

El binomio Fidel Ilizástigui Dupuy/Luis Rodríguez Rivera: un paradigma en la formación clínica de los estudiantes de Ciencias Médicas en Cuba

The Fidel Ilizástigui Dupuy/Luis Rodriguez Rivera binomial: a paradigm in clinical training of Medical Sciences students in Cuba

José Ángel Fernández Sacasas

Máster en Ciencias. Doctor en Medicina. Presidente de la Cátedra Honorífica "Fidel Ilizástigui Dupuy". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Presidente de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud.

INTRODUCCIÓN

Aunque la medicina constituyó el primero de los estudios profesionales que se siguieron en la isla, 2 años antes de la inauguración de la "Real y Pontificia Universidad de San Jerónimo de La Habana" (5 de Enero de 1728) en la que fuera una de sus 4 facultades fundacionales, la enseñanza de la clínica tuvo que esperar a la etapa de la secularización de la casa de estudios en la Real y Literaria Universidad de La Habana en 1842.^{1,2} Sobresalió la ingente labor de don *Tomás Romay Chacón* (1764-1849) en la promoción de una medicina científica, quien puede ser considerado el fundador de la clínica cubana, por haber conseguido el establecimiento de la cátedra de clínica médica en la universidad (1834) -de la que fue su primer regente y profesor- y más aún por preconizar el estudio de la medicina en los enfermos en vez de en los vanos textos entonces en uso y alentar la conformación del diagnóstico mediante la búsqueda de los síntomas y la lesión causal, así como por oponerse a la terapéutica en boga, propia del galenismo (centrada en las sangrías y otras prácticas humores-evacuantes).^{3,4}

"A Romay debe la medicina cubana haberle impuesto un carácter científico a su estudio y ejercicio. . . ., que modificara la enseñanza de la medicina introduciendo los estudios de la Anatomía en el cadáver y el de Clínica en la sala de los hospitales. Llevó a los alumnos de la oscura y polvorienta universidad escolástica a las aulas luminosas del anfiteatro, a las salas de enfermos de los hospitales y a la morgue para la práctica de autopsias"³

Conformado el método clínico como expresión de la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo, ya en el siglo XX, bajo el estímulo de los avances de las técnicas de exploración y comprobación diagnóstica y terapéutica aquél es desarrollado con notables resultados por una pléyade de profesores de medicina de la entonces única universidad cubana.

En la etapa prerrevolucionaria podemos recordar, a riesgo de incurrir en involuntarios olvidos, las contribuciones de los profesores *Raimundo G. Menocal del Cueto, Raimundo de Castro y Allo, Ángel Arturo Aballí, Federico Grande Rossi, Luis Ortega Verdes, A. Antonetti Vivás, Pedro Iglesias Betancourt, Pedro Castillo Martínez, Carlos Cárdenas Pupo, José Bisbé Alberni, Juan Portuondo de Castro*, entre otros de la etapa prerrevolucionaria.⁵ Tres servicios del Hospital Universitario "General Calixto García" entonces disputaban la primacía de la enseñanza de la clínica: sala *Weiss*, con declarada afinidad por la clínica alemana, al haber realizado su titular profesor *Pedro Castillo Martínez* estudios de posgrado en aquel país; sala *Clínica Bajos* de influencia francesa, por análoga razón respecto a su patrón el profesor *Pedro Iglesias Betancourt* y a su vez la sala *Landeta*, de influencia norteamericana, regida por el profesor *Carlos Cárdenas Pupo*. En *Clínica Bajos*, bajo la tutela del profesor *Iglesias Betancourt*, es donde se formaron *Fidel Ilizástigui Dupuy* y *Luis Rodríguez Rivera (FID/LRR)*, en un amplio período -finales de los 40 hasta el inicio de los 60- que incluyó buena parte del pregrado, todo el internado y la residencia, también actividades docentes *ad honorem*.

Después de 1959, *los profesores que no se fueron del país* sostuvieron en la enseñanza de la Medicina la formación clínica de los estudiantes, internos y residentes, lo cual les ha ganado el respeto y consideración de los profesionales de la salud cubanos hoy en ejercicio. Además de *FID/LRR* sobresalieron, entre otros, los profesores *Ignacio Macías Castro, Adolfo Rodríguez de la Vega, Abdón Pires Rodríguez, José E. Fernández Mirabal, Antonio San Martín Marichal, Armando Pena Pereira, Abelardo Buch López, Mario Rodríguez OHallorans, Francisco de Arazosa, Manuel Lombas, Juan B. Ortega Pedroso, Raúl Dorticós Torrado, Sergio Rabel Hernández, Varán Von Smith, Eduardo Paz Presilla*, por solo mencionar los fallecidos.^{2,5}

FID/LRR abordaron con gran penetración y pensamiento crítico los problemas planteados en la contemporaneidad en relación con la educación médica en general y con la formación clínica en particular, contribuciones que intentamos bosquejar en el presente trabajo.

