

Reforma curricular e intenção de especialização médica

José Antonio Chehuen Neto¹, Renato Erothildes Ferreira², Andressa Carvalho Quinet de Andrade³, Jonas Munck de Oliveira⁴, Matheus Bresser⁵, Matheus Magalhães Apolinário⁶, Pedro Murari de Barros⁷

Resumen

La reforma determinada por las Directrices Curriculares Nacionales de la carrera de grado en Medicina, estableció como eje del modelo didáctico-asistencial la Atención Primaria de la Salud. No obstante, la elección de la especialización puede verse influenciada por factores individuales, culturales y socioeconómicos. El objetivo de este estudio fue evaluar los aspectos que motivan a los estudiantes en la elección de la carrera y el impacto de la reforma curricular en esta decisión. Se trata de una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, con la aplicación de cuestionarios, a través de internet, a 1.006 estudiantes de medicina de todas las regiones de Brasil. Se concluyó que hubo poco interés por la medicina de la familia y la comunidad (1,5%; n=15), ginecología y obstetricia (3,1%; n=31) y pediatría (4,7%; n=47). La afinidad por el área fue el principal factor en esa elección, siendo considerada “muy importante” por el 91,1% (n=916) de los estudiantes, seguida por el estilo de vida deseado (56,8% n=571).

Palabras clave: Medicina. Curriculum. Atención primaria de salud.

Resumo

Reforma curricular e intenção profissional de especialização médica

A reforma determinada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina estabeleceu como eixo do modelo didático-assistencial a atenção primária à saúde. Contudo, a escolha pela especialização pode ser influenciada por fatores individuais, culturais e socioeconômicos. O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos que motivam estudantes na escolha da carreira e o impacto da reforma curricular nesta decisão. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, com aplicação de questionários pela internet a 1.006 alunos de medicina das cinco regiões do Brasil. Concluiu-se que houve pouco interesse por medicina de família e comunidade (1,5%; n=15), ginecologia e obstetrícia (3,1%; n=31) e pediatria (4,7%; n=47). A afinidade pela área foi o principal fator nessa escolha, sendo considerada “muito importante” por 91,1% (n=916) dos discentes, seguida pelo estilo de vida pretendido (56,8% n=571).

Palavras-chave: Medicina. Currículo. Atenção primária à saúde.

Abstract

Curricular reform and the professional intention of medical specialization

The reform determined by the National Curricular Guidelines of the Medical Graduation Course established primary health care as the axis of the teaching-care model. However, the option of specialization may be influenced by individual, cultural and socioeconomic factors. The objective of this study was to evaluate the factors that motivate students in their career choice, and the impact of the curricular reform on this decision. This was a cross-sectional, descriptive and quantitative research. It consisted of questionnaires applied through the internet to 1,006 medical students from the five regions of Brazil. It was concluded that there was little interest in family and community medicine (1.5%; n=15), gynecology and obstetrics (3.1%; n=31) and pediatrics (4.7%; n=47). Affinity for the field was the main factor in this choice, being considered “very important” by 91.1% (n=916) of the students, followed by the intended lifestyle (56.8% n=571).

Keywords: Medicine. Curriculum. Primary health care.

Aprovação CEP-UFJF CAAE 80290517.4.0000.5147

1. **Doutor** chehuen.neto@yahoo.com.br – Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) 2. **Mestre** renato.ferreira@gmail.com – UFJF 3. **Graduanda** andressaquinet@hotmail.com – UFJF 4. **Graduando** jonas.munck.jf@gmail.com – UFJF 5. **Graduando** mbresser@live.com – UFJF 6. **Graduando** matheus_apolinario@hotmail.com – UFJF 7. **Graduando** pedromdebarros@gmail.com – UFJF, Juiz de Fora/MG, Brasil.

Correspondência

José Antonio Chehuen Neto – Av. Presidente Itamar Franco, 1.495/1.001, Centro CEP 36016-320. Juiz de Fora/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Con casi 300 facultades de medicina, Brasil se ha convertido en el país con la mayor cantidad de carreras de medicina en el mundo y ha formado anualmente a miles de profesionales que pueden especializarse en una de las casi 60 opciones reconocidas por el Consejo Federal de Medicina (CFM)^{1,2}. Sin embargo, existe una considerable disparidad en la distribución de profesionales en estas especialidades, como lo demuestra la preferencia de los estudiantes por las áreas de dermatología, anestesiología y radiología, en contraste con el bajo interés por medicina de la familia e infectología^{1,3}.

La elección de la especialidad médica es compleja y está sujeta a factores culturales, sociales y psíquicos de los estudiantes, y también está influenciada por la búsqueda de una mayor calidad de vida, las experiencias durante la carrera y por el deseo de prestigio social y económico^{1,3,4}. La definición temprana del área de actuación médica implica, muchas veces, vergüenza ante la formación como generalista, debilitando el conocimiento en áreas básicas, como clínica general, pediatría, ginecología y obstetricia. En consecuencia, el estudiante de medicina concibe la profesión de manera fragmentaria y discontinua, a veces excesivamente segmentada en diferentes nichos^{1,4,5}.

A pesar de pasar por una transición, con un mayor enfoque en la atención primaria y en la práctica generalista, el Sistema Único de Salud (SUS) todavía carga mucho de su pasado centrado en el hospital y dependiente de especialistas. Esto impulsa a muchos estudiantes a elegir una especialidad durante el grado⁶⁻⁸ y, como resultado, es una causa considerable del interés de más del 80% de los recién graduados en ingresar a un programa de residencia médica¹. Dado que los conocimientos y habilidades adquiridos en el grado no son suficientes para garantizar una práctica segura, es aconsejable que todos los médicos realicen una residencia en el área en que desean trabajar, incluida la medicina de la familia y la comunidad, que ya disponen de este programa.

