
Trabajo Original

La especialización en Medicina Interna en Sancti Spíritus. Supervivencia o resurrección.

Specialization in Internal Medicine in Sancti Spíritus. Survival or resurrection.

Dra. Aurora Novoa López¹, Dr. Berto Conde Fernández¹, Dr. Ramón Guardiola Brizuela¹, Dra. María Isabel Hernández Díaz², Dra. Elizabeth Hernández Bernal³

1. Especialista de 2do grado en Medicina Interna. MSc en Ciencias de la Educación. Investigador Adjunto del CITMA.
2. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

RESUMEN

Desde hace varios años, no se logra la cobertura de las plazas para la especialización en Medicina Interna, a pesar de la amplia oferta en el concurso para las residencias, la mermada cifra de clínicos activos y el gran número de clínicos en edad de retiro. En el presente, solo hay un exiguo número de residentes. Con el objetivo de identificar los factores que influyen en la problemática de la especialidad de Medicina Interna en la provincia de Sancti Spíritus, se realizó un estudio descriptivo transversal en los meses de enero y febrero del 2008, tomando como muestra, los integrantes del servicio de Medicina del Hospital Universitario (30) y una selección aleatoria computarizada de los concursantes para especialidades del período (35); obteniéndose como resultados los planteamientos del 100 % de los clínicos acerca del alto contenido asistencial y docente de la especialidad y la subvaloración institucional y social de la misma, así como problemas con la bibliografía y la informatización del servicio. La satisfacción con la docencia recibida durante la residencia fue alta en los mayores de 55 años. Los médicos concursantes alegaron factores objetivos y subjetivos para explicar su no-selección, como el contenido de trabajo en condiciones no óptimas, el poco reconocimiento institucional y social y los contenidos curriculares extensos y difíciles de vencer, situación que debe ser motivo de análisis para especialistas y directivos, pues la muerte de la especialidad, significaría un retroceso en el sistema de salud cubano, que a punto de partida de esta investigación, pudiera revertirse, pues conociéndose las causas del fenómeno, puede trabajarse sobre ellas.

DeCS: ESPECIALIDADES MÉDICAS, MEDICINA INTERNA.

ABSTRACT

For several years, the covering of places has not been achieved for specialization in Internal Medicine, in spite of the wide offer in the contest for residences, the reduced figure of active clinicians and the great number of clinicians in retirement age. Presently, there is only a scanty number of residents. With the objective of identifying the factors that influence the problem of the specialty of Internal Medicine in the province of Sancti Spiritus, a descriptive cross-sectional study was made in the months of January and February of 2008, taking as a sample the members of the Medicine Service of the University Hospital (30) and a computerized randomized selection of contestants for specialties of the period (35). The results obtained included the statements of 100% of the clinicians about the heavy clinical and teaching content of the specialty and its institutional and social underestimation, as well as problems with the bibliography and the informatization of this service. Satisfaction with the teaching received during residence was high in people over 55 years. The medical contestants alleged objective and subjective factors to explain their non-selection, such as work content in suboptimal conditions, little institutional and social recognition and extensive and difficult to pass curricular contents, a situation that should be analyzed by specialists and executives, because the death of the specialty, would mean a setback in the Cuban health system that from this investigation on could be prevented, because knowing the causes of the phenomenon, some work can be done on them.

MeSH: SPECIALTIES, MEDICAL, INTERNAL MEDICINE.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo pasado, viene suscitándose una controversia en el mundo de las especialidades médicas: ¿Es que la Medicina Interna puede dejar de existir en algún momento como especialidad?. Se plantea que, con gran margen de confiabilidad, las subespecialidades, se ocuparían de los casos selectivamente afectados, de acuerdo a su perfil. Otro tanto pudiera ocurrir con la Cirugía general. Los enamorados de la Medicina, la defienden a ultranza¹, pero se oyen voces que susurran... "Los tiempos de la Medicina Interna caducaron." ¿Se piensa así en otras partes del mundo? Parece que sí^{2,3,4}. El clima económico y social de la Medicina actual en la generalidad de los países admira y paga con creces al médico que hace procedimientos técnicos y desprecia y paga mal al que interroga y escucha. En los 90, en Tennessee, un clínico requería hacer 18 consultas de 15 minutos cada una trabajando muchas horas para ganar lo que un cardiólogo al realizar una coronario grafía, que puede hacerse en menos de 1 hora². Mientras más tiempo se le dedica al enfermo en ese escenario, el pago por unidad de tiempo se reduce. Se gana más puncionando un orzuelo que haciendo un diagnóstico clínico brillante^{2,3,4,5}.