SOBRE LA MEDICINA Y LA ATENCIÓN MÉDICA

La llamada "medicina occidental" se adscribe a una concepción positivista y pragmática de la realidad, desconoce en la naturaleza y origen de la salud y la enfermedad la contribución de factores ajenos a los técnico-biológicos, como son los psicológicos, culturales, sociales y económicos.

Al respecto señaló *FID*:

"La medicina no estudia al hombre como un ente abstraído de las condiciones circundantes sino como un ser que vive en determinadas condiciones económico sociales las cuales ejercen sobre él una influencia necesaria". "Tal definición de la medicina como ciencia sobre el enfermo, desde el punto de vista metodológico, es mecanicista, no descubre las diferencias cualitativas con la medicina veterinaria. Deberá tener en cuenta no solo el coeficiente zoológico sino también el psicológico y social del hombre"⁶

LRR comparte el enfoque integral, distante del unilateral centrado en la medicina curativa, sin desestimarla, como refleja en su ponencia "Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud".⁷ que considera necesaria para alcanzar su "solución estratégica", mientras el abordaje biológico exclusivo se reduce a una "solución táctica"; y acota "no se puede aceptar el valor universal y neutral de la ciencia, desconociendo su relación con la estructura social que la generó, y más cuando están involucrados factores sociales en esta ciencia". Hace referencia a "los problemas que viene confrontando la atención médica individual, que al lado de éxitos y logros se enfrenta a serias dificultades como errores, negligencias, iatrogenias de diversos tipos, deshumanización e insatisfacción por la atención recibida, en tanto aumentan cada vez más los costo.⁸ También expresa: "Considero que las dificultades principales (de la práctica médica actual) no se encuentran en los aspectos teóricos o tecnológicos, están en el ejercicio o praxis del método clínico. Éste incluye el pleno dominio de la clínica, de la utilización de la teoría y de las indicaciones de la tecnología."⁹

Un tema polémico es como deben ser la atención médica y el modelo formativo en la actualidad. Frente al modelo médico especializado técnico-biológico, *FID/LRR* se pronunciaron para el pregrado por un modelo amplio, de práctica general, de carácter integral unificado (bio-psico-social y preventivo-curativo-rehabilitador).

FID: "El viejo patrón de la atención a la salud, centrado en la enfermedad, efectuada en los hospitales, brindada por personal especializado, con atención médica discontinuada, fragmentada y deshumanizada, está siendo reconsiderado. El paradigma que le sirve de base -biomédico, reduccionista, dualista y cientificista- está dando pasos hacia un paradigma más amplio y expansivo que lo incluye, restituyendo al hombre y su salud como centro de la atención médica". "Tales cambios (innovadores en el sistema de salud) conducen a una nueva cultura médica que encuentra barreras y obstáculos en las facultades de medicina sustentadas tradicionalmente en el especialismo, la biomedicina, la práctica médica individual, como fuerzas tradicionales del liderazgo."¹⁰

Respecto a los modelos profesionales, según LRR:

"Los clínicos pudieran dividirse en dos grupos principales: Los que emplean el tiempo necesario con los pacientes, los escuchan con atención y obtienen de manera precisa la descripción de la historia; examinan al paciente con cuidado, se interesan en él como persona y, sin precipitarse mucho en concluir un diagnóstico, utilizan sus conocimientos y experiencia en el empleo de la tecnología, de acuerdo con la necesidad precisada por la clínica del paciente.^{8,9} Finalmente llegan a una conclusión sobre la enfermedad o las condiciones que están produciendo ese cuadro. Poseen además flexibilidad para el cambio de enfoque, si ello se hace necesario por la observación sucesiva del enfermo o nuevos datos del laboratorio o la Imagenología. Cuando no hay seguridad prefieren decir: no hay diagnóstico; conclusión que, lógicamente, los mantiene en

la búsqueda del mismo. Otros médicos tienen más afición por los libros que por los enfermos. Les interesan las explicaciones fisiopatológicas, las teorías en boga, los nuevos medicamentos, y sobre todo rinden especial culto a la tecnología. El contacto con el paciente es peligrosamente breve, pues consideran que en general es en parte tiempo perdido: se dedican a buscar datos puramente biológicos y, si el paciente es lento o poco preciso, no pocas veces recogen datos diferentes a la realidad clínica; y a veces demasiado rápidamente introducen el nuevo caso en la casilla correspondiente de su archivo mental de entidades nosológicas, de acuerdo con los resultados de una abundante batería de pruebas de diverso tipo.

