

La necesidad del método clínico y de su enseñanza

The need for a method, and its teaching: the clinical method

Dr. Luis Alberto Corona Martínez,^I Ms. Mercedes Fonseca Hernández^{II}

^I Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

^{II} Hospital Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

El método clínico, como método de la profesión médica, constituye un tema polémico entre muchos facultativos en cuanto a su vigencia o necesidad. Con este artículo se pretende contribuir a la fundamentación del porqué es necesario un método para atender enfermos, a partir de la condición de "proceso" de la asistencia médica. Se presentan dos modelos (de diferentes grados de generalidad) del método clínico, útiles para su comprensión y para delimitar las competencias profesionales esenciales del médico para llevar a cabo su labor asistencial; los modelos, además, permiten entender cómo esas competencias se interrelacionan e integran para conformar una competencia cualitativamente superior: el método clínico. Se exponen elementos teóricos de importancia para la enseñanza de dicho método.

Palabras clave: método clínico, método profesional, asistencia médica, competencias profesionales, enseñanza de la clínica.

ABSTRACT

The clinical method, as a method of the medical profession, is a contentious issue among many physicians as to its validity or necessity. This article aims to contribute to the foundation of this method as necessary to address ill persons from the condition of medical care "process". Two models (of varying degrees of generalization) of the clinical method are discussed. They are useful for understanding and defining the essential skills of a doctor to perform. These models also allow understanding how knowledge is interrelated and integrated to form

qualitatively superior competence: the clinical method. Theoretical elements of importance to the teaching such method are discussed.

Key words: clinical method, professional method, medical care, vocational skills, clinic teaching.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica actual se debate en un dilema determinado, en gran medida, por el impacto de los avances tecnológicos en dicha práctica; una práctica ya milenaria, pero que ha cambiado en el tiempo.

Existen pocas referencias en la literatura acerca de cómo ejecutar la asistencia médica a individuos enfermos, en contraste con los miles de artículos existentes relacionados con las afecciones humanas. Como consecuencia de ello, la teoría acerca del llamado método clínico no tiene un espacio definido y apropiado en la literatura científica médica, lo cual incluye a las revistas de más prestigio y circulación al nivel mundial.

Debemos reconocer que el tema relacionado con el método clínico es, de hecho, un asunto polémico y controvertido, pues muchos médicos dedicados a la asistencia médica no reconocen su necesidad en la actualidad, dada la enorme disponibilidad actual de recursos y medios complementarios para el diagnóstico, por una parte, y por un increíble desconocimiento de sus aspectos teóricos, por la otra.

Pero para la escuela cubana de Medicina lo relacionado con la utilización adecuada del método clínico en la práctica médica y, por ende, su enseñanza es un tema de capital importancia por estar muy estrechamente vinculado a la calidad de la asistencia médica. Desafortunadamente, como reconoce *Moreno*, ocurre en nuestros días una verdadera "crisis del método clínico"; la cual está dada entre otros aspectos, por el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, y la sobrevaloración de la función de la tecnología.¹

Además del profesor *Moreno*, otros eminentes maestros de la Medicina cubana han abordado con profundidad y elegancia la importancia del método clínico en el trabajo asistencial.²⁻¹⁰ El objetivo de este artículo es, precisamente, aportar elementos adicionales que contribuyan a fundamentar la necesidad de un método para asistir a enfermos, específicamente a partir de la condición de "proceso" de la asistencia médica y enriquecer con ello los argumentos que justifican la plena vigencia del método clínico en la práctica médica actual y futura, y del perfeccionamiento de su enseñanza.

DESARROLLO

¿Por qué es necesario un método para la asistencia médica?