En otros informes revisados se advierte la misma situación, reflejada por sus autores, en la intención de rediseñar la especialidad, y el planteamiento de problemas como la falta de entrenamiento y de habilidades prácticas en los clínicos, la falta de pertinencia de los currículos en otros países, la preocupación por la obtención de las competencias, y, en algunos casos se habla del poco desarrollo de la especialidad y la necesidad de certificación de las competencias por observación directa del residente^{5,6,7,8,9}.

Al parecer, la disyuntiva de la supervivencia de la Medicina Interna está generalizada en el ámbito mundial, pero, ¿Estamos realmente ante una crisis de la integralidad de los conocimientos que representa la Medicina Interna ?

Si bien es necesaria la constante actualización y perfeccionamiento de la especialidad, la Medicina Interna sigue teniendo vigencia e importancia en su formación académica. Catalogada como la madre de las especialidades, su espectro abarca al adulto como un todo. Un buen clínico es capaz de diagnosticar y tratar el 90 % de las enfermedades (tecnología aparte), pero además posee la visión integradora necesaria en la época de las comorbilidades en que vivimos. Es por ello que los

clínicos son considerados los “caballos de batalla” del hospital, y que la generalidad de los especialistas, ante complejas situaciones, pronuncian la consabida frase:- “Que lo valore el clínico”. ¿Por qué entonces se maltrata a la clínica que es tan útil? Esencialmente por 4 razones: por ignorar su importancia, porque requiere de tiempo (sentarse con el enfermo, escucharlo con calma, relacionarse amablemente con él, luego examinarlo y después escribir); porque no da mucho dinero en otros contextos, y porque se considera equivocadamente que la tecnología puede sustituirla. Está claro que el menosprecio de la clínica no sólo rebaja al médico, sino que encarece notablemente los costos de la asistencia y es una fuente continua de errores diagnósticos¹⁰.

El clínico puede ahorrar esfuerzos, recursos, tiempo y ansiedad al paciente, aunque muchas veces, en la era de la subespecialización, éstos prefieren tener 4 o 5 consultas con especialistas diferentes, ostentándolas casi como trofeos¹⁰. Por otra parte, es realmente sorprendente que se estén formando cardiólogos en los Estados Unidos capaces de hacer e interpretar una eco cardiografía bidimensional con cartografía del flujo a color, que no sepan definir un soplo⁴. Al parecer, en el menosprecio interviene el que se considere a la clínica una ciencia "blanda", inmersa en la incertidumbre, una mera colección de estampas folklóricas. Quienes así razonan ignoran que la incertidumbre y el azar existen en todas las ciencias, incluida la física moderna y que todos los casos clínicos serios son rigurosamente científicos, encarnando una ciencia de lo individual tan «dura» como la biología molecular¹⁰.

Razonador e integrador, al clínico se le ha destinado la responsabilidad en casi todos los hospitales, del cuerpo de guardia, lo cual constituye una pesada carga^{11,12}, pero si siempre fue así, ¿Por qué en estos momentos la especialidad en muchos lugares, está mermada y no es solicitada por los concursantes para residencias?^{10,11,12,13,14}

En los Estados Unidos, las plazas de esta residencia se ocupan sólo en un 50 al 60 %; casi el 30 % de los que inician la residencia la abandonan en el segundo año y hasta el 60 % de los que finalmente la concluyen se derivan a la larga a otra especialidad⁵.

Las razones, según Lewis, son las siguientes: menor retribución económica: un generalista gana hasta la cuarta parte de lo que percibe un subespecialista; demasiada sobrecarga de trabajo, intrusismo y limitaciones que imponen las compañías de seguros y otras agencias, excesivo papeleo, desagradado por el tipo de enfermo, muchos de ellos ancianos con enfermedades crónicas incurables, muchos alcohólicos, drogadictos y enfermos del SIDA; discriminación en los hospitales, menor tiempo libre y estilo de vida inferior⁵.

