

Santa Clara, ene.-abr.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy

Considerations about the contributions to the Cuban medical education of professor Ilizástigui Dupuy, F

José A. Fernández Sacasas

Doctor en Medicina. Especialista en I y II Grados en Medicina Interna. Máster en Educación Médica. Profesor Titular y Consultante. Presidente de la Cátedra "Fidel Ilizástigui Dupuy". Presidente de la Sociedad Cubana Educadores en Ciencias de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RESUMEN

El profesor de mérito Fidel Ilizástigui Dupuy (1924-2005), fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud, ha sido considerado la figura máxima de la educación médica y nos legó en su obra, un rico acervo cultural cristalizado en la teoría y la práctica inherente a la formación de los profesionales de la salud de los últimos 40 años en Cuba. Incide en los principales problemas que plantea contemporáneamente la educación médica, en particular cómo enrumbar la formación del médico en el siglo XXI. La concepción de la educación en el trabajo representa el núcleo central de su teoría pedagógica, defiende la interacción de los educandos con el objeto de estudio en escenarios reales de la atención de salud para desarrollar los modos profesionales de actuación. Alerta que la práctica médica no debe supeditarse a los otros componentes, académico e investigativo del proceso formativo.

Descriptor DeCS:
EDUCACIÓN MÉDICA
SOLICITUD DE EMPLEO

ABSTRACT

Merit professor Ilizástigui Dupuy, F. (1924–2005), founder of the Cuban Society of Educators in Health Sciences, he has been considered an outstanding representative of the medical education and he left us a rich cultural legacy based on theory as well as in the practice associated to the formation of health professionals in the late 40 years in Cuba. He has a great incidence in the principal problems concerning the medical education at present, especially those dealing with the formation of medical doctors in the XXI's century. Professor Ilizástigui's conception about the education at work is the core of his pedagogical theory. It defends the interaction of the students with the object of study in real health care scenarios so as to develop professional ways of acting. He puts a strong remark on the fact

<http://www.edumecentro.sld.cu/>

that the medical practice should not be superseded by the academic or researching components of the formative process.

Subject headings:
EDUCATION, MEDICAL
JOB APPLICATION

INTRODUCCIÓN

El profesor Fidel Ilizástigui Dupuy (FID) (23 marzo 1924 (Central San Antonio, municipio Jamaica, Guantánamo) - 14 febrero 2005 (La Habana) con una larga y fecunda trayectoria en el campo de la ciencia y educación médicas, constituye un verdadero paradigma formativo para los profesionales cubanos de la salud, en su condición de Profesor Titular, Profesor de Mérito, Doctor en Ciencias, especialista y figura relevante de la Medicina Interna, de su sociedad científica y de su grupo nacional, también fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud. Fue el autor principal, en la etapa de la Revolución, de los planes y programas de estudios de las carreras de Medicina, Estomatología y Licenciatura en Enfermería, así como de distintos programas de postgrado. Se desempeñó como Vicerrector de la Universidad de La Habana y del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Ilizástigui se distinguió cual un preclaro pensador como médico y educador, con gran firmeza política e ideológica, plenamente identificado con la filosofía y praxis de nuestra Revolución y del Comandante en Jefe.

Aunque en oportunidades anteriores ya habíamos abordado el pensamiento y la obra <ilizastiguiana>, ¹⁻³ en atención a la amable solicitud de los organizadores de Edumecentro 2011 ofrecemos la actual presentación, nutrida necesariamente de las anteriores.

INSTRUIR Y EDUCAR EN CIENCIAS MÉDICAS

FID enfatizó⁴...“Cuando se enseña, se educa y cuando se educa, se enseña, un binomio cuyo par dialéctico es imposible separar:” “La formación debe efectuarse espontáneamente, se abre paso a través del *currículo invisible* de los pasillos, las salas, los comedores, pero no por eso deja de efectuarse.”⁵

Se distanció del enfoque positivista que considera la medicina solamente en su dimensión técnico-biológica, que desestima la contribución de factores como los psicológicos, culturales, sociales y económicos en la naturaleza y origen de la salud y la enfermedad. *“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

*“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”.*⁴

¿EXISTEN ENFERMEDADES O ENFERMOS?