La primera tarea que tenemos los médicos educadores es convencer a nuestros estudiantes de la necesidad del método clínico. Y en ese camino, para el convencimiento, un argumento de utilidad radica en comprender que la asistencia médica es un "proceso". Conceptualmente, de forma general, se entiende como *proceso* a "la sucesión de estados de un objeto determinado; o sea, los cambios en el tiempo de los estados de un objeto".¹¹ El concepto de *estado* hace referencia al "conjunto de características, cualidades y propiedades de un objeto en un momento dado".¹¹

Un proceso es un fenómeno que cambia, que se transforma. La vida en sí es un ejemplo de proceso; proceso muy complejo por todas las transformaciones biológicas, psicológicas y culturales que experimentamos desde el nacimiento hasta la muerte. La asistencia médica también es un proceso porque en el curso de la misma, como actividad, hay transformación; hay sucesión de estados de un fenómeno concreto.

De forma muy sintética, esta transformación se manifiesta de la siguiente manera. La actividad médico-asistencial se inicia cuando un paciente solicita la ayuda o intervención de un profesional médico para resolver una inquietud relacionada con su estado de salud: ha surgido un problema. A partir de esa interacción médico-paciente, y como resultado del accionar en función del diagnóstico, el nivel de conocimiento, el grado de precisión del problema de salud del paciente se va transformando progresivamente hasta su identificación. Una vez realizado el diagnóstico, y debido al ya mencionado accionar, pero ahora en función del tratamiento, ese problema de salud comenzará a transformarse, ya sea hacia su evolución natural o hacia su erradicación o control. El resultado final de la actividad asistencial será la recuperación total o parcial del estado de salud del paciente, el control de la afección o, incluso a veces, la inevitable muerte.

De lo anterior se deducen tres ideas trascendentes.

- *La primera*, que la asistencia médica es un proceso porque en ella se da la transformación de un fenómeno, la sucesión de etapas de ese fenómeno. Se transita desde el desconocimiento inicial de la enfermedad del paciente hasta su identificación parcial o total; a partir de ese momento, la transformación se da en el propio paciente, en su estado de salud-enfermedad. Hay un inicio y un final cualitativamente diferentes.

- *La segunda*, que ese proceso general transcurre a través de dos subprocesos: el proceso de diagnóstico y el proceso de solución o tratamiento. Estos subprocesos están en muy estrecha relación, pero poseen identidad propia; y en esa interrelación el "diagnóstico" es determinante del "tratamiento". Pero si bien el diagnóstico es una condición necesaria para el cumplimiento global del proceso, no constituye una condición suficiente.

- *La tercera* idea, que el proceso médico-asistencial no ocurre espontáneamente. Es el resultado de una serie de acciones e intervenciones, fundamentalmente médicas. Y es aquí donde entra en juego el concepto de método.

Según el análisis sistémico, en los procesos puede ser identificado un conjunto de componentes. Uno de esos componentes expresa la estructura interna del proceso, su dinámica. El *método*, como categoría, se refiere a la "...manera determinada de procedimientos para ordenar la actividad con el fin de lograr un objetivo; o sea, el método describe la dinámica del proceso, la vía para su ejecución, la lógica".² Es "...el sistema de acciones sucesivas y conscientes del hombre, que tiende a alcanzar un resultado que se corresponde con el objetivo trazado".¹²

Y es que las acciones que conforman la actuación médica no son realizadas al azar, aleatoriamente, sino sobre la base de una organización lógica, de una concatenación secuencial de pasos, de un determinado orden en el tiempo.

Por tanto, el método clínico puede ser conceptualizado como la *organización lógica de la actuación o actividad médica para llevar a cabo la labor asistencial a individuos enfermos*. Expresado con otras palabras, *es la manera concatenada en que el médico debe utilizar sus competencias profesionales en función de la "identificación" y "solución" del problema de salud del paciente*. El término "competencias" debe ser entendido como la integración de saberes, habilidades, valores.

Una vez realizado el esclarecimiento conceptual y establecida la necesidad de un método para la asistencia médica, la segunda tarea que tenemos los profesores es dotar a nuestros estudiantes de una representación mental del método clínico que facilite su comprensión como objeto de aprendizaje.

