

FORMACIÓN MÉDICA

La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico- paciente

Professional training in comprehensive general medicine: a critical glance on the relation doctor - patient

MsC. José Enrique Vázquez Sarandeses,^I Dr. C. Jorge Montoya Rivera,^{II} Dr. C. Alcides Jesús Almaguer Delgado^{III} y Dra. C. María Eugenia García Céspedes,^I

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se exponen las insuficiencias que se presentan en la formación del médico general integral y se enfatiza en lo importante que resulta la adecuada relación médico-paciente en la práctica médica, lo cual permite, entre otros aspectos, aplicar correctamente el método clínico.

Palabras clave: formación profesional, medicina general integral, relación médico-paciente, método clínico.

ABSTRACT

The insufficiencies that are presented in the comprehensive general doctor's training are exposed, and the importance that the appropriate relation doctor - patient has in the medical practice is emphasized, which allows, among other aspects, to apply correctly the clinical method.

Key words: professional training, comprehensive general medicine, doctor - patient relation, clinical method.

INTRODUCCIÓN

La educación médica constituye un proceso social de gran importancia y significación, a partir de la comprensión de los retos por los que atraviesa el desarrollo filogenético, y es que las transformaciones que se logran en la formación de los profesionales de la salud, actualizado desde el punto de vista científicotécnico, así como en las proyecciones cualitativas de su ejercicio profesional, propician cumplir con eficacia el encargo social que demanda las condiciones concretas de la sociedad.

A este proceso de educación médica se le ha dedicado especial atención. Al respecto, en la Conferencia de la Federación Mundial para la Educación Médica se planteó su significación e importancia, toda vez que en las condiciones actuales este tipo de educación se erige en un proceso sustantivo, ya que la formación de un profesional de la salud se encamina al logro del desarrollo humano y posibilita la preparación de un

profesional que tiene el objetivo de promover, prevenir, restituir y rehabilitar la salud de los seres humanos que cohabitan en los contextos socioculturales.^{1,2}

De ahí que se requiere perfeccionar este proceso en correspondencia con los principios de la medicina familiar, con una formación humanista, científica y con una visión integral de los problemas de salud a los que se enfrenta, que sea capaz de ofrecer una atención preventiva, sistemática y continua a lo largo del tiempo, de manera que su práctica médica profesional se convierta de un quehacer cotidiano y sea expresión de sus cualidades humanas ante su relación con los pacientes.

DESARROLLO

La educación de posgrado es un factor de gran importancia en el contexto de la salud, por constituir un proceso indispensable que garantiza la formación, actualización y preparación de los futuros especialistas, los cuales han de lograr cada vez más el perfeccionamiento de su desempeño profesional; no obstante, aún los autores desde sus conceptos teóricos, no condicionan dicha educación en medicina general integral, en término de las necesidades de este profesional y de los sujetos sociales que son atendidos por este profesional, y es que no advierte el fortalecimiento de los programas de posgraduados en el período de residencia especializada, atemperados al propio desenvolvimiento de las ciencias sociales.³⁻⁵

En la praxis de la educación de posgrado en medicina general integral, se aplicó un diagnóstico fáctico en los períodos 2011-2012 y 2012-2013, en los grupos de residencia de los policlínicos "José Martí Pérez", "Frank País García", "Josué País García", 28 de Septiembre y 30 de Noviembre, a través de métodos y técnicas de investigación científica, que incluyeron: encuestas a estudiantes en especialización, a egresados de la carrera de medicina, a profesores, además de observación de clases prácticas, luego de lo cual se pudo comprobar las siguientes manifestaciones externas: limitaciones para reconocer el valor de la atención de los enfermos, uso ineficiente de las entrevistas para el diagnóstico de la enfermedad, excesiva utilización de los análisis y empleo de las tecnologías en el diagnóstico, pobre indagación en los pacientes para el reconocimiento de las enfermedades, dificultades en el intercambio oral con los pacientes y las pocas habilidades en la interpretación de los datos para determinar una enfermedad.