Sobre este conocido dilema, a diferencia de quienes sostienen que <no existen enfermedades sino enfermos>, FID expresó:¹

<La salud y la enfermedad constituyen parte de un mismo proceso objetivo, que existe

<http://www.edumecentro.sld.cu/>

independientemente de la conciencia del hombre, proceso cognoscible por el hombre. El enfermo y las enfermedades tienen una existencia objetiva, independiente de nuestra conciencia. Existen enfermos y enfermedades, aún antes de ser descritas y conceptuadas>.

SOBRE EL MÉTODO CLÍNICO

Es innegable que corresponde a FID, junto a su gran amigo y compañero Luis Rodríguez Rivera, el estudio teórico, conceptualización y divulgación de <el método clínico> en Cuba¹. En su celebre monografía⁶ actualizaron el tema hace más de 20 años, que se constituyó en una herramienta teórica para su aplicación docente “desplegada”, hasta entonces utilizado -el método- solo de manera implícita.

<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, aún 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>.

Esta ya histórica monografía despertó un interés renovado en el estudio del método clínico, como han reflejado numerosas publicaciones subsecuentes.⁷⁻²⁰

En su último trabajo al respecto^{15,16} FID aboga por un abordaje “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.

SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

FID mantuvo una actitud crítica sobre distintos aspectos limitantes de la formación de los educandos, como 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 ya comentado enfoque técnico-biológico vs. el bio-psico-social, el modelo curricular flexneriano, la dispersión de asignaturas vs. diseños integrados. Conferir un mayor énfasis a la investigación y <el terciarismo> (medicina especializada), que promueve segmentación de la enseñanza por especialidades con desfiguración del modelo del profesional, aunque se declara el propósito de formar un médico general en la realidad se asume desde las especialidades y por especialistas. Igualmente criticó el escaso énfasis en la comunidad como escenario formativo y el deterioro y escasa supervisión en la práctica de las habilidades clínicas.

Consideró errónea la concepción pedagógica dominante de suponer necesario conocer a profundidad la teoría antes de enfrentarse a la práctica, así como entender que la ciencia es un prerrequisito 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”²¹

En la correlación entre “lo académico, lo investigativo y lo laboral”, Ilizástigui²² se pronunció abiertamente por la centralidad de “lo laboral” y tomó distancia de privilegiar o sobrevalorar los otros dos aspectos. *“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”. Criticó 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 valorativa se dan en el momento de la práctica transformadora pero son secuencia y no motor.*

Frente al enciclopedismo hay que promover conocimientos esenciales:⁴ “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,²³ comenté 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”.²⁴

LOS PLANES DE ESTUDIOS EN MEDICINA ¿INTEGRADOS O NO?

¿Deben ser diseñados por asignaturas reflejo de las disciplinas científicas o por áreas de integración de conocimientos en relación con el objeto de la profesión, esto es, la práctica médica?

Ya en 1971 FID criticó²⁷ el diseño curricular tradicional basado en asignaturas, tendente a la dispersión temática y el enciclopedismo.

“Se impone a los estudiantes un cúmulo de informaciones desarticuladas, con repeticiones innecesarias y contradicciones evidentes.”

<A menos que nuevos métodos educacionales se desarrollen, la educación médica estará más fragmentada y distorsionada, los estudiantes no podrán tener la visión de conjunto del hombre en salud y enfermedad>.

“Un objetivo básico de la educación médica actual es coordinar e integrar los conocimientos dispersos”.

<La integración de los estudios médicos es una solución a la desarticulación y fragmentación de la educación médica... ante la acumulación cada vez mayor de conocimientos y de mayores obligaciones

de los docentes en los campos de la educación postgraduada, la atención de enfermos y de la investigación>.

Ilizástigui logró diseñar y poner en práctica un plan de estudios integrado en 1969,²⁵ el cual representó un significativo intento de innovación formativa, que si bien no logró consolidación plena, constituyó una importante experiencia que a la postre habría de impactar la concepción curricular cubana en ciencias médicas. En el diseño del plan de estudio de 1985, perfeccionado en el año 2010,²⁶ reconoció FID²⁷ *<si bien no podía abordar un diseño curricular por asignaturas separadas e inconexas será imposible elaborar un plan muy innovador en lo que respecta a las unidades curriculares. Se hizo necesario un arreglo conciliatorio>.*

<Sin subvalorar las unidades curriculares integradas su impacto en la formación de un médico que egresa en una nación donde es prioritaria la Atención Primaria de Salud (APS) siempre será inferior al de un plan de estudio que garantice que el estudiante trabaje y aprenda en el área de la APS y que sepa desempeñarla después de graduado>.