Con esta intención, en una primera aproximación a dicha representación, resulta de evidente utilidad el reconocimiento de la asistencia médica como un proceso de toma de decisiones, de lo cual se deriva un modelo de método clínico en el que se expresa que, invariablemente, cuando se asiste a un enfermo, el médico transita por tres momentos estrechamente relacionados: obtiene información acerca del paciente, interpreta dicha información y toma decisiones (Fig. 1). Los dos primeros momentos están claramente vinculados con el subproceso del "diagnóstico", mientras que la toma de decisiones está más relacionada con el subproceso del "tratamiento".

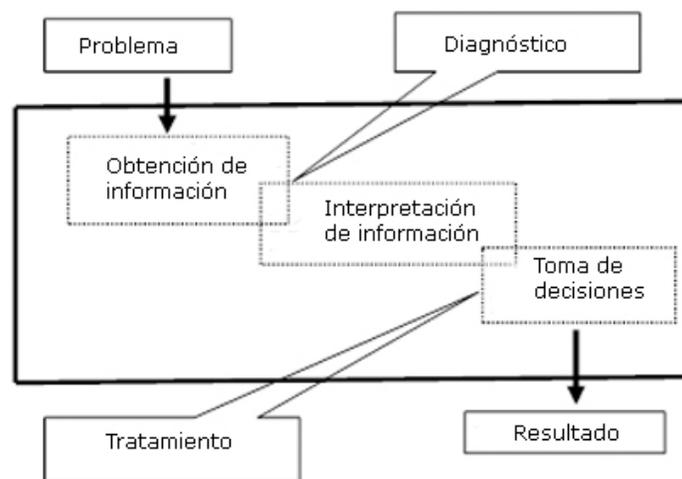


Fig. 1. Modelo simplificado del proceso de atención médica y su método.

Además de poner de manifiesto la relevancia de la toma de decisiones en la asistencia médica, este modelo tiene una importancia adicional en el orden didáctico: permite precisar las competencias profesionales más generales y esenciales que el médico necesita desarrollar para asistir a individuos enfermos (cuadro) y, por lo tanto, en su adquisición el estudiante debe encaminar su máximo esfuerzo durante todo el proceso formativo de pre y posgrado; y a su aprendizaje deben contribuir todas las disciplinas de la carrera, fundamentalmente las del ciclo clínico.

Cuadro. Competencias profesionales esenciales para la práctica médica

| | |
|----------------------------------|---|
| Obtención de información | { - Interrogatorio - Examen físico - Indicación e interpretación de pruebas complementarias |
| Interpretación de la información | { Razonamiento Diagnóstico |
| Toma de decisiones | { Toma de decisiones terapéuticas |

Las competencias profesionales generalizadoras emanadas de los tres momentos del modelo presentado se integran en el propio método de la profesión. Dada las características y particularidades de esos momentos, la enseñanza de esas competencias exige abordajes didácticos también particulares.

Pero el modelo del método clínico presentado en la figura 1 tiene una limitación evidente: no permite apreciar las verdaderas interrelaciones que se dan, durante la ejecución del proceso asistencial, entre las diferentes competencias profesionales mencionadas. Para superar esta limitación hemos trabajado en la conformación de un segundo modelo más representativo del método clínico que no está reñido con el modelo anterior, sino que lo precisa (Fig. 2).