En los días que corren, es obvio el desinterés por la Medicina Interna también en Cuba. Los médicos generales, o especialistas de MGI, optan por especialidades más “cómodas”, que no realicen guardias o las hagan de forma diferenciada, sin contacto directo con la gran afluencia de pacientes de un cuerpo de guardia. La Medicina Interna quedó sumergida por años en una sobrecarga de trabajo asistencial y docente y dejó de tener atractivos no más que para una fiel minoría. La presión de trabajo deterioró seriamente el método clínico entre los propios internistas, quizás el especialista más obligado a utilizar el método en su forma más pura. Los años que siguieron vieron un desarrollo desigual y una confrontación creciente y a veces amarga entre internistas y subespecialistas, y otras desagradables circunstancias que han deteriorado la especialidad^{1,10,11}. Ejemplo de ello, es la situación de la residencia en la provincia de Sancti Spiritus. Desde hace más de 4 años, solo se ha contado con 6 residentes en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial, y en estos momentos, existe disponibilidad de plazas, sin que se haya cubierto ni un tercio de las mismas. Existe por tanto un serio problema, si se tiene en cuenta la gran cantidad de clínicos en edad de retiro y entonces cabe preguntarse: ¿Cuáles son los factores y dificultades, dependientes o no del contexto que contribuyen a la problemática de la Medicina Interna e influyen en el rechazo de los concursantes a esta especialidad en la provincia de Sancti Spiritus?

Con el objetivo de precisar la respuesta a la interrogante, o sea, identificar los factores que inciden en la problemática de la Medicina Interna influyendo en la baja incorporación de los médicos a dicha especialidad en la provincia de Sancti Spiritus, es que se realiza este trabajo, una especie de diagnóstico de la situación, desde el punto de vista de los principales involucrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el período de enero y febrero del 2008, cuyo universo quedó constituido por la totalidad de los médicos del servicio de Medicina Interna, en número de 30 (28 especialistas y 2 residentes), y la totalidad de los médicos concursantes que recibieron especialidades en el concurso 2007-2008 en el Departamento de Postgrado, en número de 140.

La muestra de clínicos correspondió a la totalidad del universo, y de los concursantes, se seleccionó una muestra por método aleatorio computarizado, con un tamaño muestral de 35, según el módulo D sample del paquete Epiinfo.

Con los médicos del servicio, se realizó una tormenta de ideas, para determinar los problemas de la especialidad en el propio contexto donde esta se desarrolla, y el grado de satisfacción con la docencia recibida durante la residencia, y a los concursantes se les realizó una encuesta (ver anexos), previo consentimiento, para suministrar la información acerca del tema en cuestión.

Las variables a considerar fueron: Las dificultades de la especialidad en el lugar de su realización, el grado de satisfacción con la docencia en la residencia y los factores objetivos y subjetivos que influyeron en la variable dependiente problemática de la especialidad Medicina Interna que condiciona su rechazo.

El análisis estadístico fue sencillo, basado en estadística descriptiva, empleando la distribución de frecuencias y el método porcentual, para el trabajo con los resultados, vertidos en una base de datos computarizada.

RESULTADOS

En la tabla 1 pueden apreciarse las dificultades planteadas por los clínicos del servicio y los residentes. Es unánime el planteamiento de la gran carga asistencial de la especialidad, y su falta de reconocimiento institucional. También existen otros planteamientos interesantes, como el exceso de regulaciones burocráticas para la indicación de complementarios y medicamentos, el poco tiempo para la investigación y la carga docente asistencial de los profesores.

La tabla 2 muestra los resultados de la indagación sobre la satisfacción con la docencia recibida en la residencia según intervalos de edades de los clínicos. Es curioso que los mayores de 55 años expresen una satisfacción total o parcial, mientras en los restantes intervalos de edades, hay satisfacciones parciales y nulas.

Las opiniones de los concursantes sobre los factores objetivos que influyen sobre su no selección de la residencia de Medicina, que aparece en la tabla 3, es muy interesante. Todos plantearon el fuerte contenido asistencial. Influyen también factores como las difíciles condiciones de trabajo en el Hospital Universitario, el poco reconocimiento institucional y social a la especialidad (el clínico no es visto como un especialista), la falta de atención al hombre, el poco acceso a misiones internacionales, y las dificultades en la atención primaria. Sólo un concursante encontró largo el período de tres años de la especialidad¹⁸.