El alumno recién llegado a la carrera de medicina trae expectativas que surgen, por ejemplo, del *status* que acompaña a la profesión. Probablemente esta concepción tiene relación con los ingresos financieros de los médicos, más alto en comparación con el ingreso promedio de los demás brasileños³. Sin embargo, al conocer mejor la rutina de determinadas especialidades, o debido a cambios personales en los deseos a lo largo del tiempo, los estudiantes optan por cambiar el área de actuación^{8,9}.

Para formar nuevos recursos humanos, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud buscaron cambiar la prevalencia de estas características, creando las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)¹⁰ de la carrera de grado en medicina, emitidas por el Consejo Nacional de Educación (CNE). Las DCN tendieron a la capacitación del médico en los diferentes niveles de atención, especialmente primario y secundario, fomentando la aptitud de estos profesionales para promover, recuperar y rehabilitar la salud con el fin de prevenir daños.

En la perspectiva de la integralidad de la atención, el médico debe, independientemente de sus elecciones, estar dotado de habilidades que permitan la interacción multiprofesional en beneficio de la comunidad⁵. De ahí la preocupación y la política gubernamental en cuanto a la tendencia del estudiante a elegir: ¿éste aún prioriza la búsqueda de la especialidad médica o da continuidad a la carrera generalista, correspondiendo a la demanda actual del sistema de salud brasileño?⁸

Comprender el proceso de elección de la carrera por parte de los estudiantes es un tema relevante en la educación médica, dado que permite desarrollar medidas para mantener el equilibrio de la distribución de profesionales en las especialidades⁶. Además, contribuye al perfil curricular y la demanda de carreras de posgrado, así como posibilita acompañar subjetivamente la intención de los estudiantes de seguir una carrera generalista, un proyecto gubernamental.

En el contexto de una alta demanda de médicos generalistas en diversas regiones de Brasil, surge la Ley 12.871/2013¹¹. El texto establece el Programa Más Médicos y propone cambios en diferentes ejes, pero principalmente en las vacantes de residencia médica, comenzando a exigir la práctica de la medicina general de la familia y la comunidad como requisito para ingresar en la mayoría de los programas. La ley también aborda nuevos parámetros en la formación de médicos, con la implementación de las DCN por parte del CNE¹²⁻¹⁴. Por lo tanto, estos puntos terminan influyendo también en la vida diaria del estudiante de medicina y en su decisión sobre qué carrera seguir.

Este artículo procura evaluar los factores que influyen la elección de la especialidad por parte de los estudiantes de medicina y el impacto de la reforma curricular en esta decisión. Se busca analizar el grado de satisfacción de los estudiantes con la reforma en el currículo médico y conocer su intención profesional de convertirse en médicos generalistas o especialistas.

Método

El diseño del estudio es transversal y descriptivo, con características cuantitativas. Se trata de una investigación aplicada, original, realizada con estudiantes del primero al último año de carreras de medicina en Brasil, divididos por regiones geográficas. Los datos se recopilaron entre septiembre y diciembre de 2017.

El número de la muestra se calculó por el intervalo de confianza para prevalencias con la siguiente ecuación: $n = z^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) / (E^2)$. Se consideró la prevalencia del 37% de los estudiantes que aún no se habían decidido por la especialización médica, según Corsi y colaboradores⁷; error de 3%, más 1% por posibles pérdidas de digitación, totalizando 1.005 individuos. Seguidamente, este número se dividió proporcionalmente por la cantidad de facultades de medicina por región geográfica.

El criterio de inclusión fue estar matriculado en una carrera médica de las facultades o universidades investigadas, públicas o privadas, mediante el acuerdo con el documento de consentimiento libre e informado (DCLI). Formaron parte de la investigación instituciones cuyos canales de comunicación estaban disponibles después de la búsqueda y que aceptaron participar voluntariamente.

Para recopilar informaciones, se utilizó un cuestionario estructurado, compuesto por 19 preguntas sobre datos sociodemográficos, perspectivas de futuro profesional, preguntas individuales, culturales y económicas, que fueron respondidas en función de las experiencias vividas por los estudiantes. Los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico y WhatsApp a estudiantes de las facultades de medicina públicas y privadas en las cinco regiones del país (Norte, Nordeste, Centro, Centro Oeste, Sur y Sudeste). Se repitió tres veces el envío, con un intervalo de un mes, para aumentar la probabilidad de visualización y respuesta.

Se recurrió a la plataforma *online* SurveyMonkey, que exige identificación a través del reconocimiento del Protocolo de Internet (IP) desde la computadora o el dispositivo móvil. Esto evitó que una persona respondiera el mismo cuestionario más de una vez. Al acceder a SurveyMonkey, cada estudiante leyó el DCLI e indicó que estaba de acuerdo con el documento para que las preguntas pudieran ser respondidas. Los datos obtenidos fueron tabulados por la propia plataforma, para el posterior análisis de los investigadores. Los cuestionarios con respuestas incompletas no componen los datos analizados en este trabajo, no existiendo, por lo tanto, pérdida muestral.

Resultados

El estudio evaluó a 1.006 estudiantes de medicina, distribuidos en instituciones de nivel superior en las cinco regiones geográficas brasileñas. Los participantes respondieron el cuestionario a través de un *software online* hasta alcanzar el “n” calculado. La distribución de los estudiantes entre los tres ciclos de enseñanza fue: 37.3% (n=375) del ciclo básico (1º a 4º período); 45.5% (n=458) del clínico (5º a 8º); y 17.2% (n=173) del internado (9º a 12º). Del total, 11,3% (n=114) informaron que su facultad pertenecía a la región Norte; 21% (n=211) Nordeste, 12.5% (n=126) Centro Oeste; 13.9% (n=140) Sur; y 41.3% (n=415) Sudeste. De las instituciones implicadas, el 74.2% eran de capital público (n=746), mientras que el 25.8% (n=260) eran facultades privadas.