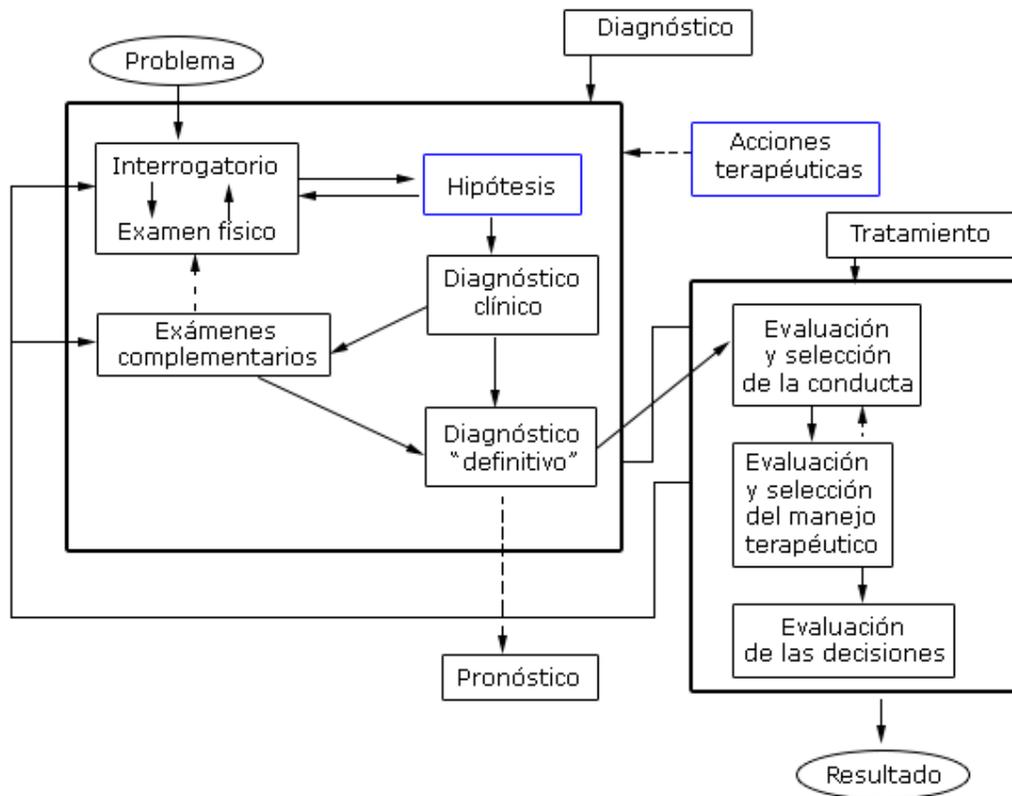


Fig. 2. Modelo del método clínico diagnóstico-terapéutico.

Este modelo deja explícitamente reflejado el lugar que ocupan (y por ende su importancia) el interrogatorio y el examen físico dentro del método: son y serán las herramientas clínicas iniciales; y la información que aportan permitirá construir las hipótesis diagnósticas que determinarán en primer lugar, la necesidad o no de realizar pruebas diagnósticas complementarias y, seguidamente, que tipo de pruebas y en qué orden se han de realizar, de ser estas necesarias. Y de estar disponibles.

Por siglos, el diagnóstico médico estuvo sustentado casi exclusivamente en los síntomas y signos presentes en el paciente; el diagnóstico fue básicamente "clínico". Cuando un individuo enferma refiere síntomas y porta signos del proceso morboso que lo afecta; son las manifestaciones clínicas la carta de presentación de las enfermedades.

De una manera sintética, el término *clínica* hace referencia a todos aquellos datos sugestivos de enfermedad y que son obtenidos mediante el interrogatorio y el examen físico que se dan en el transcurso de la relación médico-paciente, en contraposición a toda aquella información de utilidad para el diagnóstico de la enfermedad que es obtenida a través de pruebas o exámenes complementarios.

El conocimiento detallado de ininidad de manifestaciones clínicas y los procedimientos para obtenerlas ha sido un componente importante del legado de los maestros e ídolos de la "clínica" que ejercieron la profesión siglos pasados.¹³⁻²⁰ El valor de la *clínica* en el proceso diagnóstico es, aún hoy, indiscutible; posición que sostienen y defienden a ultranza estos autores.

Aunque, según nuestro modelo, la información clínica precede a la complementaria en la lógica del proceso diagnóstico, no es menos cierto que las pruebas complementarias han adquirido una singular importancia en nuestros días.

