

Tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en asignaturas clínico-quirúrgicas de la carrera de Medicina en Cuba

Historical trends of the teaching-learning process of the clinical method in clinical-surgical subjects of the Medicine major in Cuba

Categoría: Artículo original.

Número de palabras: 2859

Cantidad de figuras: 2

Autores:

Jorge Luis Santana Pérez^{1*}

Doctor en Ciencias de la Educación. Máster en Longevidad Satisfactoria y en Educación Superior. Especialista de Primer y Segundo Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9292-9567>

Reinaldo Pablo García Pérez²

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Posdoctorado en Formación de Gestores de Ciencia. Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Familiar. Diplomado en Gestión de los Servicios de Salud y en Informática en Salud. Profesor Titular e Investigador Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7451-8713>

Miguel Armas Crespo³

Doctor en Ciencias de la Educación. Máster en Estudios Ciencia-Tecnología – Sociedad. Licenciado en Filosofía. Profesor Titular del Centro de Estudios Educativos de la Universidad de Ciego de Ávila “Máximo Gómez Báez”. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6645-0958>

Pedro Manuel Concepción Cuétara⁴

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Licenciado en Filosofía. Profesor Titular. Universidad de Ciego de Ávila “Máximo Gómez Báez”, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4148-7479>

Daritzza León Méndez⁵

Máster en Educación Superior. Especialista en Enfermería Comunitaria. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba. Servicios Médicos Cubanos. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2836-0183>

Nombre, dirección postal y e-mail del autor responsable de la correspondencia: Jorge Luis Santana Pérez. Residencia Centro Universitario Hospital Peltier, Djibouti. Código postal 98230. Correo electrónico: jlsantana730609@gmail.com

Teléfono: +253 77 335868

No existe publicación previa o duplicada de la presentación del manuscrito en otra revista o la publicación de cualquier parte del trabajo.

No existe conflicto de intereses entre los autores: Jorge Luis Santana Pérez, Reinaldo Pablo García Pérez, Miguel Armas Crespo, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Daritzza León Méndez.

Financiamiento: no

Resumen

Introducción: El proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en asignaturas clínico-quirúrgicas ha transitado por transformaciones curriculares impulsadas por el desarrollo tecnocientífico y las demandas sociales, exigiendo un análisis de su evolución en Cuba.

El objetivo de la investigación es determinar las tendencias históricas de este proceso en la carrera de Medicina en Cuba.

Método: Investigación pedagógica histórica realizada en la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila (2020-2026). Mediante métodos teóricos, análisis documental y triangulación, se evaluaron cualitativamente tres indicadores: sistematización del contenido, integración intra e interdisciplinar, y aplicación del potencial tecnológico/modo de actuación.

Resultados: Se estableció 1969 como punto de inflexión tendencial y se caracterizaron cuatro etapas: primera (1969-1984), reformulación técnico-corroborativa; segunda (1985-1998), orientada a niveles de actuación e inicio de la crisis del método clínico; tercera (1999-2015), reorientación al primer nivel de atención y rescate de la clínica; y cuarta (2016-2026), consolidación de la Medicina General como disciplina integradora e inserción de la prevención cuaternaria en los Planes D y E.

Conclusiones: La tendencia histórica demuestra el tránsito de una formación fragmentada e intrahospitalaria hacia un modelo integrado y descentralizado. Aunque los diseños curriculares contemporáneos promueven el uso racional tecnológico, la integración real en la práctica docente sigue supeditada a la efectividad del trabajo metodológico, demandando un modo de actuación profesional que subordine los avances tecnocientíficos al juicio clínico humanista.

Palabras clave: Educación Médica; Educación Superior; Plan de Estudios; Aprendizaje; Competencia Profesional; Ética Médica.

Abstract

Background: The teaching-learning process of the clinical method in clinical-surgical subjects has undergone curricular transformations driven by techno-scientific development and social demands, requiring an analysis of its evolution in Cuba.

The objective of this research is to determine the historical trends of this process in the medical undergraduate curriculum in Cuba.

Method: A historical pedagogical study was conducted at the University Of Medical Sciences of Ciego De Ávila (2020-2026). Using theoretical methods, documentary analysis, and source triangulation, three indicators were qualitatively evaluated: content systematization, intra and interdisciplinary integration, and application of technological potential/professional performance.

Results: The year 1969 was established as a trend turning point, and four developmental stages were characterized: first (1969-1984), focused on technical-corroborative reform; second (1985-1998), oriented toward performance levels and marked by the onset of the clinical method crisis; third (1999-2015), reoriented toward primary healthcare and the institutional rescue of clinics; and fourth (2016-present), characterized by the consolidation of General Medicine as the main integrative discipline and the inclusion of quaternary prevention in Curricula D and E.

Conclusions: Historical trends show a shift from a fragmented, in-hospital training toward an integrated and decentralized model. Although contemporary curricular designs promote the rational use of technology, real integration in educational practice remains dependent on effective methodological work, demanding a professional performance that subordinates techno-scientific advances to humanistic clinical judgment.

Keywords: Education, Medical; Education, Higher; Curriculum; Learning; Professional Competence; Ethics, Medical.

Tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en asignaturas clínico-quirúrgicas de la carrera de Medicina en Cuba

Historical trends of the teaching-learning process of the clinical method in clinical-surgical subjects of the Medicine major in Cuba

Introducción

El método clínico es la aplicación del método científico en la práctica médica (1, 2). Su correcta ejecución requiere una sólida formación teórica y práctica durante el pregrado (3, 4). Este proceso exige que el médico aplique procedimientos lógicos, estructurados y rigurosos de forma dinámica ante cada paciente.