Cuando se les preguntó si ya habían decidido su especialidad antes de ingresar a la facultad, el 26.24% de los estudiantes dijo que sí (n=264), siendo el 39.8% (n=105; $p < 0.034$) del Sudeste y el 22% (n=58) del Nordeste. Cuando se les preguntó si en el momento actual de la carrera ya habían tomado tal decisión, casi la mitad respondió positivamente (48.5%; n=488; $p < 0.0001$). De estos, se destacaron los estudiantes del ciclo clínico, con 44.9% (n=219; $p < 0.0001$), en comparación con el ciclo básico (30.7%; n=150; $p < 0.0001$) y con el internado (24.4%; n=119, $p < 0.0001$).

Se percibió una baja preferencia por ginecología y obstetricia (3.1%; n=31), medicina de la familia y la comunidad (1.5%; n=15) y pediatría (4.7%; n=47). Considerando el momento actual de la carrera, se preguntó si ya habían excluido alguna de las grandes áreas de actuación, y el 85.3% respondió que sí (n=858), siendo el 47.7% (n=409; $p < 0.0001$) del 5º al 8º período. Las especialidades más excluidas fueron ginecología y obstetricia (20.4%; n=205), medicina de la familia y la comunidad (22.7%; n=228) y cirugía (20%; n=201).

El criterio principal para la elección profesional fue “afinidad con la especialidad”, factor que el 91.1% de los estudiantes (n=916) consideró “muy importante”, con una prevalencia entre el 5º y 8º período (35.4%; n=324; $p < 0.0001$). El segundo mayor criterio fue “estilo/calidad de vida”, con 56.8% de las respuestas (n=571). Al evaluar la influencia familiar en esta decisión, la mayoría (86,1%; n=866) la consideró “no importante” o “poco importante”. En contrapartida, el papel del profesor u orientador fue considerado relevante por gran parte de los estudiantes (67.5%; n=679), como se muestra en la Tabla 1.

En cuanto a la importancia de ciertos temas para el currículo médico, algunas variables merecen ser destacadas. La más relevante fue “calidad en la asistencia de la salud”, considerada por el 91.3% de los estudiantes (n=918) como “importante” o “muy importante”, seguida de “representación médica en la gestión hospitalaria” (90.1%; n=906). Por otro lado, el criterio de menor impacto fue “emprendimiento médico”, evaluado como “no importante” o “poco importante” (21,9%; n=220), así como “gestión pública de la salud” (15.9% n=160).

Cuando se les preguntó si elegirían la especialización en atención primaria de la salud, el 44.7% (n=450) respondió que sí, siendo el 44.2% (n=199; $p<0.0001$) del 1º al 4º período. En los tres ciclos, el motivo principal de la respuesta negativa fue “afinidad” (37,3%; n=375). Además, más de la mitad (50.4%; n=507) respondió que sería un profesional de medicina de la familia si hubiera un plan de carrera pública federal (Tabla 2).

Con respecto a la carga horaria de las disciplinas relacionadas con la atención primaria de la salud en el plan de estudios, más de la mitad

de los estudiantes (54.2%; n=545) respondieron que estaban de acuerdo; de estos, el 44% (n=240; $p<0.001$) estaban en el ciclo clínico. Por otro lado, la mayoría no estuvo de acuerdo con la exigencia de dos años de servicio en medicina familiar y comunitaria después de la graduación (82.5%; n=830), siendo el 46.5% (n=386; $p<0.0001$) del 5º al 8º período. Entre los que afirmaron tener médicos en la familia (31.6%; n=318), el 23.9% (n=76) declararon influencia de los familiares.

Se esperaba que las diferencias demográficas entre las regiones brasileñas, así como sus necesidades de cuidados en salud, permitiesen explicar la elección de la especialización y, de forma indirecta, las variables capaces de retener a los futuros médicos en los lugares de trabajo. Sin embargo, esta asociación fue baja. Sólo el Sudeste presentó alta prevalencia de respuestas afirmativas y, aun así, en pocos ítems evaluados: ingresantes en la carrera con especialidad ya definida (39.8%); estudiantes con médicos en la familia (48.7%); y que se declararon influenciados por familiares en la elección de la especialidad (65.8%). Estas variables fueron estadísticamente significativas ($p<0.05$).

Tabla 1. Factores que tienen influencia en la elección de la especialidad médica.

	No importante		Poco importante		Importante		Muy importante	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estilo de vida, calidad de vida (horas de trabajo, guardias, salario)	7	0,7	64	6,4	364	36,2	571	56,8
Afinidad con la especialidad, satisfacción personal/profesional	1	0,1	0,0	0,0	89	8,8	916	91,1
Contacto con la especialidad a lo largo de la carrera, exposición al área durante la carrera	8	0,8	162	16,1	568	56,5	268	26,6
Conocimiento de profesor/orientador que haya despertado interés por la especialidad	34	3,4	293	29,1	475	47,2	204	20,3
Influencia familiar	432	42,9	434	43,1	110	10,9	30	3,0
Tendencia/compromiso social	94	9,3	284	28,2	419	41,7	209	20,8
Urgencia por ganar dinero rápido, tiempo corto de residencia	221	22,0	467	46,4	262	26,0	56	5,6

continua...