En esta educación es de interés el proceso formativo, pues se considera que la formación se ubica en la relación esencial que se establece entre la cultura, el aprendizaje, la educación y el desarrollo, de manera que se infiere que la formación es el resultado de la educación, proceso en el cual el sujeto se apropia de la cultura en un contexto sociohistórico concreto y a través del aprendizaje, como mecanismo de la educación.⁶⁻⁸

Al tener en cuenta estos planteamientos generales se vislumbra la necesidad de una constante actualización y un desarrollo inusitado de los conocimientos científicos de los profesionales de la salud, ya que son los que asumen el rol de solucionar los problemas de salud de los hombres y mujeres de estos tiempos y han de estar capacitados para la promoción de salud y la prevención de enfermedades en la atención primaria.

Este proceso formativo no solo compete al período de formación inicial del profesional, sino también al que ya está en el ejercicio profesional; por ello, la educación de posgrado de los profesionales de la salud constituye un aspecto importante en la contemporaneidad, como vía de constante actualización.

A pesar de lo anterior, existen limitaciones en la comprensión de este proceso educativo para el futuro profesional de la medicina general integral, debido a que muchas de las asignaturas de la especialización son insuficientes para lograr la introducción adecuada de nuevos conocimientos científicos para tales fines.

En las universidades e instituciones médicas que se dedican a esta tarea, se observan deficiencias desde el punto de vista formativo, así como limitaciones en el campo de la praxis médico- profesional, ya que para lograr los objetivos trazados hay que solucionar las dificultades existentes en cuanto a la práctica de la relación médico-paciente y la intencionalidad sociohumanista para al tratamiento de estos, que marcan la impronta de una contradicción dialéctica y evidencian en su comportamiento una desvinculación con la realidad formativa profesional en la especialización.^{9,10}

En la relación médico-paciente actual, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduce a la persona a simple cuerpo humano, interroga al paciente para buscar la enfermedad y sus causas, con igual propósito palpa y ausculta su cuerpo e indica exámenes complementarios. Pocas veces aparecen médicos humanistas, quienes tienen la capacidad de acercarse afectivamente al paciente y establecer con él una verdadera comunicación para comprenderlo y hacerse cargo de su problema.

En consecuencia, la relación que establece el médico no es con el paciente como persona, sino con su cuerpo. Dicha relación es un fenómeno complejo y se basa en diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético.^{11,12}

La relación médico-paciente, piedra angular de la gestión médica asistencial, ha pasado por diferentes etapas históricas: de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral; en esta última, el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, por la interacción dialéctica sujeto-medio.

Por otra parte, la práctica médica, desde sus orígenes, ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social, la del tipo médico-paciente, lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla.

La relación médico-paciente constituye una parte principal de la ética médica en general y de la deontología en particular, ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente y con esperanza su curación, su vida e incluso lo más íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico, le exige a este último tener altas cualidades éticas y morales.

El paciente no solo es un objeto de influencia profesional, sino también un sujeto racional, es una personalidad que no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, con necesidades de comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.¹³⁻¹⁵

En las relaciones entre el médico y el paciente, el primero no solo debe perfeccionar constantemente su calificación, maestría, habilidades y el arte de su profesión, sino también respetar al paciente y su derecho a la confidencialidad; el segundo, siente habitualmente el temor de morir, la angustia ante lo desconocido, la tristeza y la hostilidad frente al infortunio y, en caso de una enfermedad real, una permanente demanda de afecto.

Entre las condiciones que interfieren negativamente en la relación médico-paciente, se encuentra el desarrollo tecnológico experimentado en las últimas décadas, el cual promueve conceptos tecnicistas que distorsionan el ejercicio de la medicina, con una falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico.¹⁶

Es justo reconocer que los avances técnicos y tecnológicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) constituyen una importante ayuda en el diagnóstico y tratamiento, lo que no quiere decir que estos podrán sustituir el método científico de la medicina clínica.

Esta corriente tecnicista moderna con su correspondiente sobrevaloración, promovida por intereses económicos mercantilistas, afecta significativamente esta relación en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir. Cuba no escapa de esta situación, ya que ha ido cambiando la habilidad del diagnóstico clínico, por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, lo cual crea frustración y malestar en los pacientes.

No se puede obviar que los médicos se nutren de la información científica procedente de los países desarrollados y esta muchas veces está permeada por las características de un sistema social que no se corresponde al escenario donde realizan su trabajo, de modo que esto puede influir negativamente en su actuación. En el sistema de salud cubano, aunque en menor cuantía que en otros países de la región latinoamericana, esta influencia tecnológica existe como problemática.

