

Los internados verticales actuales en la Carrera de Medicina

Current vertical internship in the Medical Major

Miguel A. Serra Valdés^{1*}

Rafael Comas Valdespino¹

¹ Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. (Se vuelve a poner: La Habana?) *Ichi*

*Correo electrónico: maserra@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La Comisión Nacional de la Carrera de Medicina ha estado confeccionando nuevas propuestas de programas perfeccionados. La creación de internados verticales en los últimos 2 años ha creado expectativas positivas y negativas en el claustro de profesores de más experiencia en la Educación Médica en distintas universidades del país.

Objetivo: Invitar al análisis y reflexión sobre los nuevos internados verticales y cual considerar el más apropiado en la actualidad para las especialidades derivadas de la clínica o para la formación del médico general básico.

Desarrollo: Se realizó un breve recorrido desde su creación inicial hasta nuestros tiempos. Se destacó el Internado Vertical en medicina en su programa como base para las demás especialidades derivadas de la clínica, así como los retos de los nuevos programas de

internado de otras especialidades. Se enfatizó en la importancia del Internado Rotatorio para la formación del Médico General Básico.

Conclusiones. Se expresa nuestra posición e invitamos al análisis y reflexiones de esos nuevos programas partiendo del diseño curricular actual de la carrera de medicina en lograr un médico capaz de brindar a la sociedad la asistencia de calidad esperada. Valoramos necesario retornar al año académico de Semiología y Propedéutica y al año académico de Medicina Clínica para una mejor preparación y desarrollo de habilidades del sistema de competencias del futuro egresado y la aplicación correcta del método clínico y el razonamiento diagnóstico.

Palabras clave: educación médica; planes y programas de estudio; internado vertical.

ABSTRACT

Introduction: The Medical Major National Board has been preparing new proposals for improved programs. The creation of vertical internships in the last two academic years has built positive and negative expectations among the most experience faculty in the field of medical education nationwide.

Objective: To invite the analysis and reflection on the new vertical internships and which one is to be considered as the most appropriate at present for clinical specialties or for the training of the basic general physician.

Development: A brief journey was made from its creation to our times. The Vertical Internship in Medicine was highlighted considering its program as a basis for the other clinical specialties, together with the challenges of the new internship programs for other specialties. Emphasis was placed on the importance of the Rotary Internship for the training of the basic general physician.

Conclusions: Our position is expressed and we invite the analysis and reflections of these new programs based on the current curricular design of the medical major to train a physician capable of providing the society with the expected quality healthcare. We value the need to return to the academic year of Semiology and Propaedeutics and the academic year of Clinical Medicine for better preparation and development of skills of the future graduate competence system and the correct application of the clinical method and diagnostic reasoning.

Keywords: medical education; study programs and syllabuses; vertical internship.

Recibido: 30/5/2018

Aprobado: 16/6/2018

INTRODUCCIÓN

La sociedad cubana actual demanda un profesional de la medicina más competente, con un desempeño óptimo ante la contingencia de una serie de enfermedades y epidemias que afectan a la población en general y que sea capaz de responder a los Programas del Sistema Nacional de Salud. Así mismo, se necesita un claustro de profesores enmarcado dentro de la excelencia, responsable de la formación de ese profesional. La educación médica se concibe como el conjunto de procesos inherentes a la formación de pregrado y posgrado, también los de educación continuada, que promueven el desarrollo de competencias profesionales en las vertientes de la atención de salud, la docencia, la investigación y la administración o gerencia, enmarcados en la realidad sanitaria, educacional y social de cada institución y país.