El desarrollo alcanzado por la ciencia y la tecnología ha permitido la incorporación de múltiples estudios que facilitan o precisan el diagnóstico y llegan, incluso, a ocasionar para el caso de algunas enfermedades, una verdadera revolución en su identificación y evaluación en estadios. Se suma a lo anterior que la referida "clínica" también tiene sus limitaciones, determinado por variados factores: dependientes del proceso patológico, del enfermo o de la fuente de información, de las condiciones en que se recoge la información y del propio médico.²¹ Por estas razones, cuando las pruebas complementarias son correctamente indicadas e interpretadas, la incertidumbre diagnóstica puede ser reducida en mayor o menor medida, lo que confiere mayor seguridad (a pacientes y médicos) en las decisiones a tomar.

De forma general, el valor de los exámenes complementarios está dado por varias razones:

- Pueden confirmar las hipótesis clínicas.
- Pueden facilitar una apreciación más integral y completa del problema, básicamente en cuanto a la causa del proceso, la extensión y localización del daño o la magnitud de la afectación funcional -diagnósticos etiológico, topográfico, funcional-; aspectos estos muy relacionados con la gravedad de la situación.
- Pueden contribuir a excluir posibilidades diagnósticas y reducir con ello el espectro de diagnósticos a considerar en la toma de decisiones.

En cuanto al razonamiento diagnóstico (que abarca el tránsito por el diagnóstico de síntomas, signos, síndromes y entidades nosológicas; e incluye los diagnósticos funcionales, etiológicos, fisiopatológicos, topográficos y que está reflejado sintéticamente en el modelo en los recuadros correspondientes a las hipótesis, el diagnóstico clínico y el diagnóstico "definitivo"), está reconocida la carencia de propuestas concretas y sistematizadas para su enseñanza,¹⁶ lo que dificulta el dominio temprano y eficiente de esta habilidad.

En nuestro contexto estamos poniendo a prueba una estrategia en función de resolver dicha dificultad; esta estrategia radica en el cumplimiento en cada situación de aprendizaje, de una serie de pasos o algoritmo de trabajo mental que siguen la lógica de la modalidad del "diagnóstico por comparación".

Pasos para el aprendizaje del razonamiento diagnóstico.

- Conformar la historia clínica.
- Identificar el síndrome/síntoma capital.
- Desplegar las hipótesis.
- Comparar contexto del enfermo-hipótesis desplegadas.

- Reconocer aquellas que tienen más probabilidades de corresponderse con la situación del paciente.
- Establecer una lista de posibles hipótesis ordenadas según sus probabilidades.
- Conformar un criterio acerca del estado de gravedad del paciente.

En el área del tratamiento también se dan deficiencias relacionadas con dificultades didácticas para su enseñanza-aprendizaje, fundamentalmente en la etapa de pregrado. Es muy frecuente observar a los estudiantes y médicos jóvenes aplicar recomendaciones de protocolos y guías de prácticas clínicas de una forma esquemática, sin considerar las particularidades de cada sujeto enfermo; con ello, falta la indispensable individualización del tratamiento, por lo que se vulnera el ancestral principio de que "no existen enfermedades sino enfermos".²²

Y es que el método clínico, condicionado por su evolución histórica, siempre fue concebido como un método para el diagnóstico; los recursos terapéuticos realmente variados y eficaces han sido desarrollados en los últimos 100 años. Por ello, el método clínico, en su modelo más conocido hasta hoy (Fig. 3), posee limitaciones para conducir al médico en el área de la terapéutica²³ y, consecuentemente, para facilitar el aprendizaje de las competencias enmarcadas en dicha área.

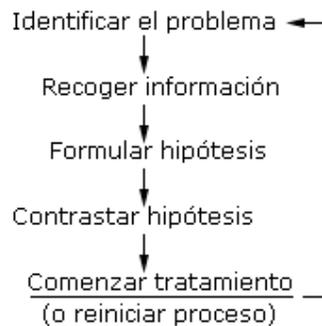


Fig. 3. Modelo convencional del *método clínico*.