En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico, al no dedicarse tiempo suficiente al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización de forma injustificada.¹⁷

La relación médico-paciente se sustenta en el acto médico, núcleo esencial de convergencia de los objetos de las ciencias médicas y la profesión, de igual forma puede definirse, conforme lo anterior, como el espacio donde emergen tanto las teorías médicas y de la enseñanza, como aquellas ideas de mayor idoneidad de las habilidades diagnósticas y terapéuticas.¹⁶⁻¹⁸

Se plantea que en las ciencias médicas los saberes son el fundamento teórico de un ejercicio de aplicación técnica consumado en el acto médico, núcleo de la relación médico-paciente, por el que transitan el acto de anamnesis, el acto de emitir un diagnóstico, un pronóstico normal o patológico y el de la terapia a considerar en cada caso o problema relacionado con la vida de los individuos, que en definitiva fungen como el contenido objetivo del modelo teórico que ofrece la ciencia médica en sus vertientes biomédica, clínica y médico social.

Es necesario profundizar en uno de los aspectos esenciales en el sistema de relación del acto médico, con el objetivo de potenciar el modo de actuación profesional durante la construcción hipotética del diagnóstico como premisa de la toma de decisiones, referido en especial al enfoque del método clínico hacia la relación enfermo-comunidad para el diagnóstico de la enfermedad.

Se han declarado diferentes modelos de dicha relación y cada uno de ellos enfatiza un factor como determinante de la dinámica de la relación y constituyen en la práctica

diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.

El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Esta es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo; sin embargo, cualquiera que sea el modelo adoptado, el énfasis actual recae en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias.

Algunos autores atendiendo a los diferentes factores que intervienen en la relación, han analizado las distintas formas que puede adoptar la relación médico-paciente.²⁰

Se describen 3 niveles o modalidades de la relación médico-paciente, a saber:

- Nivel 1 o de actividad del médico y pasividad del enfermo: es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo, tales como: urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de la conciencia y en estado de agitación o delirio agudo, por citar algunos. En estos casos el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación es el que se establece entre una madre y su recién nacido (relación madre-lactante).
- Nivel 2 o de dirección del médico y cooperación del enfermo: es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas y traumáticas, entre otras, en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir con el propio tratamiento. Así, el médico dirige como experto la intervención, adopta una actitud directiva y el paciente colabora al contestar a sus preguntas, a la vez que da su opinión y realiza lo que se le pide. El prototipo de relación de este nivel es el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto (relación padre-niño).
- Nivel 3 o de participación mutua y recíproca del médico y del paciente: es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones posoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas y, en general, en todas las situaciones. Es muy frecuente en el mundo médico actual, donde el paciente puede asumir una participación activa e, incluso, tomar la iniciativa en el tratamiento. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas (relación adulto-adulto).

En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen científico del proceso patológico, por lo cual las relaciones personales pasan a un segundo plano y se relacionan con el paciente más como un objeto de estudio que como persona.

Finalmente, en la fase denominada de personalización, una vez realizado el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona por fin, no solo con un hombre que sufre, sino con un enfermo ya determinado como su enfermo.

En esta relación, el médico debe prestar atención a los síntomas y a los exámenes complementarios, pero sin desatender la relación con el paciente, que es la que le va a proporcionar la comprensión tanto de los síntomas y de su elaboración psicológica, como del paciente en su totalidad.

A tales efectos, se propone la siguiente definición: es la relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Esta definición supera al otro modelo didáctico y curativo de la concepción original de la relación médico-paciente,

designación que se recomienda mantener por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud; no obstante, debe destacarse que esta hace referencia a la relación interpersonal, profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todas sus gestiones promocionales, sanitarias, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.^{18,19}

Por relación médico-enfermo se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a este la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.¹⁹

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

La relación médico-paciente sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, de gran importancia para la práctica médica e imprescindible en la formación integral del médico o un poco más, dado el deterioro a que está expuesta dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de los medios técnicos, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas que la medicina ha experimentado en los últimos años.

Entre los aspectos que se pueden analizar para estudiar la evolución de la relación médico-paciente, en cuanto a la autonomía de este último, se remonta a la época de la constitución de la medicina como ciencia.

La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos sistemas o teorías médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único modelo: la medicina oficial.

En ese sentido, al constituirse la medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos que en el mismo paciente, expresado en un lenguaje científico, se incrementó la distancia del paciente y de sus familias en relación con el médico.