"Se previó lograr innovaciones deseables en el futuro de acuerdo con el progreso de las condiciones objetivas y subjetivas que imperan en la APS".

Efectivamente, los sucesivos perfeccionamientos del actual plan de estudios, en respuesta a los desarrollos del sistema de salud y los adelantos científico-técnicos y pedagógicos, han posibilitado ya en el presente siglo incrementar las áreas de integración básico-clínica-comunitaria mediante la conformación de la disciplina rectora, la Medicina General Integral como eje de integración vertical y áreas de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad horizontales en los ciclos básico, preclínico, clínico y el internado.

LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL-INVESTIGATIVA [IDAE]

Tomo de un trabajo anterior¹ una definición de la IDAE como *<La concertación, armonización y potenciación de esfuerzos y acciones en el campo de la salud entre las instituciones prestadoras de servicios y las instituciones formadoras de recursos humanos, conocida comúnmente como Integración Docente Asistencial Investigativa (IDAI), permite la consecución de los objetivos que dimanen de sus componentes a un nivel cualitativamente superior, al ser progresivamente asumidos como propios por las partes>.*

Lograr este propósito ha demandado en los últimos 50 años, recorrer un largo camino no exento de contradicciones y discrepancias que ha permitido transitar del enfrentamiento a la tolerancia, de la tolerancia a la cooperación y de ésta a la integración. Protagonista de este arduo y fatigoso proceso, ante las dificultades e incomprensiones que se confrontaron, FID gustaba bromear acerca de la factibilidad de su consecución, de la que por otra parte era un firme convencido, expresando que planeaba redactar un artículo que titularía "Pero... ¿hubo alguna vez integración docente-asistencial-investigativa?", remedando la célebre novela de *Enrique Jardiel Poncela* [Pero...¿hubo alguna vez 11 000 vírgenes?].

<La tendencia más elocuente de la revolución científico técnica (RCT) en el sector de la salud es la peculiaridad de búsqueda de un acercamiento de las estructuras y funciones que durante años se mantuvieron un tanto alejadas o con interacciones esporádicas e infrecuentes>.

<La IDAE es una organización estructural funcional sistémica que permite la interrelación intersectorial, interestructural e interdisciplinaria a fin de explicar y resolver problemas comunes (del campo de la salud). Se expresa a todos los niveles, instituciones, profesionales y los propios estudiantes. No significa un proceso de fusión del trípode investigación, docencia y atención médica, sino de una penetración entre ellas">.

<Las tres funciones básicas de la IDAE, atención médica, investigación y docencia, debe poseer la misma dimensión académica y no solamente las dos últimas. Las Facultades de Medicina no están solamente para educar profesionales y producir conocimientos, sino también para producir atención médica de calidad>.

<Entre las misiones de una universidad médica debe quedar explícita su responsabilidad con la salud

<http://www.edumecentro.sld.cu/>

del pueblo, al formar profesionales, brindar atención de salud y producir conocimientos; solo así el trabajo ganará la magnificencia que posee en la educación del hombre>.²²

UNA INTERROGANTE CONTEMPORÁNEA NO OCIOSA

¿Los extraordinarios avances tecnológicos de hoy ¿han tornado obsoleta la clínica y su método?

Repuesta de FID: "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".²²

<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>.²⁸

CONCLUSIONES

La autovaloración "ilizastiguiana" acerca de su aporte a la educación médica, él prefirió transferirla a la historia:

"Hablar de cuanto hemos contribuido a la educación médica parecería petulante. Ya la historia, como juez implacable, se encargará de realizar su veredicto y de medir a ciencia cierta lo poco o lo mucho de tal contribución, si ella existe".²⁹

La obra material e intelectual del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy ha quedado expresada indeleble en la teoría y la práctica inherentes a la formación de los profesionales de la salud, en nuestros planes y programas de estudio, métodos didácticos y educativos y en las estrategias de desarrollo de la salud pública y la educación en ciencias de la salud cubanas.