Los factores subjetivos que condicionaron la no solicitud de la residencia fueron vertidos en la tabla 4 donde la subvaloración por los directivos y la población que prefiere las subespecialidades, y los contenidos amplios y difíciles de apropiarse en el tiempo de especialización, fueron influyentes. Solamente 2 concursantes plantearon falta de inclinación o gusto por la especialidad, inclusive, muchos expresaron su predilección por ella, y 10 concursantes declararon sentirse incapaces de ser buenos clínicos

DISCUSIÓN

Sucede que frecuentemente el clínico es llamado a interconsulta por personal de menor rango, y en ocasiones, menor experiencia, como residentes de otras especialidades, para ver casos de esas especialidades. En este ejemplo se refleja la dificultad más planteada por los clínicos en la tabla No 1, el poco reconocimiento institucional, y se refuerza otro de los planteamientos, el de la carga asistencial mantenida. La sobrecarga de trabajo para los profesores hace que en ocasiones rechacen la categorización docente, pues mientras en algunas especialidades y asignaturas se trabaja por rotaciones o semestres, el clínico debe ofrecer docencia las 24 horas del día todo el año. A esto se suman las dificultades con la bibliografía y la falta de acceso a la red informática para la actualización de temas en una especialidad en constante desarrollo^{1,10}.

En las investigaciones revisadas, la situación sólo es parcialmente similar, ya que el acceso a Internet, y la bibliografía, no constituyen problema^{13,15}. Sin embargo, una queja frecuente es la falta de adquisición de habilidades prácticas por los residentes, que ha hecho deseable el rediseño de los currículos^{16,17,18,19}. En algunos centros, no se permite el acceso masivo de pacientes, y en otros, no se permite al residente la adquisición de habilidades con los asistentes a los mismos^{6,7,8}. Esta situación no ocurre en este medio, donde lo que dificulta la adquisición de habilidades es precisamente el acceso indiscriminado a los servicios de Medicina, de pacientes que requerirían otro tipo de atención^{1,10}.

También es significativa la queja de 12 clínicos sobre la falta de tiempo para dedicarse a la investigación. Si se revisan las investigaciones del área clínica, se apreciará, que en el último fórum de ciencia y técnica, sólo un pequeño grupo de clínicos mantiene al día sus investigaciones, y de ellos, no precisamente los más jóvenes. Existieron planteamientos de que en Medicina es difícil investigar asuntos novedosos ¿Es eso cierto? En opinión del autor siempre hay aristas que explorar si existe el tiempo, y sobre todo, la motivación para hacerlo, como ocurre en otros medios¹⁵.

La satisfacción con la docencia recibida durante la residencia, es mayor en los clínicos de mayor experiencia, y sin embargo, hay generaciones más jóvenes, inconformes con la docencia que se les ofreció. Estos datos, apreciables en la tabla 2, pueden ser un llamado de atención hacia el deterioro de la calidad de la formación de postgrado en la residencia de Medicina con el transcurso del tiempo y los vaivenes curriculares^{17,18,19}.

Uno de los factores objetivos más planteados por los concursantes en la tabla 3, fue el alto contenido de trabajo asistencial. Sin embargo, hay otras especialidades con alto contenido igualmente, y ¿Por qué son solicitadas? ¿No será este un planteamiento que enmascara otros elementos?

Dentro de los factores subjetivos para su no- selección de la Medicina, formulados por los concursantes, está la carga de trabajo, y vuelve a incidir el poco reconocimiento institucional y social, pues el gusto por la especialidad existe, y la capacidad para ejercerla también.

.En relación con otros trabajos revisados, puede apreciarse que la Medicina Interna al parecer, está atravesando un período de redefiniciones, rediseño y actualización^{6,7,8,9}. Las quejas sobre la

carga asistencial, la dificultad para la adquisición de competencias, y la disminución del papel razonador y del liderazgo del clínico, se hacen patentes en muchos países^{2,3,14,16}.