El paciente cada vez sabía menos y confiaba menos en sí mismo; mientras que el médico, cada vez contaba con más datos y con mejores medios de diagnóstico y terapéuticos, por lo que incrementaba su capacidad de decisión y con ello su autoridad existencial.

La significación de la interrelación entre el médico y el paciente ha de ser fuertemente acentuada, ya que en gran medida el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella; asimismo, el fallo del médico en establecer esta relación, conlleva a una pérdida de efectividad en el cuidado de los pacientes.

En concordancia con lo anterior, la atención médica es una forma específica de asistencia y de ayuda técnica interhumana. Su especificidad le viene dada tanto por las características especiales del objeto a reparar, que es un sujeto, un ser humano, como por algunas de las características de la técnica de reparación en la que participa como instrumento la misma personalidad de otro ser humano.

Como toda relación interhumana implica, en último término, actitudes de solidaridad al que necesita ayuda, pero especialmente trascendente, puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que lleva al propio cuerpo a la intimidad de la persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación sea la

comunicación verbal y no verbal, así como el vínculo más apropiado, la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias.^{19,20}

Como toda relación interpersonal de ayuda, tiene características motivacionales y actitudinales de dependencia y necesidad, de altruismo y ayuda desinteresada, de confianza, análogas a las de otras relaciones naturales de asistencia, desiguales y asimétricas: padres-hijos, maestros-alumnos. Por ello, tiende a configurarse según los modelos relacionales que favorecen las actitudes espontáneas de confianza y de altruismo en la relación, lo cual supone también el mejor vehículo para las medidas más técnicas.²⁰

El médico debe estar plenamente consciente de sus propias cualidades como persona y como profesional, es decir conocer su talón de Aquiles en el carácter, si es que lo hay, así como las situaciones en que pueda sentir inseguridad, angustia y hostilidad, por cuanto debe disponer de mecanismos psicológicos propios para enfrentar dichas contingencias.^{19,20}

Por su profundo arraigo, se recomienda mantener la definición operativa de la relación médico-paciente en la dimensión sociológica. De esta manera, cada una de estas dimensiones se encuentra contextualizada en el orden social. Esta definición operativa entraña una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano y, a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.²⁰

Por otra parte, se introduce la epidemiología en el control de los problemas de salud de la población y como nueva perspectiva de diagnóstico y tratamiento en la esfera de la medicina aparecen las relaciones de lo social en la atención de la salud; sin embargo, aún en la actualidad, las ciencias sociales y la medicina como tal, requieren de la búsqueda de nexos sustentados en rasgos tendenciales, que permitan la integración en una figura que revele un enfoque biopsicosocial y fisiológico y se sustente en métodos específicos de carácter complementario, a fin de lograr la integración de un método o enfoque de enseñanza para la realización oportuna y eficiente de una valoración del impacto clínico, epidemiológico, social y económico de la epidemia, con sus soluciones pragmáticas.²⁵

En general, es necesario que en la relación médico-paciente se cumplan los requisitos o reglas siguientes: disminuir la dificultad en cuanto a los mensajes transmitidos, para lo cual es preciso simplificar y acortar las frases; presentar la información de manera ordenada y agrupada en categorías, así como formular las instrucciones en términos concretos y específicos, no abstractos y generales.²⁶

CONSIDERACIONES FINALES

Se exponen las insuficiencias que se presentan en la dinámica de la formación del médico general integral, pues se manifiesta como un proceso con dificultades en la relación médico-paciente, específicamente desde la perspectiva de asunción de lo hermenéutico y lo comunicativo, de ahí que el diagnóstico realizado evidencia las insuficiencias existentes y evidencia la necesidad de analizar, desde lo epistemológico, lo metodológico y lo praxiológico, una dinámica hermenéutica comunicativa que trascienda a la comprensión de la relación médico-paciente.

Por otra parte, el proceso de formación profesional en esta especialidad, constituye un reto que se impone en esta época, por lo que es posible admitirla como un proceso a partir del cual debe organizarse una práctica hermética-comunicativa, toda vez que existen limitaciones en la gestión profesional en salud, que presuponga la comprensión de proceso interactivo sujetal, donde este establecerá las diversas reflexiones en torno a la relación médico-paciente.