El futuro egresado debe ser capaz de prestar atención médica integral al niño, al adulto y al anciano en el aspecto individual, incluyendo la atención a la urgencia teniendo en cuenta su contexto familiar y social, mediante las acciones de promoción de la salud al individuo, la prevención específica en individuos sanos y enfermos, la atención a pacientes ambulatorios u hospitalizados, y la rehabilitación física, psicológica y social de aquellos que la requieran. Por tanto, el método clínico que descansa en la enseñanza de la semiología, la propedéutica clínica, la patología y el proceder diagnóstico en la práctica médica, tiene una didáctica de impartición particular con las bases teóricas del conocimiento y el desarrollo de competencias del sistema de habilidades prácticas que debe tener el egresado.

El razonamiento lógico, por consiguiente, es la piedra angular en el diagnóstico en la práctica médica partiendo de las bases anteriores. Todas las actuaciones médicas tienen una curva de aprendizaje, pero el razonamiento clínico se mantiene como un elemento clave en

cualquiera de ellas.⁽¹⁾ Enseñar estas habilidades no es tarea sencilla porque no existe una teoría completa y ampliamente aceptada acerca de los procesos de razonamiento clínico, e incluso los médicos más experimentados a menudo no son conscientes de los métodos de razonamiento que utilizan para alcanzar un diagnóstico.⁽²⁾ Pero existen varias escuelas universales con sus diseños a seguir en el proceder diagnóstico. Difieren muy poco unas de otras. La nuestra descansa en el denominado método clínico.

La experiencia cubana de diseño de Planes de Estudio en la carrera de medicina de acuerdo al objetivo de graduar un médico general básico, el hecho de que la educación en el trabajo sea la forma de organización de la enseñanza priorizada y que los escenarios asistenciales coincidan con el educativo, son elementos que acercan nuestros programas de estudio al denominado diseño por competencias. La Comisión Nacional de la Carrera de Medicina ha estado confeccionando nuevas propuestas de programas perfeccionados. Así se recuperó la modalidad del Internado Vertical, lo que significa que hay estudiantes que su práctica preprofesional del sexto año de la Carrera la realizan en la especialidad que deben obtener por vía directa una vez graduado.⁽³⁾ Como en todos los tiempos, los nuevos programas crean simpatizantes y detractores.

El programa del Internado Vertical en Medicina Interna, el primero en elaborarse, se diseñó bajo el enfoque de competencias. Esto implica que se parte de los saberes que requiere el futuro profesional para adoptar decisiones y resolver los problemas en sus diferentes perfiles de desempeño.⁽³⁾ Este internado podría preceder a otras especialidades clínicas como Cardiología, Neurología, Oncología, Gastroenterología, Nefrología, entre otras, derivadas de la Medicina Interna y a la especialidad de Fisiatría. La Medicina Interna o Clínica como se le ha llamado, es la madre de la que derivan las otras especialidades clínicas. El perfil del internista, el más amplio dentro de la medicina, ha sido y es el más integrador de todas las especialidades existentes. Ello es más que coherente con la propuesta de que esas especialidades cuenten con un período de formación inicial en salas de la Especialidad de Medicina Interna. Posteriormente en el 2017 se confeccionen y perfeccionan otros internados verticales, precisamente de especialidades derivadas de la clínica.^(4,5,6,7,8,9)

El objetivo del presente artículo es invitar al análisis y reflexiones sobre lo que está ocurriendo en la actualidad con los internados verticales. Existen defensores y detractores entre el claustro de profesores de todas las provincias. ¿Darán los resultados esperados estos programas? ¿Cuáles serán las tendencias actuales y futuras? ¿Será necesaria una mirada atrás?