En sentido general, el "internismo" ha sufrido los embates del "especialismo" en las últimas décadas. Frecuentemente, los especialistas no se responsabilizan con pacientes que caen fuera del área de su particular competencia y, a veces, un mismo paciente es tratado por n especialistas, con diversos y contradictorios enfoques. Aunque, como afirmara Carrel, "la civilización moderna necesita a los especialistas, sin ellos la ciencia no podría progresar"¹, en los propios Estados Unidos, país donde más se han desarrollado las especialidades, surgió, en los años 70, un nuevo movimiento generalista. La imagen del internista general como consultante (esto es, un facultativo altamente capacitado que puede generalizar a través de todos los campos de la Medicina Interna y que se reconoce como consultante por las demás especialidades) ha desaparecido, sin embargo, toda la asistencia médica, no puede ser brindada por subespecialistas, esto la fragmenta, la deshumaniza, la tergiversa y además, la encarece. Es por ello que queda la certeza de que el gran tronco común, que es la Medicina Interna, recuperará su vigor y su lugar en las Ciencias médicas, pues, como plantea Espinosa:

- Los términos absolutos en Medicina son pocos
- Las habilidades técnicas son importantes, pero limitadas
- El juicio y el carácter son atributos muy deseables para ser buen médico
- El humanismo es una parte intrínseca de la profesión"¹
- Y por ello, el internista tiene en sus manos la llave del futuro integrador

Pudiera concluirse, después de revisados estos datos, que la Medicina Interna enfrenta en todo el mundo un período de inestabilidad y cambio, del cual puede salir debilitada o fortalecida, que la provincia de Sancti Spiritus no es ajena a esta situación, y si no se toman medidas por las instancias provinciales pertinentes, los profesores encargados de impartir la docencia de la residencia y los directivos institucionales, tal como ocurrió con los dinosaurios, se puede predecir su desaparición como especialidad, por lo que se recomienda proseguir y profundizar esta investigación, desde otros enfoques y puntos de vista, como por ejemplo, el del clínico de la atención primaria. Sin embargo, debemos ser optimistas, y pensar en la resurrección de la Medicina Interna con nuevas fuerzas y humanismo, porque su esencia humana e integradora va a salvar a la madre de todas las especialidades, y como cantó el poeta:

"A la luz y a la sombra en el mar o en la tierra, va desnuda la vida porque el sentimiento no se puede clonar

Aunque sigan labrando el camino a la gente, con tecnología

Seguiremos llorando, como el Neandertal"

Israel Rojas(Como el Neandertal)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Brito A. Medicina Interna. ¿ Qué fuiste, qué eres, qué serás? .Rev Cub Med ene-mar 1999 vol 38 no 1 p 79-90.ISSN 0034-7523.
 2. Hinich H. Triunfos y fracasos de la Medicina en los Estados Unidos. Gac Med Mex 1990;126:72-9.
 3. Stevens RM. Issues for American Internal Medicine Through the Last Century. Ann Intern Med 1986;105:592-606.
 4. Shaver JA. Auscultación cardíaca: una habilidad diagnóstica con buena relación costo-efectividad. Madrid:Tarpyo, 1996:7-8.
 5. Lewis CE, Pront DM, Chalmers EP, Leake B. How satisfying is the practice of internal medicine? Ann Intern Med 1991;114(1):1-5.
 6. Card SE, Snell L, O'Brien B.Are Canadian General Internal Medicine training program graduates well prepared for their future careers? BMC Med Educ. 2006 Nov 17;6:56 7
 7. Meyers FJ, Weinberger SE, Fitzgibbons JP, Glassroth J, Duffy FD, Clayton CP Redesigning residency training in internal medicine: the consensus report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force. Acad Med. 2007 Dec;82(12):1211-9
 8. Durning SJ, Cation LJ, Jackson JL. Are commonly used resident measurements associated with procedural skills in internal medicine residency training? J Gen Intern Med. 2007 Mar;22(3):357-61
 9. Wong Y Roger, Roberts Mark J, Real time curriculum map for Internal Medicine Residency. Med Educ 2007;7:42. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/42>
 10. Moreno M. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med 1998;37(2):123-1
 11. Loría J, Guzmán L. Síndrome de desgaste profesional (en personal médico adscrito y residentes de la Especialidad de Urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad de México Rev Cub Med Intens 2006;5(3)
 12. Choi D, Dickey J, Wessel K, Girard D E, .The impact of the implementation of work hour requirements on resident's career satisfaction, attitudes, and emotions.2006;6 :53 disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/53>
 13. Kliger B, Koithan M, Maizes V, Hayes M, Shneider C, Levenson P et al.Competency-based evaluation tools for integrative medicine training in family medicine residency;a pilot study.BMC.Med Educ 2007,7:7. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/7>
 14. Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters M.Factor considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study.BMC.Med Educ 2007,7:31. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/31>
 15. Hamman K, Fanchen T, Saint S, Henderson M.Clinical Research during Internal Medicine Residency: A practical guide Am J Med. march 2006 vol 119, no 3
 16. U K. Higher medical Training. Curriculum for General Internal M edicine.2003.London. Disponible en: <http://www.jchmt.org.uk>
 17. Blanco M A., Canelles M, Suarez B et al. Habilidades técnicas del residente de Medicina Interna. Rev Cubana Educ Med Sup, jan.-mar. 2006, vol.20, no.1, p.0-0. ISSN 0864-2141.
 18. Cuba MINSAP. Plan de Estudios de la Especialidad Medicina Interna.2001.La Habana
 19. Cuba MINSAP. Resolución Ministerial No 246.2006.La Habana
-