El reconocimiento de lo que significa el acto de decidir, precisamente en el área de la terapéutica, ha permitido redimensionar el método clínico en su concepción y en las acciones que lo componen, como quedó expresado en el modelo de la [figura 2](#).

Derivado de lo anterior, hemos estado aplicando una estrategia didáctica dirigida a facilitar en el pregrado el aprendizaje del tratamiento médico, mediante la incorporación (y adecuación) a este de elementos teóricos generales acerca de la toma de decisiones, como son los conceptos de "opciones predeterminadas" (la penicilina en el tratamiento de la leptospirosis, por ejemplo) y "factores de decisión".

Con dicha estrategia hemos logrado facilitar la orientación del estudiante en dos sentidos. Primero, en la organización del plan terapéutico, de forma tal que dicho plan sea lo más abarcador e integral posible al ser consideradas diversas categorías de opciones.

Organización del plan terapéutico

- Medidas no farmacológicas:

Grado de actividad física.

Dieta.

- Medidas farmacológicas:

Generales : Analgésicos, oxígeno.

Específicas : Antibióticos.

Anticoagulantes

Hipoglicemiantes

Antihipertensivos, etc.

Segundo, y más importante, en el seguimiento de una lógica para efectuar el tratamiento que transita por el desarrollo mental del mayor número de opciones posibles a considerar, la evaluación de dichas opciones utilizando el mayor número posible de variables biológicas, psicológicas y socioculturales en calidad de factores de decisión y, a partir de dicha evaluación, seleccionar las más adecuadas para el contexto particular del paciente. Así se concreta la necesaria individualización del tratamiento.

Factores a considerar en la evaluación de opciones terapéuticas

- *Generales*:

Edad, estado de gravedad, situación económica, validismo físico y psíquico. estado nutricional, accesibilidad a los servicios, condiciones del medio familiar, disponibilidad de recursos, opinión del paciente.

- *Específicos*:

• Estado funcional de la enfermedad (*cirrosis compensada o descompensada*).

• Posible causa (*diarrea alimentaria, bacteriana o parasitaria*).

• Momento evolutivo (*demencia incipiente o avanzada*).

• Extensión del proceso (*cáncer localizado o generalizado*).

• Intensidad (*HTA ligera o severa*).

- Vías de administración contraindicadas (*vómitos*).
- Problemas concomitantes (*ulceroso que necesita heparina, alergias, nefropatías, hepatopatías*)

Como último paso de dicha lógica, la orientación al estudiante hace mucho énfasis en la importancia y necesidad de evaluar las opciones terapéuticas aplicadas: el seguimiento del paciente; para lo cual son utilizadas las mismas herramientas para obtener la información inicialmente mencionadas: la entrevista, la exploración física, las pruebas complementarias. De esta manera queda cerrado el ciclo del método clínico, el cual mantiene su continuidad en el tiempo.

Ideas esenciales para llevar a cabo la decisión terapéutica

- Se debe decidir primero una *conducta* y posteriormente un *manejo terapéutico*.
- Hay que *pensar* en diferentes opciones de solución, *evaluarlas* y *seleccionar* la mejor.
- La existencia de opciones de solución que ya están *preestablecidas* para el manejo de muchos problemas de salud.
- La necesidad de "*individualizar*" las decisiones.
- La necesidad de *evaluar* las decisiones tomadas.

Se puede observar, además, que el modelo elaborado contiene espacio para el "pronóstico" (como inferencia que se deriva de un adecuado diagnóstico); así como la realización de acciones terapéuticas sobre el paciente aún en la etapa de diagnóstico, fundamentalmente relacionadas con el análisis de algunos síntomas como dolor o fiebre.