DESARROLLO

Breve historia de los internados verticales

Hace muchos años, en nuestros años de formación, existió el internado vertical en las especialidades llamadas básicas de la Medicina: Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría y Cirugía general. Objetivo muy importante fue el de graduar profesionales que continuaran por vía directa la especialidad elegida ante el déficit existentes de especialistas en aquella época. También existía el llamado Internado Rotatorio, que tenía rotaciones por las cuatro especialidades básicas. Verdaderamente resolvieron un gran problema asistencial en su momento. Años después desaparecen los internados verticales y solamente queda el rotatorio. En la década de los 80, por iniciativa del líder de la Revolución Cubana Fidel Castro, surge la Especialidad de Medicina General Integral. Al cambiar los programas de estudio con tales objetivos se adiciona al internado rotatorio una quinta rotación: Medicina General Integral, para un perfil más amplio del egresado y la posterior incorporación de muchos a realizar esta especialidad que resolvería un gran problema de atención médica integral a la población. *Antes de*, la propedéutica Clínica y Semiología se impartía un curso entero en la carrera de medicina (el tercer año) y la Medicina Interna o Patología Clínica un año entero (en el cuarto año). Por supuesto, a nuestro juicio, los conocimientos y el desarrollo de habilidades de todo tipo era mayor.

Posteriormente han ido variando los planes y programas de estudio a través de los años. En la actualidad la Semiología y Propedéutica se imparte en 20 semanas, yo diría que en 18 pues las últimas semanas son para evaluaciones prácticas y la Medicina Interna en 20 semanas en el tercer año de la carrera también prácticamente en 18 semanas, con las dificultades existentes en los escenarios docentes por las matrículas muy grandes, pocos docentes con experiencia que a la vez tienen que desempeñar la labor asistencial, guardias médicas y muchos vinculados a otras actividades dentro de la Educación Médica Superior, la Salud Pública, la Investigación, etc. Sin contar con afectaciones ahora de semanas de receso docente, campaña antivectorial, etc. Las bases de esta formación son la Educación en el Trabajo y la Enseñanza del Método Clínico y su aplicación en el Proceso Diagnóstico en la práctica médica.

En los años sucesivos, cuarto y quinto de la carrera, rotan por las diferentes especialidades. En el sexto año realizan el internado rotatorio donde están 10 semanas en Medicina Interna. Hay que reforzar todo aquello impartido en el tercer año de la carrera con un programa de contenidos por temas de las diferentes y las más frecuentes patologías a las que se enfrentarán una vez graduados, incluyendo aspectos de gerontología y geriatría. Se gradúan como médico general básico.

Los resultados de las calificaciones de los exámenes prácticos de los alumnos del 3er. año de la carrera de Medicina y del 6to año o Internado de la Práctica Preprofesional en una investigación realizada, denotan que existen dificultades medidas por la evaluación del desarrollo de las habilidades, piedras angulares del método clínico y para el proceso diagnóstico en la formación y práctica médicas. Así también estas deficiencias se arrastran a la formación de posgrado de las diferentes especialidades.⁽¹⁰⁾ Como experiencia personal hemos visto estas dificultades en tribunales de exámenes, en nuestro trabajo diario al ser solicitados para valorar pacientes en salas de otras especialidades, en visitas de inspección. La asignatura de Introducción o preparación para la clínica en el período de Ciencias Básicas parece tener problemas.

Perspectivas del resurgimiento del internado vertical

Se dio la tarea de elaborar a un grupo de profesores el nuevo programa del internado Vertical en Medicina Interna en el 2015.⁽³⁾

La preparación preprofesional en salas de Medicina Interna mediante un Internado Vertical implica cumplir muchas de las actividades laborales concretas de la especialidad; es decir, ganar habilidades clínicas lo que es consustancial al diseño por competencias; habilidades que son aplicables posteriormente al emprender cualquier especialidad. El programa cuenta con objetivos de aprendizaje, enunciados desde el desempeño del estudiante, no desde las funciones del profesor. En el programa se define también el sistema de habilidades y el de valores que están muy ligados a objetivos y competencias, pues ambos incluyen el "saber hacer y el saber ser". Se orientan las clases (conferencias, seminarios), la educación en el trabajo, el estudio independiente y las evaluaciones teniendo en cuenta los elementos de competencias concebidas para este internado de acuerdo con las funciones del perfil del

egresado de la Carrera de Medicina (seleccionadas como áreas de competencias) y su seguimiento en el programa de la especialidad. El diseño centrado en competencias exige aplicar el método de enseñanza problémica y las técnicas participativas. Ambos elementos implican actividad del estudiante, solución de problemas y trabajo en equipo.^(3,11)