Por supuesto, entre ambos extremos existen diversos tipos intermedios. Denomina **hipocrático** al 1er. grupo y **galénico** al segundo. Significa que este último se está haciendo dominante y critica sus limitaciones: "En el ejercicio de la medicina clínica de poco sirven la teoría, los conocimientos profundos o la elucubración sobre los más complejos mecanismos, si todo ese andamiaje se construye sobre bases falsas, sobre síntomas y signos que no existen o en realidad son otros; o sin conocer la personalidad y la vida del paciente"

La práctica médica es la determinante principal de los modelos (formativos) para los estudiantes".¹¹

SOBRE EL MÉTODO CLÍNICO

Es innegable que corresponde a FID y LRR el estudio teórico, conceptualización y divulgación de "el método clínico" en nuestro país. Su célebre monografía¹¹ actualizó el tema hace más de 20 años y constituyó una herramienta teórica para su aplicación docente "desplegada", hasta entonces utilizado -el método- solo de manera implícita. Ello despertó un interés renovado en su estudio, como reflejan numerosas publicaciones subsecuentes.^{5,7-23}

Además de consideraciones acerca de la correspondencia del método clínico con el método científico, de formular una propuesta de metodología y esbozar una crítica a su uso indebido, la monografía incurre en una interesante valoración dialéctica de la contradicción unidad/diversidad en su aplicación e interpretación, que considero definitivamente antológica.

"El estudio de los enfermos ha permitido hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines. Pero, al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían una misma enfermedad, los clínicos observaban que en cada uno de los enfermos, la afección, siendo la misma, tenía una expresión clínica diferente, peculiar; se describió entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad. De estas observaciones, de esta contradicción dialéctica de lo que es similar, pero a la vez distinto, surgió el aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos.

Cada persona es igual a las demás (tiene los mismos órganos, pertenece al mismo género), pero es a la vez diferente, puesto que su construcción genética es diferente (la excepción conocida son los gemelos univitelinos) y su medio ambiente tiene siempre peculiaridades individuales, aunque se trate de hermanos. Cada persona es única, y no ha existido ni existirá otra igual.

Por esta razón la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun teniendo la misma afección. Se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza.

Si a la variabilidad genética y ambiental unimos además los diferentes modos de actuar de un mismo agente etiológico, las asociaciones en un mismo paciente de más de un proceso morboso, el estado de su inmunidad natural en un momento dado, así como su respuesta física y psíquica al proceso morboso, comprenderemos que, al enfrentarnos a un enfermo, lo hacemos a una situación nueva y peculiar, no vista previamente. Al final, el diagnóstico será casi siempre el de entidades nosológicas conocidas; pero para llegar a ello se requiere dedicación, capacidad de observación, juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia en las conjeturas, pero prudencia y rigor al establecer conclusiones. Se trata de la evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tanpreciado como la salud y aun la propia vida.

Cada paciente es una situación nueva. Cada paciente debe ser investigado y el método de la ciencia es el que debe utilizarse. El método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes."

La expresión "a la cabecera del enfermo" es conveniente entenderla en un sentido amplio, incluyente también de los pacientes ambulatorios y de los sanos, antes de enfermarse.

En su último trabajo al respecto^{17,18} FID aboga por un enfoque "hermenéutico" del diagnóstico, que también comprenda el mundo interior del paciente y al médico mismo (su personalidad y autopercepción), como parte de la realidad que debe ser diagnosticada.

FID/LRR confieren máximo valor a la relación médico paciente como determinante de la calidad de la atención médica:

"Una habilidad de primer orden y difícil de adquirir (la anamnesis) permite al estudiante apropiarse del aspecto científico, humano y espiritual de la práctica médica: Realizar la entrevista médica y establecer una buena relación médico-paciente".