Tabla 2. Distribución general de las variables

Preguntas/Categorías	Escala	n	%
Período que cursa actualmente	1º al 4º	375	37,3
	5º al 8º	458	45,5
	9º al 12º	173	17,2
¿A qué región del país pertenece su facultad?	Norte	114	11,3
	Nordeste	211	21,0
	Centro-Oeste	126	12,5
	Sur	140	13,9
	Sudeste	415	41,3
Porcentaje de instituciones públicas y privadas	Públicas	746	74,2
	Privadas	260	25,8
Al entrar a la facultad de medicina, ¿usted ya se había decidido por una especialidad médica?	Sí	264	26,2
	No	742	73,8
En este momento de la carrera, ¿ya definió una especialidad en una de las grandes áreas de actuación?	Sí	488	48,5
	No	518	51,5
¿Su especialidad encaja mejor en cuál de estas grandes áreas?	Sin respuesta	517	51,4
	Cirugía	208	20,7
	Clínica médica	188	18,7
	Ginecología y Obstetricia	31	3,1
	Medicina de la familia	15	1,5
	Pediatría	47	4,7
En este momento de la carrera, ¿usted ya excluyó alguna de las grandes áreas de actuación?	Sí	858	85,3
	No	148	14,7
¿Cuál? Marque la opción que usted más excluyó.	Sin respuesta	146	14,5
	Cirugía	201	20,0
	Clínica médica	29	2,9
	Ginecología y obstetricia	205	20,4
	Medicina de la Familia	228	22,7
	Pediatría	197	19,6
¿Por qué ya excluyó esta área de actuación?	No la excluyó	152	15,1
	Afinidad	656	65,2
	Estilo de vida	154	15,3
	Influencia familiar	3	0,3
	Poco contacto	11	1,1
	Relación/conocimiento	11	1,1
	Tendencia	13	1,3
	Financiero	6	0,6
¿Sería profesional de medicina de la familia si existiera un plan de carrera pública federal?	Sí	507	50,4
	No	499	49,6
¿Usted considera elegir una especialización en la atención primaria de la salud?	Sí	450	44,7
	No	556	55,3

continua...

Tabla 2. Continuación

Preguntas/Categorías	Escala	n	%
¿Por qué?	No la excluyó	450	44,7
	Afinidad	375	37,3
	Estilo de vida	126	12,5
	Influencia familiar	3	0,3
	Poco contacto	14	1,4
	Relación/conocimiento	18	1,8
	Tendencia	10	1,0
	Financiero	10	1,0
¿Usted tiene médicos entre sus familiares próximos (padre, tío, abuelo)?	Sí	318	31,6
	No	688	68,4
¿Usted está a favor de la carga horaria relacionada con las disciplinas de atención primaria de la salud en el currículo de su facultad?	Sí	545	54,2
	No, me gustaría más	165	16,4
	No, me gustaría menos	296	29,4
¿Usted está a favor del establecimiento de dos años de servicio en medicina de la familia y la comunidad como exigencia luego de la graduación?	Sí	176	17,5
	No	830	82,5

Tabla 3. Distribución de las variables por los ciclos de la graduación

Variable explicativa	Total	Ciclo básico 1º al 4º		Ciclo clínico 5º al 8º		Ciclo de internado 9º al 12º	
		n	%	n	%	n	%
¿Decidió la especialidad antes de entrar a la facultad?							
Sí	264	116	43,9	105	39,8	43	16,3
No	742	259	34,9	353	47,6	130	17,5
<i>p</i> <0,030							
¿Ya lo decidió en este momento de la carrera?							
Sí	488	150	30,7	219	44,9	119	24,4
No	518	225	43,4	239	46,1	54	10,4
<i>p</i> <0,0001							
La especialidad elegida se enmarca en:							
Todavía no la definió	517	225	43,5	238	46,0	54	10,4
Cirugía	203	74	36,5	82	40,4	47	23,2
Clínica médica	188	42	22,3	94	50,0	52	27,7
Ginecología/obstetricia	36	9	25,0	21	58,3	6	16,7
Medicina de la familia	15	3	20,0	7	46,7	5	33,3
Pediatría	47	22	46,8	16	34,0	9	19,1
<i>p</i> <0,0001							
¿Ya excluyó alguna área en este momento?							
Sí	858	284	33,1	409	47,7	165	19,2
No	148	91	61,5	49	33,1	8	5,4
<i>p</i> <0,0001							
¿Qué área excluyó más?							
No excluyó aún	146	90	61,6	48	32,9	8	5,5
Cirugía	201	55	27,4	97	48,3	49	24,4
Clínica médica	29	9	31,0	10	34,5	10	34,5

continua...

Tabla 3. Continuación

Variable explicativa	Total	Ciclo básico 1º al 4º		Ciclo clínico 5º al 8º		Ciclo de internado 9º al 12º	
		n	%	n	%	n	%
Ginecología/obstetricia	205	69	33,7	99	48,3	37	18,0
Medicina de la familia	228	96	42,1	101	44,3	31	13,6
Pediatría	197	56	28,4	103	52,3	38	19,3
$p < 0,0001$							
¿Por qué la excluyó?							
No excluyó aún	152	94	61,8	50	32,9	8	5,3
Afinidad	656	225	34,3	324	49,4	107	16,3
Estilo de vida	154	41	26,6	62	40,3	51	33,1
Otros*	44	15	34,1	22	50,0	7	15,9
$p < 0,0001$							
¿Usted considera elegir una especialización en la atención primaria de la salud?							
Sí	450	199	44,2	190	42,2	61	13,6
No	556	176	31,7	268	48,2	112	20,1
$p < 0,0001$							
¿Está de acuerdo con la carga horaria de disciplinas de la atención primaria de la salud?							
Sí	545	224	41,1	240	44,0	81	14,9
No, me gustaría que fuera mayor	165	69	41,8	67	40,6	29	17,6
No, me gustaría que fuera menor	296	82	27,7	151	51,0	63	21,3
$p < 0,001$							
¿Está de acuerdo con la práctica en medicina de la familia?							
Sí	176	91	51,7	72	40,9	13	7,4
No	830	284	34,2	386	46,5	160	19,3
$p < 0,0001$							

*Otros: influencia familiar, poco contacto, relación/conocimiento, tendencia, financiero.