Los contenidos previstos en el programa se organizaron en módulos como unidades curriculares. Cuenta con un módulo de Geriátrica, necesario en la medicina del adulto de cualquier especialidad. La población cubana envejece y los gerontes ya representan la quinta parte de la población cubana con toda la comorbilidad que acontece. El diseño por competencias se manifiesta en la selección de contenidos derivados de la práctica profesional del internista en cada una de las áreas de competencia o funciones, reforzado al considerarse la educación en el trabajo como forma fundamental de organización del aprendizaje de experiencias significativas. En el sistema de evaluación general del Internado Vertical es donde más evidente se hace el diseño por competencias e incluye cuatro componentes: componente formativo, componente docente-asistencial, componente administrativo y componente investigativo y al final del internado el componente certificativo por competencias al realizar su examen estatal teórico práctico final.^(3,11)

En conclusión, el Internado Vertical en Medicina Interna existente, por sí mismo, entra en el diseño por competencias al orientar la formación preprofesional hacia una actividad laboral, sea la Medicina Interna, sean las bases para una de las especialidades derivadas de la misma. El programa revisado satisface en esencia el diseño por competencias. Su flexibilidad aspira a permitir que el currículo pensado y el vivido no difieran en lo fundamental y que se puedan tener decisiones según exija cada situación del aprendizaje.⁽¹¹⁾

El método clínico constituye la categoría fundamental en las ciencias clínicas por su utilización como método de enseñanza en las disciplinas y asignaturas en el ciclo clínico de la carrera de medicina. Los mejores exponentes en su enseñanza han sido tradicionalmente los profesores de Clínica, salvo algunas excepciones. Contribuye a la sistematización de todas aquellas habilidades que, en forma de sistema, se integran en su ejecución. El desarrollo de estas habilidades es esencial en el proceso de diagnóstico en Medicina.^(12,13,14,15) Estas habilidades se resumen en: comunicar, identificar, interpretar, diagnosticar e intervenir.⁽¹⁰⁾ Constituye la esencia fundamental en el desarrollo de las competencias del internado. Constituye la base para especialidades futuras de perfil clínico; y yo diría que para cualquier especialidad en la práctica médica.

El dilema actual del internado vertical

Por dilema se entiende, según la academia de la lengua española, que es la disyuntiva entre dos elecciones posibles. En la actualidad existen programas de internado vertical en diferentes especialidades derivadas de la Clínica y en Fisiatría, los cuales hemos tenido oportunidad de revisar, ver sus objetivos y contenidos. Otro tanto pudiéramos referirnos al Internado Vertical en Medicina Intensiva y Emergente.^(4,5,6,7,8,9) Todos con un buen diseño y elaborado por profesores con experiencia. Quizás con la intención de acortar la especialidad elegida sustentado tal vez en la necesidad de especialistas.

La posición de los autores de este artículo, considera que la intención no basta para reconocer que el diseño curricular de la carrera de medicina en la actualidad y sus años académicos no son suficientes en el aporte de conocimientos y desarrollo de habilidades del sistema de competencias para el graduado si eliminamos el internado vertical en Medicina Interna y damos paso directo a contenidos de la futura especialidad, donde no existe un conocimiento previo de base de las patologías que si están previstas en el programa del Internado Vertical en Medicina Interna. Es también como si quitáramos el internado rotatorio por las especialidades básicas incluyendo la Medicina General Integral, que da una preparación integral al recién graduado para iniciar su labor como médico general o para que el futuro graduado en sus estudios de posgrado hiciera esta especialidad.