Eje conceptual central de su concepción pedagógica es la formación de los educandos a partir de la práctica médica y el trabajo médico y social como fuente de aprendizaje y educación, complementada de actividades de estudio congruentes. "La educación en el trabajo" como método y como forma de enseñanza y aprendizaje nos alienta a tomar distancia del enciclopedismo, el cientificismo y la enseñanza escolástica.

De gran actualidad y relevancia en el presente, se proyecta con una visión de futuro al dar basamento a las acciones tendentes a producir los profesionales con las competencias necesarias y el marco ético pertinente requeridos para satisfacer las necesidades de la salud de nuestro pueblo y otros pueblos del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Sacasas JA. Conferencia internacional educación médica para el siglo XXI. El legado del profesor Fidel Ilizástigui a la educación médica para el siglo XXI. Rev Educ Med Super [Internet]. 2009 [citado 21 Ago 2010]; 23(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Fernández Sacasas JA. Fidel Ilizástigui Dupuy: una aproximación a su pensamiento médico, filosófico y pedagógico. HISTARMED 2009. La Habana; 2009.
3. Fernández Sacasas JA. El binomio Fidel Ilizástigui Dupuy/Luis Rodríguez Rivera: un paradigma en la formación clínica de los estudiantes de ciencias médicas en Cuba. Rev Cubana Med. 2011;50(2):222-31.
4. 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 Nov1996 [Internet]. Santa Clara; 2010 [citado 21 Ago 2010]. Disponible en: <http://files.sld.cu/scs/files/2010/10/educacion-medica-pre-y-posgrado.pdf>
5. Ilizástigui Dupuy F. Medicina y psicología. En: Salud, medicina y educación médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 101-18.
6. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. La Habana: MINSAP; 1989.
7. 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 vol.32. La Paz: Biblioteca de Medicina; 2000. p. 14-9.
8. Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. La enseñanza de la clínica: reflexiones sobre el tema. Educ Med Super [Internet]. 2005 Jun [citado 21 Ago 2010];19(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 9. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
 10. 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.
 11. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;4(1-2):93.
 12. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med. 1998;37(2):123-8.
 13. Llorens J. El juicio ético, un componente obligado en la atención médica. Ateneo. 2000;1(1):43-9.
 14. Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. En: Enseñanza de la clínica vol.32. La Paz: Biblioteca de Medicina; 2000. p. 129.
 15. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Ateneo. 2000;1(2):89-99.
 16. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000;14(2):109-27.
 17. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico Técnica; 2001.
 18. Molerio Sáez LE. Enseñanza del método clínico. La Habana: ENSAP; 2004.
 19. Espinosa Brito AD. La clínica y la medicina interna. Apuntes históricos y proyecciones, premio Medintern; 2006.
 20. Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva H, Moreno Rodríguez MA. La práctica clínica. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
 21. Ilizástigui Dupuy F. Factores que convulsionan la educación médica. La Habana; 1985.
 22. Ilizástigui Dupuy F. 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. La Habana; 1993.
 23. Fernández Sacasas JA. Consideraciones sobre la enseñanza objetiva de la medicina. Panorama Cuba Salud. 2008;3(2):4-8.
 24. Jiménez Díaz C. Problemas de la enseñanza de la medicina. Arbor. 1952 Abr;20(76):21-5.
 25. Ilizástigui Dupuy F. De la incoordinación a la integración de los estudios médicos. Rev Educ Superior. 1971:12-4.
 26. Grupo de Desarrollo UCM-H. La formación del médico general, el currículo perfeccionado, sus características generales. La Habana: UCM; 2011.
 27. Ilizástigui Dupuy F, Douglas R. La formación del médico general básico en Cuba. Educ Med Salud. 1993;27(2):30-3.
 28. Ilizástigui Dupuy F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996;4(1-2):7-24.
 29. Ilizástigui Dupuy F. Palabras de agradecimiento al recibir el título de Profesor de Mérito del ISCM-H. En: Conferencia integrada la universidad Latinoamericana y la salud de la población de facultades y escuelas de salud de la UDUAL; 1991 Jun. La Habana: Palacio de las Convenciones; 1991. p. 202-5.

Recibido: 27 de noviembre de 2011
Aprobado: 20 de diciembre de 2011

José A. Fernández Sacasas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.
Email: sacasas@infomed.sld.cu