Discusión

La Ley 12.871/2013¹¹, como ya se señaló, creó el Programa Más Médicos, una iniciativa del gobierno federal para abordar la falta de profesionales generalistas en el interior de Brasil, que busca formar recursos humanos para el SUS y fortalecer la prestación de servicios de atención básica a la salud en el país. A esto se suman los nuevos parámetros para la formación médica, con las DCN implementadas por el CNE¹²⁻¹⁴.

La amplitud de las reformas ha dado lugar a diversos posicionamientos por parte de la sociedad civil y de las entidades médicas. Por ejemplo, la Asociación Médica Brasileña (AMB) y el CFM alegaron una posible ilegalidad en la entrada de médicos extranjeros en el país sin aprobación en el Examen Nacional de Revalidación de Títulos (Revalida), lo que haría posible el ejercicio ilegal de la profesión^{15,16}.

El énfasis del Más Médicos en la atención primaria está en consonancia con los principios de la

Declaración de Alma-Ata¹⁷, que orienta las políticas internacionales de salud. A finales de 2018, los médicos brasileños comenzaron a ocupar esta función, que se convirtió en otra oportunidad de trabajo. Sin embargo, todavía esperan la tan anhelada *interiorización de la medicina*, y no sólo de los médicos, sino mejores condiciones de trabajo, salarios y calidad de vida para los brasileños menos asistidos.

En cuanto al plan de estudios de la carrera de grado de medicina, el art. 4º de la Ley 12.871/2013¹¹ define que el funcionamiento de las carreras está sujeto a la implementación de las DCN definidas por el CNE. El avance técnico-científico, sumado a la influencia flexneriana, estructuró el modelo de formación médica centrado en el hospital y fortaleció la concepción del proceso salud-enfermedad excesivamente restringida a factores biológicos¹⁸. En este escenario, desde hace muchos años se vienen adoptando estrategias para mejorar la articulación entre instituciones de formación y sistema de salud.

Ejemplifican esto las reformas de las DCN y de los programas gubernamentales que estimulan

el cambio curricular. Entre estos, se destacan el Programa de Incentivos para Cambios Curriculares en Medicina (Promed), firmado en 2002; el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud), de 2005; el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud), de 2010; y el Programa de Valorización Profesional de la Atención Básica (Provab). El 20 de junio de 2014, se emitió la Resolución CNE/CES 3¹², que define nuevas directrices para las carreras de grado médicas brasileñas y señala los ejes “atención”, “gestión” y “educación en salud” como centrales en la formación del estudiante.

En el primer eje, se espera que el estudiante considere la multidimensionalidad de cada ser humano, de forma contextualizada, para promover el acceso universal y equitativo a la salud, con una atención integral, humanizada, calificada y ética, centrada en la persona bajo cuidado, en su familia y en la comunidad. Además, existen expectativas de que el graduando preserve la biodiversidad, tendiendo a la sustentabilidad; se articule a las políticas sanitarias de Brasil, por la promoción de la salud de forma interprofesional; y posea habilidades comunicativas adecuadas, verbales y no verbales, para las relaciones interpersonales inherentes a su profesión.

El segundo eje engloba la formación de profesionales capaces de comprender las políticas, directrices y principios del SUS y de promover el bienestar comunitario a través de acciones de gestión y administrativas. La atención se centra en un sistema sanitario predominantemente público y multiprofesional, cuyos pilares son: gestión del cuidado para desarrollar planes terapéuticos individuales y colectivos; valoración de la vida, buscando de modo propositivo y resolutivo mejores indicadores de calidad de vida, morbilidad y mortalidad; trabajo en equipo, con el fin de integrar diferentes entidades y construir de forma participativa el sistema de salud; liderazgo, basado en la horizontalidad de las relaciones personales y en valores como la empatía y el compromiso, con miras al bienestar comunitario; comunicación, considerando las nuevas tecnologías disponibles.

Convergiendo con las propuestas de otros países¹⁹, la Gestión en Salud contribuye a un currículo amplio, que abarca diversas competencias y habilidades para la actuación en el sistema público de salud. Sin embargo, como se observó en países con una estructura curricular similar²⁰, muchos temas en este eje reciben poco o ningún énfasis en el documento. Si se integran a la formación médica, estos elementos podrían elevar la calidad administrativa del sistema brasileño, con recursos humanos aún mejor capacitados en actividades como el análisis de

la coyuntura política, social y económica; el control estratégico; la gestión financiera y la negociación.

Además de aspectos de gestión estratégica, planificación de la carrera, trabajo en instituciones hospitalarias y herramientas de gestión de calidad, los estudiantes evaluados en esta investigación también consideran relevantes para su formación los tópicos de administración y finanzas ligadas a la carrera; gestión pública en salud; representación médica; calidad de la asistencia; práctica médica en gestión hospitalaria y emprendimiento.

El tercer eje del documento postula algunos principios a los estudiantes: corresponsabilidad en su propia formación inicial, continua y en servicio; autonomía intelectual; responsabilidad social; y compromiso con la formación de futuros profesionales de la salud. Se determina el aprendizaje participativo e interprofesional en contextos diversificados, mediado por profesionales del SUS desde el primer año de la carrera. El propósito es involucrar al estudiante en la investigación y la extensión, estimularlo a dominar otro idioma, posibilitando la movilidad académica y favoreciendo el reconocimiento de nuevos desafíos en la carrera.