"El médico está en la obligación de aprender el método científico: el método clínico en el abordaje del paciente y el método epidemiológico en el abordaje de la comunidad. Conjuntamente con el método de solución de problemas, en lo educacional, proporcionarán una base para el logro de un pensamiento científico en los estudiantes".¹⁰

"El médico no es el único que observa, el paciente también observa, valora y juzga al médico que tiene delante, en quien se puede confiar, si le dedicará el tiempo y la atención necesarios y si además sabe medicina y se trata de un profesional capaz".²⁴

"El interés del médico en ayudar al paciente debe ser genuino, actitud estrechamente relacionada con la vocación por la medicina. El mensaje extraverbal que transmite la actitud de "obligación resignada" que adoptan algunos médicos con pobre vocación durante la entrevista es percibido por los pacientes".²⁵

SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

FID/LRR compartieron una valoración crítica de la enseñanza actual de la medicina y aludieron distintos puntos polémicos: El enciclopedismo en los programas, la recarga teórica que impide al estudiante captar lo esencial, el predominio de métodos pasivos de enseñanza -Clases teóricas vs. educación en el trabajo-, el enfoque técnico-biológico vs. el bio-psico-social, el modelo curricular flexneriano, la dispersión de asignaturas vs. diseños integrados, un mayor énfasis en la investigación y "el terciarismo" (medicina especializada) que en el ejercicio de la práctica clínica, segmentación de la enseñanza por especialidades con desfiguración del modelo del profesional, se declara el propósito de formar un médico general, pero se asume desde las especialidades y por especialistas, escaso énfasis en la comunidad como escenario formativo, deterioro y escasa supervisión de las habilidades clínicas.

Consideraron errónea la concepción pedagógica que prevalece de ser necesario conocer a profundidad la teoría antes de enfrentarse a la práctica y considerar que la ciencia es un pre-requisito para la práctica médica.

FID: "La educación médica no puede seguir sosteniéndose en el principio de la transmisión del conocimiento". "La enseñanza debe ser centrada en el aprendizaje. El profesor como fuente principal de información es anacrónico".

"La instrucción por métodos pasivos (clase magistral) dieron paso a métodos más modernos con la participación activa del estudiante en pequeños grupos (seminarios, discusión de grupo). De la enseñanza centrada en el profesor se pasa a la enseñanza centrada en el estudiante donde aquel participa como guía o conductor".²⁶

En la correlación entre "lo académico, lo investigativo y lo laboral" en la teoría y la práctica de la Enseñanza Superior, *Ilizástigui* se pronuncia abiertamente por la centralidad de "lo laboral" y toma distancia de privilegiar o sobrevalorar los otros dos aspectos.^{27,28}

"La relación entre la práctica docente, la práctica investigativa y la práctica médica deben responder a la integración, bajo la categoría principal por excelencia de la actividad humana: la práctica social transformadora". "Formación de los estudiantes a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación, complementada de actividades de estudio congruentes".

Critica la "concepción pedagógica que privilegiaba el conocimiento y utilizaba o manipulaba la práctica médica y el trabajo como una hipostasia de la teoría y no a la inversa como realmente sucede. La práctica médica transformadora y su expresión más elocuente el trabajo es lo determinante en todo el proceso de la actividad humana. La actividad cognoscitiva y la valorativa se dan en el momento de la práctica transformadora, pero son secuencia y no motor.

Frente al enciclopedismo hay que promover conocimientos esenciales:¹⁰

"Son los conocimientos que deben adquirir los estudiantes que les permiten actuar como un profesional y le posibiliten seguir como graduado en etapa posterior de su aprendizaje. La educación permanente tendrá una base segura en los conocimientos adquiridos" "No se trata de impartirlo todo en el pregrado. Ello se hace imposible. La educación médica es un proceso continuo para toda la vida del profesional. Debe el estudiante aprender con principios e invariantes, a partir de cómo se efectúa la propia práctica médica y la necesidad de salud de la persona, familia y comunidad" "La medicina clínica no se aprende por conferencias ni por

charlas, se necesita un trabajo profesoral duro y persistente, orientado pedagógica y educacionalmente en el proceso de "la educación en el trabajo". "No se forma a los estudiantes con clases teóricas, lecturas o actividades prácticas puntuales, sino inmersos educacionalmente en la actividad práctica. Se aprende a palpar, palpando; a auscultar, auscultando; a diagnosticar, diagnosticando; a ser ético, teniendo una conducta ética; a ser empático, teniendo conductas empáticas, y así hasta lo infinito".