No consideramos mejor que un interno haga internado vertical en Nefrología, por ejemplo, con un programa propiamente de dicha especialidad, si es necesario que vaya con conocimientos sólidos de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la Diabetes, la Hipertensión, la repercusión y relación existente entre la insuficiencia Cardíaca (el corazón) y el Riñón que dan lugar a la enfermedad renal crónica (ERC) o aguda en determinado momento. Que no aprenda primero la importancia del manejo de fármacos nefrotóxicos en pacientes con filtrado glomerular estimado reducido por enfermedad renal crónica o por ser un paciente geriátrico, o un geriátrico con plurimorbilidad. El Internado Vertical en Medicina cuanta con un módulo de aspectos referentes a la Gerontología y Geriatria.

No consideramos mejor que un estudiante haga internado vertical en Fisiatría, cuando la mayor parte de las enfermedades discapacitantes son enfermedades neurológicas, respiratorias, osteoarticulares o reumatológicas, por citar algunas. Es necesario tener

conocimientos previos de las mismas para enfrentar el problema que significa para el paciente, la sociedad y para emprender la rehabilitación en sí. Sin conocimientos de base en determinadas patologías que están en el programa del internado en Medicina Interna sería un reto emprender posteriormente las especialidades de Neurología, Oncología, Gastroenterología o Cardiología. Si estaríamos de acuerdo en que, durante el Internado en Medicina, rotaran los internos por dichas especialidades para ir creando algunas bases propias de las mismas para el futuro.

La asistencia fraccionada e inconexa de los pacientes no conduce a nada provechoso. Este es un gran desafío que tenemos los internistas y los colegas de otras especialidades derivadas de la clínica. Debemos tener siempre un diálogo de pares, con un profundo respeto mutuo por los saberes y la experiencia del otro. Es muy provechoso para todas las partes incluyendo por supuesto al enfermo.⁽¹⁶⁾

Retos

Si pensamos en la calidad del egresado, pensemos en cuál será el mejor internado que deben hacer. Si pensamos en la mejor calidad del egresado como Médico General Básico y futuro especialista en Medicina General integral, debemos pensar también cual debe ser el internado más apropiado. La repercusión de acortar una especialidad determinada, cuando los estándares de universidades médicas internacionales son mayores que los nuestros en algunas de estas especialidades, y los tienen muy bien justificados en programas que hemos revisado, podría traer problemas futuros. Las megas matrículas actuales dificultan la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el Método Clínico en los escenarios docentes hospitalarios. Conspira contra la dedicación personalizada o individual a algunos estudiantes con mayores dificultades. Conspira contra el desarrollo de habilidades ante el número creciente de estudiantes por cama en las salas hospitalarias. En el mundo de hoy, donde impera el desarrollo de las grandes tecnologías aplicadas a la medicina, se hace necesario más que nunca el aprendizaje del método clínico.⁽¹⁷⁾ El "método clínico", ha conservado y mejorado las técnicas utilizadas para el diagnóstico médico: interrogatorio, el examen del paciente y el razonamiento diagnóstico. Muchos egresados al no aprender adecuadamente el método clínico o habiendo sido adecuadamente enseñados para ello, pero sin el tiempo y la experiencia para hacerlo suyo, llegan a la práctica sin posibilidades de aplicarlo correctamente, lo que demanda tiempo, esfuerzo y dedicación, crean sus propios métodos individuales en forma arbitraria y desorganizada y sin una base teórica apropiada.^(18,19,20)

CONSIDERACIONES FINALES

Existen varios programas de internados verticales aplicados en estos momentos. Reflexionemos cual o cuales deben ser los más adecuados de acuerdo con el médico que queremos formar y el futuro especialista que queremos lograr. La posición de los autores es que el internado vertical en Medicina, prepara mejor para continuar dicha especialidad y las derivadas de la clínica. Algunas especialidades derivadas de la clínica ya no hacen su primer año en Medicina Interna como antes. Los programas han cambiado. ¿Para bien o para mal?