Lindeman sostiene que la experiencia es el *libro de texto del adulto aprendiz*²¹. Algunos especialistas señalan que el alumno adulto requiere desafíos y necesita gestionar su propio aprendizaje. Esta concepción de educación contempla los principios de la corriente orientada a la educación de adultos denominada andragogía^{22,23}, que se evidencian en las siguientes directrices curriculares: inserción del alumno en los múltiples contextos de acción del SUS; incentivar el contacto con nuevos escenarios a través de la movilidad académica; señalar la importancia de la investigación y la extensión durante la formación profesional, favoreciendo un mayor desarrollo científico y criticidad; estimular la actualización de los conocimientos individuales ante la intensa producción académica en el área, y alentar el dominio de otros idiomas para ampliar las fuentes de aprendizaje.

El artículo 26 de las DCN¹² enfatiza la necesidad de una práctica docente que favorezca la enseñanza centrada en el alumno, tornándolo protagonista de su proceso de aprendizaje. Como señala De Aquino²², este fundamento representa un pilar alternativo a la pedagogía clásica. Perissé²³ también hace hincapié en la importancia de capacitar a los docentes para ejercer la andragogía, con el fin de que el tratamiento dado a los alumnos se corresponda con el de personas realmente libres y responsables.

Esto se muestra significativo en la investigación, ya que el 67.5% de los estudiantes (n=679) se refirió como “importante” o “muy importante” a la influencia del docente en la carrera. Sin embargo, esta referencia puede tornarse un obstáculo, tanto por resistencia de los docentes en renovar sus métodos, como por la dificultad de formar nuevos recursos humanos entre los profesores.

La nueva concepción pedagógica también está contemplada en el Programa de Formación y Desarrollo de la Docencia en Salud, mencionado en el artículo 34 de las DCN¹², que busca abarcar la enseñanza activa e interdisciplinaria para transformar las facultades de medicina. Sin embargo, incluso con todas las directrices, normas y propuestas de enseñanza centradas en el SUS y en la atención primaria y secundaria de la población, implementadas hace años, no se observa un mayor interés de los estudiantes en seguir esta carrera.

La baja elección de la medicina familiar y comunitaria merece ser reevaluada por los gestores de la educación y estudiada por nuevas investigaciones nacionales. En este sentido, este artículo aporta algunas contribuciones a esta reflexión. Con el propósito de amenizar la fragmentación del ejercicio médico en las múltiples especialidades, jerarquizar la atención se ha convertido en un objetivo de los gestores de salud en Brasil en las últimas décadas. No obstante, los problemas de infraestructura y la falta de inversión organizacional en las unidades de la red primaria se han mostrado como un gran obstáculo para atraer profesionales médicos a este campo.

En el escenario actual, el especialista en salud familiar está sujeto a una excesiva carga de trabajo, una remuneración incompatible, bajo *status* social y profesional, escasa integración con otros niveles de complejidad y dificultad para delimitar sus propios roles^{3,24}. En la atención primaria de la salud, este estudio destaca la medicina familiar y comunitaria por la importancia de estos profesionales para el funcionamiento del sistema público. Sin embargo, la muestra revela un bajísimo interés por la especialidad (Tabla 3), que fue la menos elegida, considerada sólo por el 1.5% de los participantes, porcentaje que también se observó en otro estudio reciente¹.

Entre las especialidades médicas evaluadas en este trabajo, la medicina de la familia y la comunidad fue excluida por el 22.7% de los encuestados y, en un contexto más amplio, el 82.5% no está a favor de la exigencia de dos años de servicio en el área después de la graduación. A pesar de que el 55.3% de los estudiantes excluyeron la opción de especializarse en atención primaria de la salud (Tabla 2), si existiera la posibilidad de una carrera pública federal, el 50.4% consideraría el área.

Los datos indican que el gobierno debe incentivar y valorar más el ejercicio profesional en la atención primaria, a fin de estimular al futuro médico a ejercer una función en esta área, ya que las Unidades de Atención Primaria son la puerta de entrada al SUS y son responsables de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. De esta manera, sería posible descongestionar la atención secundaria, disminuyendo costos y eliminando burocracias que hacen que los pacientes esperen años para consultas con especialistas para solucionar casos que muchas veces pueden ser tratados en la atención primaria.

Aunque durante los primeros períodos del grado los estudiantes tengan mayor contacto con disciplinas sobre atención primaria, la organización del SUS y otros temas fundamentales, a lo largo de la carrera y de forma homogénea, se observa escaso interés en la medicina de la familia. Una posible explicación para esta falta de interés sería la “baja afinidad con la especialidad, la satisfacción personal y/o profesional” (Tabla 1). Con respecto a la carga horaria actualmente asignada a la atención primaria, 545 estudiantes se declararon favorables, siendo la mayoría (44%) del 5º al 8º período.

En cuanto a la influencia familiar, 68.4% de los estudiantes no tienen médicos entre sus familiares cercanos. Socialmente, la decisión de la especialización médica se debe más a las evaluaciones de desempeño de la clase social en que se inserta el individuo que directamente a la profesión de familiares.

Con respecto al servicio público obligatorio, el Proyecto de Ley del Senado 168/2012²⁵, de autoría del senador Cristovam Buarque, propone que el médico recién graduado en una universidad pública o privada con financiamiento público ejerza dos años de su profesión en municipios con menos de 30.000 habitantes o en comunidades desfavorecidas de regiones metropolitanas.

Este tema es motivo de gran debate en Brasil. Mientras que parte de la sociedad está a favor del “ejercicio social de la medicina”, defendiendo la competencia del poder público para regular políticas de salud, muchos argumentan que la idea es contraria al principio de la gratuidad de la educación, previsto en la Constitución²⁶. Gran parte de los estudiantes (82.5%; n=830) no está de acuerdo con el servicio público obligatorio, y casi la mitad (46.5%; n=386) se encontraban entre el 5º y el 8º período, es decir, ya conocían el funcionamiento del SUS.

La baja adhesión a este proyecto por parte de los estudiantes es una laguna que debe ser llenada en futuros estudios. Sin embargo, vale iniciar la

discusión destacando que obligar a cualquier categoría profesional a ejercer su actividad en un determinado lugar y tiempo, aunque eso suceda de la mejor manera, es, como mínimo, cercenar la libertad del individuo, anulando su individualidad y autonomía.