En otro trabajo,²⁹ comentaba yo la interesante coincidencia de criterios con los aquí expuestos, a medio siglo de distancia, acerca de cómo enseñar la medicina del gran maestro español de la clínica, *Carlos Jiménez Díaz*, quien expresó: "La condición más importante de la enseñanza de la medicina es su objetividad, el contacto real del estudiante con el objeto de estudio, desde sus primeros pasos en la carrera".³⁰

LRR: "La aplicación del método clínico se basa en habilidades y destrezas más que en conocimientos. Los conocimientos se registran en la literatura y pueden aprenderse en ausencia del paciente y sin el auxilio de maestros. Las habilidades solo pueden perfeccionarse trabajando acuciosamente con los enfermos y solo pueden transmitirse de persona a persona".⁸

Toma distancia de una posición pragmática y manifiesta: "Los clínicos debemos mantenernos al tanto de todos los avances científicos lo que no suplanta o excluye el trabajo riguroso e individualizado que exige la práctica clínica."⁸

"En realidad la necesidad del conocimiento surge de los problemas que plantea la práctica". "Es errónea la concepción pedagógica de que debe conocerse a profundidad la teoría antes de enfrentarse a la práctica clínica, también que la ciencia es un prerrequisito para la práctica médica". "En mi opinión la forma idónea para la enseñanza de la clínica es directamente, todos los días, con las realidades que nos plantean los enfermos, mediante la integración docente asistencial."³¹

LRR: "Considero que las dificultades principales (de la práctica médica actual) no se encuentran en los aspectos teóricos o tecnológicos, está en el ejercicio o praxis del método clínico. Éste incluye el pleno dominio de la clínica, de la utilización de la teoría y de las indicaciones de la tecnología".⁹

En el fondo subyace el dilema entre la medicina como ciencia y como arte, la unilateralidad al respecto, impulsada por la fuerte corriente positivista ya comentada, restringe el alcance de la profesión, pues se trata de una ciencia que al ser individualmente aplicada implica el arte de cada profesional en la correcta utilización de su experiencia y de la información disponible -en la literatura científica y otras fuentes-, que permite la asimilación y consolidación de los conocimientos y determina los resultados de la práctica médica, ello explica las evidentes diferencias de orden subjetivo y objetivo que pueden ser percibidas en los desempeños de distintos profesionales.

LOS EXTRAORDINARIOS AVANCES TECNOLÓGICOS DE HOY ¿HAN TORNADO OBSOLETA LA CLÍNICA Y SU MÉTODO?

Repuestas de FID/LRR:

"Hoy como ayer, pero por razones diferentes, se impone un nuevo llamado para que los médicos y otros profesionales de la salud regresen a cumplir el legado

hipocrático de la educación a la cabecera del enfermo. Ayer fue necesario porque había poca ciencia, hoy porque existe demasiada ciencia".²⁷

"La práctica médica actual se ha empobrecido. No se recoge la realidad clínica del enfermo, no se hacen buenas historias clínicas para caracterizar al hombre portador de una enfermedad y al proceso mismo de la enfermedad. Se habla poco con los pacientes, no se establecen buenas relaciones médico-paciente, el examen físico es incompleto o no se realiza, no se hacen hipótesis diagnósticas, no se establecen pronósticos y se confía desmesuradamente en el valor de los exámenes y la alta tecnología para identificar la lesión del proceso morboso".³¹

"Son necesarias más habilidades para la entrevista médica y la construcción de hipótesis diagnósticas en la época actual, que hace 40 años, a pesar de -o debido precisamente a- los avances extraordinarios de la medicina".³²

La Medicina Interna, como en sus inicios, debe centrarse en el dominio y desarrollo del método clínico para el diagnóstico, solo que hace 60 años el diagnóstico era por la pobreza de los recursos y ahora deban hacerlo por la riqueza y complejidad de esos mismos recursos".³³