ANEXOS

Anexo No 1

Encuesta a concursantes

La siguiente encuesta anónima va dirigida a contribuir a la solución de un problema docente asistencial de esta provincia. Solicitamos su colaboración con ese objetivo. Muchas gracias.

PREGUNTAS

1.-En una escala del 1 al 5 señale su preferencia por la especialidad de Medicina Interna:

1 2 3 4 5

2.-Complete las siguientes frases:

a.)- Yo no pediría Medicina Interna por que

b.)- La Medicina Interna me gusta, pero

c.)- Yo he visto que los clínicos

d.)- Si tuviera que pedir Medicina Interna

e.)- Yo creo que la Medicina Interna

3.-La Medicina Interna me gusta. SI ____ NO ____

Explique _____

4.-Las 5 dificultades mayores para hacer la residencia de Medicina Interna son

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

5.- yo creo que el gran problema de la Medicina Interna es

y su importancia es _____.

Tabla 1. Dificultades detectadas en la especialidad por los miembros del servicio de Medicina

DIFICULTAD	No plant	%
Sobrecarga asistencial en sala y cuerpo de guardia	30	100
Falta de reconocimiento institucional y social	30	100
Poca atención al hombre	30	100
Problemas con la bibliografía y la informatización del servicio	29	96.6
Sobrecarga de trabajo docente asistencial a los profesores	28	93.3
Falta de tiempo para investigar	27	90
Regulaciones burocráticas para la indicación de complementarios y medicamentos	25	83.3
Migración de clínicos a otros cargos o puestos de trabajo	21	70
Poca factibilidad para investigar	12	40
Poca prioridad para el desarrollo de la especialidad	4	13.3

Fuente: Tormenta de ideas en el servicio de Medicina

Tabla 2. Satisfacción de los clínicos con la docencia recibida durante la residencia

Grupos de edad en años	Satisfacción total	Satisfacción parcial	Satisfacción nula	total
25 a 35	2	1	1	4
36 a 45	-	6	2	8
46 a 55	1	6	1	8
Mayores de 55	6	4	-	10
total	9 30%	17 56.6%	4 13.4%	30

Fuente: Tormenta de ideas en el servicio de Medicina

Tabla 3. Factores objetivos de la no- selección de Medicina por los concursantes

FACTOR	No de planteam	%
Fuerte contenido asistencial con poco tiempo para docencia e investigación	35	100
Subvaloración social e institucional de la especialidad	35	100
Difíciles condiciones de trabajo en el hospital	30	85.7
Menor acceso a misiones internacionalistas	20	57.1
Dificultades en la atención primaria	15	42.8
Tiempo prolongado de residencia	1	2.8

Fuente: Encuesta realizada por los autores

Tabla 4. Factores subjetivos de la no-selección de la especialidad

FACTORES	No de planteam	%
Contenidos curriculares amplios y difíciles de vencer en la residencia	35	100
Subvaloración de la especialidad por directivos y población	27	77.1
Incapacidad personal	10	28.5
Falta de gusto o predilección personal	2	5.7

Fuente: Encuesta realizada por los autores