Importancia de la educación en el trabajo para el aprendizaje del método clínico

Como ya fue señalado, cada uno de los tres grandes momentos que componen el proceso de asistencia médica representado en la [figura 1](#) se diferencian entre ellos no solo porque cada uno posee un objetivo específico que le da razón de ser (a manera de tributo al objetivo más general del proceso), sino también porque poseen particularidades de interés didáctico.

De hecho, un médico en formación puede recibir demostraciones mediante la observación de cómo su profesor interroga y examina al paciente para *obtener la información* clínica. En cambio, el *razonamiento diagnóstico* y la *toma de decisiones terapéuticas* no son procesos "observables" por constituir fenómenos que ocurren exclusivamente en la mente humana. Requieren entonces para su enseñanza de una modelación teórica; necesitan de la exteriorización de lo interno, sacarlos de nuestra mente para que el estudiante "los vea" y posteriormente, los interiorice.

Pero si bien es de capital importancia didáctica el desmembramiento del método clínico en sus tres "momentos" por las razones antes expuestas, debemos recordar que las cinco competencias profesionales esenciales que conforman el método no actúan de forma aislada o independiente durante la ejecución del proceso asistencial en un individuo concreto. Todo lo contrario. Esas competencias participan en una estrecha y muy compleja (por no ser estrictamente lineal) interconexión; y es en esa integración donde surge la cualidad superior, la habilidad de mayor grado de generalidad, el propio método clínico.

Por tanto, para el aprendizaje del método clínico, como habilidad generalizadora, después de la adecuada orientación del estudiante se hace imprescindible una intensa (aunque gradual) ejercitación grupal e individual en todos aquellos escenarios laborales que, en el contexto cubano, se convierten a su vez en escenarios docentes.

Es en la propia práctica asistencial cotidiana que ocurre en los servicios ambulatorios o de hospitalización, en las consultas electivas o de urgencias; es mediante el vínculo del estudiante con el objeto de la profesión (el proceso salud-enfermedad que se da en un sujeto); es a la "cabecera" del paciente donde se aprende realmente la integración de las competencias profesionales como cualidad esencial del método clínico.

A este vínculo entre la actividad laboral y formativa, en el que al mismo tiempo el estudiante participa en la solución del problema del paciente y con ello aprende se le conoce como *educación en el trabajo*, y constituye la principal forma organizativa docente de la carrera de Medicina en nuestro país.

Es en la práctica real con los pacientes, en la ejecución del método clínico en ese ejercicio, donde el estudiante no solo integra las competencias profesionales, sino también refuerza e integra los conocimientos asociados a las habilidades (el andamiaje teórico), reconstruye su sistema de valores, adquiere los modos de actuación profesional, y conforma su personalidad. Recordemos que la práctica médica está insertada en el complejo sistema de las relaciones humanas; el profesionalismo científico-técnico no será suficiente si no se tiene en cuenta la esencia del ser humano, o sea, su mundo interno, su subjetividad; así como su entorno, su micro y macrocontexto social.

CONSIDERACIONES FINALES

Resulta lógica, en gran medida, la tendencia del médico a direccionar su superación profesional hacia la adquisición permanente de conocimientos actualizados. En cambio, paradójicamente, adolecemos de la necesaria capacidad de reflexión sobre nuestras prácticas; reflexión en aquellas competencias que precisamente nos permiten utilizar esos conocimientos para realizar nuestro trabajo, para ayudar a nuestros pacientes.

Todo proceso consciente, como lo es el proceso de asistencia médica, necesita un método. Un proceso sin un método es un proceso anárquico. Y cuando se trata de la salud de los seres humanos, cuando se trata de la vida o la muerte, aceptar un proceso sin un orden es inadmisibles porque dejaría de ser eficiente.

Los que niegan la necesidad del método clínico fundamentalmente renuncian al valor del interrogatorio y el examen físico del paciente, al valor de la comunicación humana en el diagnóstico, para confiar ciegamente en los resultados de instrumentos y equipos de inestimable valor, pero también fuente de errores y molestias adicionales y, no despreciablemente, de un alto costo de los servicios asistenciales, impagables por cierto para millones de seres humanos en este mundo.

