medicina y cirugía.

Dentro de los datos demográficos de interés, el grupo de edad con mayor número fue de 27 a 28 años (40%), el estado civil predominante fue el soltero (64.4%), sólo el 6% eran extranjeros, el promedio de la carrera a nivel licenciatura fue de 9 (57.6%).

Un punto importante de destacar es que el 73.7% preferían realizar una subespecialidad en lugar de considerar la Cirugía General como objetivo terminal. Este

resultado es digno de tomarse en cuenta y realizar los análisis pertinentes, ya que el número de cirujanos generales día con día se reduce, las condiciones que generan este decremento está íntimamente relacionado con las horas de trabajo, el estilo de vida y los ingresos económicos.²¹⁻²³

Cada uno de los especialistas se identifica por determinadas características, en el caso del cirujano general, lleva implícito el orgullo de dominar tanto los aspectos teórico-científicos como las habilidades psicomotrices, que le dan un lugar de distinción, tratándose del médico en formación, el trabajo y el entrenamiento en sí mismos denotan satisfacción y meta.

Este concepto es corroborado en el presente estudio, ya que los residentes consideraron que estaban cubiertos suficientemente los temas teóricos en un 53.5%, en cuanto a las habilidades quirúrgicas correspondió al 66.8%. En la transmisión de valores éticos y humanísticos la percepción fue alta, del 82%.

Los profesores fueron calificados como excelentes en el 21% y buenos en el 52%, que hace un total de 73% excelentes-buenos.

La problemática nacional desde el punto de vista financiero aunado a la transición demográfica y epidemiológica limita la disponibilidad de recursos, situación que manifiestan los residentes considerando que en sus unidades hospitalarias son insuficientes los recursos en un 61.15%.

En el terreno del clima organizacional, las variables que resultaron con mejor calificación fueron el trabajo en sí mismo, la reputación y el entrenamiento y desarrollo.

Llama la atención que al comparar estas respuestas entre los residentes que decidieron tener como objetivo final una subespecialidad, la imagen y reconocimiento y el trabajo en sí mismo fue mejor calificado (con significación estadística) que la calificación otorgada por los residentes que serían cirujanos generales al final del entrenamiento. Por otra parte, este mismo grupo de residentes con objetivo final de subespecialista, consideró que en la mayoría de los casos las condiciones de trabajo del residente de cirugía general son regulares, mientras que el residente de cirugía general no las identificó así.

Por lo tanto, podemos concluir que ha incrementado la presencia del género femenino en la cirugía general; el 73.7% de los inscritos a cirugía general desean como meta final una subespecialidad, el residente de cirugía general, en la mayoría de los casos denota un buen clima laboral, y su imagen es mejor valorada por médicos residentes de subespecialidad que la que ellos tienen de sí mismos.

Referencias

1. Soberón G, Frenk J, Levy S, Gonzalez-Roara B. Health care reform in Mexico. *Gac Med Mex* 2001; 137: 419-43.
2. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 717-31.

3. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. [Http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf](http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)
4. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico*. México D.F., Secretaría de Salud 2005: 47-50.
5. Cote EL. *Servicio público de salud prestado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en Fernández Ruiz J*. Servicios públicos de Salud y temas conexos. México, D.F. Editorial Porrúa 2006:261-280.
6. Toledo PLH. *Historia, Cirugía y Cultura*. México D.F. JGH Editores. 1998.
7. The American Board of surgery. 2008-2009 Booklet of Information – Surgery. <http://home.absurgery.org/xfer/Bookletof-Info-Surgery.pdf>
10. Cote EL, García TPO. Problemas médico legales. En: Aguirre RR, De la Garza VL, Eds. *Tratado de Cirugía General*. 1ra. Ed. Asociación Mexicana de Cirugía General México D.F. Manual Moderno 2002:1533-1550.
11. Viniegra VL. Los intereses académicos en la educación médica. *Rev Invest Clin* 1987; 39: 281-290.
12. Viniegra V. Una nueva estrategia para la educación médica de postgrado. Parte I. *Rev Invest Clin* 1990; 42: 150-156.
13. Viniegra V. Una nueva estrategia para la educación médica de postgrado. Parte II. *Rev Invest Clin* 1990; 42: 240-244.
14. Viniegra V. Una nueva estrategia para la educación médica de postgrado. Parte III. *Rev Invest Clin* 1990; 42: 321-325.
15. Viniegra VL, Campuzano RR, Díaz MFJ, Verduzco L. En busca de indicadores "teóricos" de capacidades clínicas. *Rev Invest Clin* 1982; 34: 183-185.
16. Viniegra VL, Jiménez JL. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1992; 44: 269-275.
17. Gómez-Fleitas M. The need for changes in surgical training: an unresolved problem in endoscopic surgery. *Cir Esp* 2005; 77: 3-5.
18. Cote-Estrada L. Nivel de competencia del cirujano general. *Cir Gen* 2003; 25: 180-184.
19. Cote-Estrada L. Encuesta Nacional. *Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General*. Enero-abril 2002.
20. Mayer KL, Ho HS, Goodnight JE Jr. Childbearing and child care in surgery. *Arch Surg* 2001; 136: 649-55.
21. Derossis AM, DaRosa DA, Dutta S, Dunnington GLA ten-year analysis of surgical education research. *Am J Surg* 2000; 180: 58-61.
22. Robertson CM, Klingensmith ME, Coopersmith CM. Prevalence and cost of full-time research fellowships during general surgery residency: a national survey. *Ann Surg* 2009; 249: 155-61.
23. Britt LD, Sachdeva AK, Healy GB, Whalen TV, Blair PG; Members of ACS Task Force on Resident Duty Hours. Resident duty hours in surgery for ensuring patient safety, providing optimum resident education and training, and promoting resident well-being: a response from the American College of Surgeons to the Report of the Institute of Medicine, "Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety". *Surgery* 2009; 146: 398-409.