Existe una dicotomía entre los diseños curriculares de las especialidades y las necesidades sociales, dada por claustros de profesores con formación insuficiente en el reconocimiento de la necesidad de desarrollar una formación humanística y cultural amplia, en el médico general integral y todo esto favorece la formación de especialistas de perfil estrecho; asimismo, se señalan las dificultades de los programas con tendencia a lo reproductivo y enfocan la necesidad de la atención a lo educativo, donde lo instructivo se desarrolla a partir de un paradigma socio-médico en la enseñanza y se obvia la direccionalidad de una naturaleza humana, desde la perspectiva de lo holístico-configuracional.

Sin dudas, el hombre es la parte más importante del ambiente, por su capacidad de transformar el mundo, pero como parte integrante de él, es parte de su cultura, de su política, de su economía, así como de sus características bióticas y abióticas que lo rodean. Por esta razón, analizar lo biológico como puramente anatómico y fisiológico es un craso error, pues el cerebro genera ideas no solo porque tiene circunvoluciones, neuronas y neurotransmisores, sino porque se encuentra en un medio del cual es parte integrante, de ahí que el hombre piensa según vive y tiene diversidad tanto por sus genes como por la interacción de ellos con el ambiente. En ese orden de ideas, las consideraciones de una valoración socioantropológica en la especialización del médico general integral, desde la relación médico-paciente que aúne lo hermenéutico y lo comunicativo, propicia un mayor nivel de perfeccionamiento del desempeño profesional de este especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Addine Fernández F. Didáctica ¿qué didáctica? En: Didáctica, teoría y práctica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004.
2. Almaguer A, Miranda A. Pensamiento didáctico complejo. Caracas: Universidad Bolivariana de Venezuela; 2008.
3. Alonso González M, Ruiz Hernández I, Ricardo Alonso O. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). Rev Med Elect. 2011 [citado 25 Abr 2013];33(1).
4. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de medicina general integral. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 30-6.
5. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de medicina general integral. T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p. 211-7.
6. Andrade JH. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. Washington, DC: OPS; 1979.

7. Aneiros RR, Vicedo TA. Las ciencias básicas en la educación médica superior. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico de Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1999.
8. Aneiros Riba R, Vicedo A. Las ciencias básicas en la educación médica superior. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
9. Salas Perea RS, Méndez G, Aneiros Riba R, Hatim Ricardo A. La evaluación de la competencia clínica de los educandos mediante las inspecciones integrales en la Educación Médica Superior. *Educ Med Sup.* 1996; 10(1):85-96.
10. Aneiros Ribas R, Vicedo A. Las ciencias básicas en la educación médica superior. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
11. Araujo GR, Barroto CR. El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad Análisis crítico para su evaluación. *Bol Ateneo Juan César García.* 1994; 2(2-3):14-24.
12. Arocena R, Sutz J. La Universidad Latinoamericana del Futuro. Tendencias-escenarios-alternativas. México, DF: UDUAL [citado 25 Abr 2013].
13. Azcuy Lorenz L, Nápoles Crespo E, Infantes Quiles L, Rivero Rivero M, Ramírez Varona R. Algunas consideraciones teóricas de la enseñanza problémica. *Rev Hum Med.* 2004; 4(1):6-9.
14. Baro M. La formación médica en Canadá como modelo de intervención profesional. *Educ Med (Barcelona).* 2001; 4(2):52-65.
15. Blanco JA. Ética y civilización. Apuntes para el tercer milenio [citado 25 Abr 2013].
16. Borroto Cruz R, Salas Perea R. El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación desde una visión cubana. *Educ Med Sup.* 1999 [citado 25 Abr 2013]; 13(1).
17. Castro Bosch M, Espinosa Rodríguez R. Lo social en el currículo de formación de profesionales de la salud. *Educ Med Sup.* 2012 [citado 25 Abr 2013]; 26(3).
18. Di Franco MG. La formación docente en la universidad. *Praxis Educativa.* 2009 [citado 25 Abr 2013]; 13.
19. Chávez Rodríguez J, Suárez Lorenzo A, Permuy González LD. Acercamiento necesario a la pedagogía general. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005.
20. Echeverría Calderón J. El método clínico. Su relación con el método científico y su descripción [citado 25 Abr 2013].

Recibido: 4 de septiembre de 2014.

Aprobado: 4 de septiembre de 2014.

José Enrique Vázquez Sarandeses. Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.