El nuevo Código de Ética Médica²⁷, vigente desde abril de 2019, en los Principios Fundamentales III, VII y VIII, cita la autonomía del médico en el ejercicio de la profesión. En bioética, “autonomía” significa libertad para decidir tanto el público a quien asistir como las condiciones de trabajo, buscando en la ética asistencial las bases profesionales. Cualquier obligación establecida para ejercer una profesión debe ser muy bien evaluada éticamente antes de ser implementada.

Para finalizar, se observa la eventual limitación de esta investigación. Por tratarse de un estudio nacional, con el propósito de cubrir el mayor número de universidades y de diversas regiones, se aplicó un cuestionario *online*, lo que puede perjudicar la veracidad de los datos enviados por los participantes.

Consideraciones finales

En Brasil, el 26.24% de los estudiantes de medicina afirmaron que ya habían elegido una especialidad al ingresar a la carrera, decisión más prevalente

en el Sudeste y Nordeste. A lo largo de la carrera de grado, en la muestra distribuida en las cinco regiones del país, fue mínima la elección de especialidades en las áreas de ginecología y obstetricia, pediatría y medicina de la familia.

El principal momento de esta elección fue la fase intermedia del curso, entre el 5º y el 8º período. Al momento de la práctica, la mayoría ya había optado por una especialidad para ejercer profesionalmente. La “afinidad” fue el principal factor para esta decisión, seguida por “estilo de vida”, “contacto con la especialidad durante el grado” e “influencia de los docentes”. En las cinco regiones, la mayoría de la muestra está satisfecha con la carga horaria actual establecida para las disciplinas de atención primaria de la salud.

Se observa que el 82.5% de los estudiantes están en contra de la obligatoriedad de trabajar dos años en medicina de la familia antes de la residencia médica. La mayoría absoluta considera que es “importante” o “muy importante” introducir regularmente los siguientes tópicos en el grado: administración y finanzas ligadas a la carrera, gestión pública en la salud, entidades de representación médica, calidad en la asistencia, actuación médica en la gestión hospitalaria y emprendimiento. En todas las regiones estudiadas, la elección de la especialidad en medicina de la familia fue mínima entre los estudiantes a lo largo del grado.

Referências


1. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2018 [acesso 11 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2lqC0mD>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 2/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 99, 3 ago 2016 [acesso 24 mar 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/359a2We>
3. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. *Psicol Reflex Crít* [Internet]. 2005 [acesso 3 jul 2018];18(2):200-6. DOI: 10.1590/S0102-79722005000200008
4. Cruz JAS, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia EM, Passerotti CC, Bruschini H *et al.* Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med* [Internet]. 2010 [acesso 3 jul 2018];89(1):32-42. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v89i1p32-42
5. Ribeiro MMF, Leal SS, Diamantino FC, Bianchi HA. A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 [acesso 3 jul 2018];35(3):405-11. DOI: 10.1590/S0100-55022011000300015
6. Sousa IQ, Silva CP, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];38(1):79-86. DOI: 10.1590/S0100-55022014000100011
7. Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];38(2):213-20. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200008
8. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FR. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2005 [acesso 3 jul 2018];9(16):53-66. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100005
9. Ayuso-Raya MC, Escobar-Rabadán F, López-Torres-Hidalgo J, Montoya-Fernández J, Téllez-Lapeira JM, Campa-Valera F. Predictors for choosing the specialty of family medicine from undergraduate knowledge and attitudes. *São Paulo Med J* [Internet]. 2016 [acesso 3 jul 2018];134(4):306-14. DOI: 10.1590/1516-3180.2015.02581002
10. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em

- medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 38, 9 nov 2001 [acesso 3 jul 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2LOWyFK>
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 206, p. 1, 23 out 2013 [acesso 15 dez 2017]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2oUOwE8>
 12. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 8-11, 23 jun 2014 [acesso 3 jul 2018]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/2MiUpD7>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos: dois anos: mais saúde para os brasileiros [Internet]. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2015 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2VhifhU>
 14. Brasil. Ministério Público Federal. Ação direta de inconstitucionalidade 5.035-DF [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2MhYE1V>
 15. Organização Pan-Americana da Saúde. Nota da Opas/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos [Internet]. 2015 [acesso 10 dez 2017]. Disponível: <http://bit.ly/359n85W>
 16. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2008 [acesso 3 jul 2018];32(4):492-9. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012
 17. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. 1978 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2LQe3HI>
 18. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública [Internet]. 1997 [acesso 3 jul 2018];13(1):141-4. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000100025
 19. World Health Organization. Reorientation of medical education: goal, strategies and targets [Internet]. Nova Delhi: Regional Office for South-East Asia; 1991 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2Mckle0>
 20. Quince T, Abbas M, Murugesu S, Crawley F, Hyde S, Wood D *et al.* Leadership and management in the undergraduate medical curriculum: a qualitative study of students' attitudes and opinions at one UK medical school. BMJ Open [Internet]. 2014 [acesso 3 jul 2018];4(6):e005353. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005353
 21. Lindeman EC. The meaning of adult education. Nova York: New Republic; 1926. p. 10.
 22. Aquino CTE. Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
 23. Perissé G. Andragogia. Correio Cidadania [Internet]. 2008 [acesso 9 dez 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2ojwhlz>
 24. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2009 [acesso 3 jul 2018];33(3):464-71. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300017
 25. Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 168, de 2012. Institui o exercício social da profissão para garantir emprego e exigir prestação de serviço dos graduados em medicina que obtiveram seus diplomas em cursos custeados com recursos públicos, em instituições públicas ou privadas. Senado Federal [Internet]. Brasília, 21 maio 2012 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/2ALMloX>
 26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 10 jul 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2E5yiNy>
 27. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 3 jul 2018]. Disponível: <http://bit.ly/322vjil>


Participación de los autores

Andressa Carvalho Quinet de Andrade, Jonas Munck de Oliveira, Matheus Bresser, Matheus Magalhães Apolinário y Pedro Murari de Barros concibieron el proyecto, realizaron la búsqueda bibliográfica, recolectaron los datos y redactaron el artículo. José Antonio Chehuen Neto orientó y revisó el proyecto, así como dio formato al texto y lo revisó. Renato Erothildes Ferreira colaboró en el diseño del estudio, el análisis estadístico y la interpretación de los datos.