El papel que puede desempeñar la investigación pedagógica actualmente es el perfeccionamiento de la calidad educacional con el consiguiente mejoramiento humano y desarrollo social, valorando a la vez en qué medida la actividad investigativa debe estar a la vanguardia en las transformaciones educacionales con las nuevas demandas del desarrollo de nuestra época. Representa un punto importante para reflexionar críticamente alrededor de los problemas que pudiera tener hoy la docencia médica ante los cambios de planes y de programas determinados. Los autores consideran tender una mirada atrás. La impartición de la Semiología y la Medicina Interna en años académicos como antes, resultaría mejor en la actualidad, tema que dejamos al análisis y reflexión. ¿Cuál internado debe quedarse?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra Valdes MA. Del razonamiento clínico al aprendizaje del proceso diagnóstico en medicina. FEM [revista en la Internet] 2017;20 (5):249-50.
2. Rodríguez de Castro F, Carrillo-Díaz T, Freixinet-Gilart J, Julià-Serdà G. El razonamiento clínico. FEM [revista en la Internet]. 2017;20(4):149-60.
3. Colectivo de autores. Programa del Internado Vertical en Medicina Interna. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2015.
4. Colectivo de autores. Programa del Internado Vertical en Geriátrica. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.

5. Colectivo de autores. Programa del Internado Vertical en Medicina Intensiva y Emergente. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.
6. Colectivo de autores. Programa del Internado Vertical en Neurología. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.
7. Colectivo de autores. Programa del Internado Vertical en Nefrología. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.
8. Pérez Rodríguez ZM, García Delgado JA, Valdés Montes N. Programa de Internado Vertical en Medicina Física y Rehabilitación. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2015.
9. Colectivo de autores. Programa de Internado Vertical en Cardiología. Comisión Nacional de la Carrera de Medicina. Comisión Asesora de especialidades. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017.
10. Serra Valdes MA, Viera Garcia M. Consideraciones sobre la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el proceso diagnóstico en la práctica clínica. Educ Med Super. 2014 [citado 2018 abr 28];28(1):163-74.
11. Blanco Aspiazu MA, Serra Valdes MA, Armenteros Terán S, Alonso Chil O, del Pozo Jeréz H, Menéndez Jiménez J, et al. Valoración del diseño por competencias del internado vertical en medicina interna en Cuba. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015. [citado 2018 Abr 28];(6). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1083/910>
12. González Jaramillo S, Ortiz García M. Las competencias profesionales en la Educación Superior. Educación Médica Superior. 2011;25(3):334-43.
13. Vicente-Odio E. Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. Educación Médica Superior. 2014;29(1):aprox. 0 p. [Citado 2015 May 10]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/287>

14. Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. *MediSur*. 2012;10(1):39-46.
15. Blanco-Aspiaz M, Valdés-Torres R, Rodríguez-Collar T, Blanco-Aspiaz O. Aplicación de métodos activos de enseñanza en el aprendizaje de habilidades clínicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014 [citado 2015 May 10];13(1):10. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/315>
16. Serra Valdes MA. El médico clínico y las subespecialidades clínicas. *Rev Arg Med [revista en Internet]*. 2017;5(3):206-7.
17. Serra Valdés MA. Las nuevas y poderosas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en la práctica clínica de la Medicina Interna. *Rev Habanera Cienc Med [Internet]*. 2014;13(1):1-3.
18. Ilizástiguir-Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Medisur [revista en Internet]*. 2010 [citado 2018 May 10];8(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1321>
19. Nassif Hadad A, Rodríguez Silva H, Moreno Rodríguez M.A. El Método Clínico. En/ *Práctica Clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 15-28.
20. Fernández Sacasas J. Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *Rev EDUMECENTRO*. 2012 Abr [citado 2018 mayo 10];4(1):104-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000100014&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.