Del otro lado, los que apologizan el diagnóstico clínico y solo ven las limitaciones, los inconvenientes y los costos de las pruebas complementarias también expresan una visión parcializada y descontextualizada del asunto. Los exámenes complementarios también constituyen un componente muy importante del método clínico, no son ajenos a dicho método.

La actitud más sensata radica en la intensa explotación de las habilidades clínicas que cada caso en particular permita, combinado con un uso racional y bien justificado (sobre la base de la hipótesis) de cada examen complementario, fundamentalmente de aquellos menos inocuos o de mayor costo. El protagonismo de la información clínica o el de la información complementaria en el diagnóstico del problema de un paciente concreto puede variar de un individuo a otro.

Lamentablemente, también hay profesores que no han comprendido que el *razonamiento diagnóstico* (su enseñanza) requiere de un abordaje didáctico particular; así como expertos en la materia y profesionales asistenciales que persisten en la concepción del método clínico como un método básicamente para el diagnóstico, en detrimento de la necesidad de desarrollo teórico de la etapa de tratamiento del método.

El método clínico no es la simple sumatoria de las habilidades profesionales. Dominar el método de la profesión, adquirir maestría en su ejecución, implica no solo dominar cada una de las habilidades profesionales esenciales y menos esenciales que lo conforman, sino también dominar la manera en que dichas habilidades se integran en la competencia profesional suprema, en el método clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med. 1998;37:123-8.
2. Selman-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico-Técnica; 2002.
3. Ilizástegui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Rev Finlay. 1990;4(4):3-23.
4. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000;14(2):109-27.
5. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático ¿dónde fallamos? Ateneo. 1996;4(1-2):104-12.

6. Delgado García G. Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. Ateneo. 1996;4(1-2):1-6.
7. Rojas Ochoa F. La enseñanza de la salud pública a estudiantes de Medicina en Cuba. Rev Cubana Educ Med Super. 2003;17(2):3-8.
8. Borroto Cruz R, Aneiros-Riba R. La comunicación humana y la actuación profesional en la práctica clínica. Ateneo. 1996;4(1-2):35-55.
9. Fernández Sacasas JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica. Ateneo. 1996;4(1-2):72-8.
10. Alonso Chil O. El clínico y el control de la tecnología instrumental en la actuación científica y humana. Ateneo. 1996;4(1-2):87-92.
11. Alvarez de Zayas CM. La escuela en la vida. Didáctica. La Habana: Ed. Pueblo y Educación;1999.
12. Salas Perea RS. Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1999.
13. Rodríguez Rivera L. La ciencia y el arte en el examen físico. Ateneo. 2000;1(1):28-31.
14. Ruiz Rodríguez G. La entrevista médica en el contexto de la relación médico-paciente. Ateneo. 2000;1(1):15-20.
15. Taché Jalak M. Uso de los exámenes complementarios en la clínica. Ateneo. 2000;1(1):32-7.
16. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico-Técnica; 2001.
17. Barreto Penié J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo. 2000;1(1):50-5.
18. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000;39:106-14.
19. Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana Med. 2000;39:160-5.
20. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Ateneo 2000;1(1):21-7.
21. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El método clínico y los dilemas de la clínica. MediSur [serie en Internet]. 2011 octubre 4 [citado 19 dic 2011];9(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588>

22. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Ateneo. 1996;4(1-2):93-103.

23. Vega García E. La terapéutica como experimento. Ateneo. 2000;1(1):38-42.

Recibido: 28 de mayo de 2015.

Aprobado: 23 de junio de 2015.

Dr. *Luis Alberto Corona Martínez*. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Avenida 5 de Septiembre y calle 51A. Cienfuegos, Cuba.

luis.corona@gal.sld.cu