José Antonio Chehuen Neto

 0000-0001-9640-0444

Renato Erothildes Ferreira

 0000-0001-8011-3192

Andressa Carvalho Quinet de Andrade

 0000-0003-3592-4900


Jonas Munck de Oliveira

 0000-0002-4302-6994


Matheus Bresser

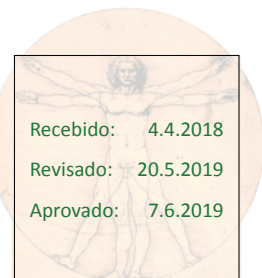
 0000-0002-3410-5172

Matheus Magalhães Apolinário

 0000-0002-2599-9442

Pedro Murari de Barros

 0000-0003-1517-3097



Anexo

Cuestionario aplicado a los estudiantes de medicina

1. ¿Usted está de acuerdo con el documento de consentimiento libre e informado (DCLI)?
() Sí () No
2. ¿Institución de enseñanza? _____
3. ¿Período que cursa actualmente? _____
4. ¿A qué región del país pertenece su facultad?
() Norte () Nordeste () Centro-Oeste () Sur () Sudeste
5. Al entrar en la facultad de medicina, ¿usted ya se había decidido por una especialidad médica?
() Sí () No
6. En este momento de la carrera, ¿ya definió una especialidad en una de las grandes áreas de actuación?
() Sí () No
7. ¿Su especialidad encaja mejor en cuál de estas grandes áreas?
() Clínica médica
() Cirugía
() Pediatría
() Ginecología y obstetricia
() Medicina de la familia y la comunidad
8. En este momento de la carrera, ¿usted ya excluyó alguna de las grandes áreas de actuación?
() Sí () No
9. ¿Cuál?
() Clínica médica
() Cirugía
() Pediatría
() Ginecología y obstetricia
() Medicina de la familia y la comunidad
10. ¿Por qué?
() Estilo de vida, calidad de vida (horas de trabajo, guardias, salario)
() Afinidad con la especialidad, satisfacción personal/profesional
() Poco contacto con la especialidad a lo largo de la carrera de grado, exposición al área durante la carrera
() Relación con o conocimiento de un profesor/orientador que haya despertado el interés por otra especialidad
() Influencia familiar
() Tendencia/compromiso social
() Urgencia en ganar dinero rápido, tiempo corto de residencia
11. ¿Usted considera elegir una especialización en la atención primaria de la salud?
() Sí () No

12. ¿Por qué?

- () Estilo de vida, calidad de vida (horas de trabajo, guardias, salario)
- () Afinidad con la especialidad, satisfacción personal/profesional
- () Poco contacto con la especialidad a lo largo de la carrera de grado, exposición al área durante la carrera
- () Relación con o conocimiento de un profesor/orientador que haya despertado el interés por otra especialidad
- () Influencia familiar
- () Tendencia/compromiso social
- () Urgencia en ganar dinero rápido, tiempo corto de residencia

13. ¿Usted tiene médicos entre sus familiares próximos (padre, tío, abuelo)?

- () Sí () No

14. ¿Su elección estuvo influenciada por la especialidad del/los médico/s de la familia?

- () Sí () No

15. En cada uno de los siete motivos siguientes, atribuya una nota (muy importante; importante; poco importante; no importante) para su relevancia en la elección de la especialidad

(15.1) Estilo de vida, calidad de vida (horas de trabajo, guardias, salario) _____

(15.2) Afinidad con la especialidad, satisfacción personal/profesional _____

(15.3) Contacto con la especialidad a lo largo de la carrera de grado, exposición al área durante la carrera _____

(15.4) Relación con o conocimiento de un profesor/orientador que haya despertado el interés por otra especialidad _____

(15.5) Influencia familiar _____

(15.6) Tendencia/compromiso social _____

(15.7) Urgencia en ganar dinero rápido, tiempo corto de residencia _____

16. ¿Usted está a favor de la carga horaria relacionada con las disciplinas de atención primaria de la salud en el currículo de su facultad?

- () Sí () No, me gustaría fuera mayor () No, me gustaría que fuera menor

17. ¿Usted está a favor del establecimiento de dos años de servicio en medicina de la familia y la comunidad como exigencia luego de la graduación?

- () Sí () No

18. ¿Usted sería profesional de medicina de la familia y la comunidad si hubiese un plan de carrera pública federal?

- () Sí () No

19. Sobre los temas señalados, atribuya una nota (muy importante; importante; poco importante; no importante) según su relevancia para el currículo médico:

(19.1) Aspectos administrativos y financieros ligados a la carrera _____

(19.2) Gestión pública en la salud _____

(19.3) Entidades médicas de representación (Consejo Regional de Medicina, Consejo Federal de Medicina, Asociación Médica Brasileña, etc.) _____

(19.4) Calidad en la asistencia de la salud (Organización Nacional de Acreditación, certificaciones internacionales, etc.) _____

(19.5) Representación médica en la gestión hospitalaria (dirección técnica, clínica, comisión de infección hospitalaria, comisión de ética, etc.) _____

(19.6) Emprendimiento médico _____