CONCLUSIONES

Las contribuciones en los órdenes teórico y práctico de los profesores FID/LRR a la educación médica en general y a la formación clínica, en particular, de los educandos de pregrado y posgrado son muy relevantes, lo que anima considerarles un binomio paradigmático en nuestro país. Su obra, a la que hoy intentamos asomarnos, ha moldeado la formación de los recursos humanos de la salud y constituye el núcleo central de nuestra doctrina educativa de las ciencias médicas y de la enseñanza y aprendizaje de la medicina clínica. Ha servido de rampa a la actual reanimación del interés por rescatar a escala nacional el buen uso del método clínico, la contención del mal uso de la tecnología, la comprensión que el fundamental recurso que dispone el médico es él mismo y la revalidación del alcance de la relación médico paciente como arma principal en su quehacer profesional. Quienes tuvimos el privilegio de disfrutar su amistad y ejemplos guardamos por siempre el recuerdo de ellos y sus enseñanzas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tro Pérez R. Panorama del Desarrollo de los Estudios Médicos en Cuba, La Habana, 1979 (folleto impreso). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1979. p. 3-14.
2. Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super. 2004;18(1):4-6.
3. López Sánchez J. Vida y obra del sabio médico habanero Tomás Romay Chacón. La Habana: Científico-Técnica; 2004. p. 206.
4. Fernández Sacasas JA. Sinopsis histórica de la Clínica y su enseñanza. En: Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA. Manual de la Enseñanza de la Clínica. Biblioteca de Medicina. T. XXXII. Bolivia: Facultad de Medicina, UMSA; 2000. p. 14-19.

5. Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. La enseñanza de la clínica: Reflexiones sobre el tema. Educ med super [artículo en línea]. 2005 Jun. [Citado: 21 Ago 2010]. 19(2): 1-1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000200010&script=sci-arttext>
6. Ilizástigui Dupuy F. Medicina y Psicología (1974). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 101-18.
7. Rodríguez Rivera L. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. En: "Filosofía y Medicina". La Habana: Ciencias Sociales; 1987. p. 130-48.
8. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático ¿Dónde fallamos? Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;4(1-2):104-12.
9. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999. p. 17-9.
10. Ilizástigui Dupuy F. La formación de los estudiantes de las carreras y de las residencias de los profesionales de la salud. Conferencia pronunciada en el ISCM-SC, Nov. 1996 (tomado del manuscrito original.).
11. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico (folleto impreso). La Habana: MINSAP; 1989.
12. *Ibíd.* (9), pág. 126.
13. Fernández Sacasas JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica, En Simposio "La Clínica a las puertas del Siglo XXI". Bol Ateneo Juan Cesar García 1996;4 (1-2):72-8.
14. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Bol Ateneo Juan César García. 1996;4(1-2):93.
15. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med. 1998;37(2):123-8.
16. Llorens J. El juicio ético, un componente obligado en la atención médica. Ateneo. 2000;1(1):43-9.
17. Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. En: Enseñanza de la Clínica. T. XXXII. La Paz: Biblioteca de Medicina;2000. p. 129.
18. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Ateneo. 2000;1(2):89-99.
19. _____. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Méd Super. 2000;14(2):109-27.
20. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico Técnica; 2001.
21. Molerio Sáez LE. Enseñanza del método clínico. (Material bibliográfico.) Maestría Educación Médica. La Habana: ENSAP; 2004.

22. Espinosa Brito AD. La clínica y la Medicina Interna. Apuntes históricos y proyecciones. Premio Medintern 2006.
23. Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva H, Moreno Rodríguez MA. La Práctica Clínica (prólogo de JA Fernández Sacasas). La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
24. *Ibíd.* (9), pág. 36.
25. *Ibíd.* (9), pág. 41.
26. Ilizástigui Dupuy F. Factores que convulsionan la educación médica. En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 291-349.
27. _____. Educación en el Trabajo como principio rector de la Educación Médica Cubana. En: Taller Nacional "Integración de la Universidad Médica a la organización de salud" (edición mimeográfica). La Habana: Ministerio de Salud Pública; mayo 1993.
28. Fernández Sacasas JA. El legado del Profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI. Educ Med Super [artículo en línea]. ene.-mar. 2009 [Citado: 21 ago. 2010]; 23(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol23-1-09/ems11109.htm>
29. _____. Consideraciones sobre la enseñanza objetiva de la medicina. Panorama Cuba y Salud. 2008;3(2):4-8.
30. Jiménez Díaz C. Problemas de la enseñanza de la medicina. En: La investigación científica y la enseñanza y orientación de la medicina. Madrid: Paz Montalvo; 1952. p. 47-90.
31. Ilizástigui Dupuy F. La Ciencia Clínica como Objeto de Estudio. Bol Ateneo Juan César Gracia. 1996;4(1-2):7-24.
32. *Ibíd.* (9), pág. 76.
33. *Ibíd.* (9), pág. 110.

Recibido: 3 de diciembre de 2010.

Aprobado: 4 de enero de 2011.

Dr. *José A. Fernández Sacasas*. Grupo de Desarrollo, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Edif. G y 25, Plaza, La Habana, Cuba. Correo electrónico: sacasas@infomed.sld.cu