El método clínico y su enseñanza han evolucionado junto a los cambios socioeconómicos, las políticas de salud y el desarrollo científico-tecnológico (5-10). Esta evolución médica fragmentó la profesión en especialidades, dificultando la evaluación integral del paciente. Así, las disciplinas se dividieron en clínicas (afecciones sin cirugía) y quirúrgicas (patologías que requieren operación) (1-3).

Las asignaturas clínico-quirúrgicas aportan los fundamentos teóricos, prácticos y de valores para que el médico general resuelva patologías quirúrgicas según su nivel (11). Al aplicar el método clínico en este campo, el estudiante realiza diagnósticos y procedimientos manuales en tejidos u órganos para intervenciones inmediatas o mediatas. Por ello, su enseñanza-aprendizaje es una interacción dialéctica entre profesores y alumnos en escenarios asistenciales reales (11-13). Allí, el docente guía la instrucción del método clínico en pacientes quirúrgicos para que el alumno adquiera su modo de actuación profesional.

La educación médica superior en Cuba ha tenido reformas curriculares escalonadas: el Plan C en 2010, el Plan D en 2016 y el Plan E en 2019. Esta evolución se sustentó en las bases metodológicas de Ilizástigui y Douglas de los años ochenta (14). La

transición del Plan D al Plan E facilitó una rápida reingeniería curricular, lo que generó la concomitancia temporal de ambos programas en las universidades.

El Plan de Estudios D consolida la unidad entre educación e instrucción mediante el principio de educación en el trabajo (15, 16) con una sólida preparación científico-técnica y humanista (17). Por su parte, el Plan E ratifica al método clínico como contenido esencial articulado a cinco funciones profesionales, donde la atención médica integral es la rectora. Esta función guía la actuación ante los problemas de salud de la población cubana mediante cuatro niveles taxonómicos: tratar y remitir si no mejora; tratar de urgencia y remitir; orientar y remitir; o colaborar (4, 17).

A pesar del perfeccionamiento en los diseños de estos planes, se requiere profundizar en sus regularidades histórico-pedagógicas para optimizar su pertinencia actual. Por ello, esta investigación se realiza con el objetivo de determinar las tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en las asignaturas de perfil clínico-quirúrgico de la carrera de Medicina en Cuba.

Método

Investigación pedagógica de tipo histórico, realizada en la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido entre septiembre de 2020 y junio de 2026. Centrada en el proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en las asignaturas de perfil clínico-quirúrgico de la carrera de Medicina en Cuba.

Se emplearon los siguientes métodos científicos:

- Métodos teóricos: El histórico-lógico, analítico-sintético e inductivo-deductivo para profundizar en la epistemología y metodología del objeto de estudio, facilitar la comprensión de su evolución, determinar antecedentes, vínculos históricos y delimitación de etapas de desarrollo.

- Métodos empíricos: El análisis documental y la triangulación de fuentes sustentaron el examen crítico de la información contenida en documentos normativos, planes y programas de estudio de la carrera de Medicina y constituyeron el soporte empírico-epistemológico del análisis.

Al articular estos métodos, se estableció el año 1969 como el punto de inflexión tendencial, marcado por la introducción de unidades de conocimiento clínico-quirúrgico organizadas por sistemas orgánicos en el cuarto plan de estudio de la carrera. Se identificaron los principales hitos histórico-pedagógicos que determinaron transformaciones del proceso y permitieron analizar cualitativamente la información.

Para identificar las regularidades históricas, comparar los cambios ocurridos y describir las transformaciones, logros e insuficiencias en cada periodo, se definieron tres indicadores de análisis:

- Nivel de sistematización del contenido: Proceso de organización, clasificación y estructuración lógica de la información del método clínico. Para facilitar la comprensión del contenido, identificar relaciones temáticas, crear categorías conceptuales, generar nuevo conocimiento y potenciar el aprendizaje basado en la experiencia (18).
- Nivel de integración intra e interdisciplinar del contenido: Forma en que se articulan los contenidos dentro de las asignaturas del perfil clínico-quirúrgico (intradisciplinar) y entre estas con otras áreas temáticas o asignaturas del plan de estudio (interdisciplinar), promoviendo una visión holística del conocimiento médico (19).
- Nivel de aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: Relación entre la implementación de las tecnologías disponibles en el contexto educativo y el modo de ejecutar los procedimientos del método clínico, integrando las herramientas y estrategias utilizadas para alcanzar los objetivos curriculares planteados (20).

Desarrollo

Punto de inflexión tendencial

Se sitúa como punto de inflexión tendencial el año 1969; caracterizado por la introducción de unidades de conocimiento de perfil clínico-quirúrgico según sistemas orgánicos en el cuarto plan de estudio de la carrera de Medicina, que continuaba con la fragmentación de la medicina interna y la cirugía en subespecialidades, en virtud de la acumulación vertiginosa de conocimientos y el progreso tecnológico.

A partir de las transformaciones realizadas se identifican cuatro etapas en el desarrollo histórico (fig. 1).

Pimera etapa (1969-1984): Reformulación hacia lo técnico-corroborativo

El inicio de esta etapa está marcado por la implementación de un novedoso diseño curricular en la carrera de Medicina. Se introducen tecnologías de avanzada para la época, como la laparoscopia y la ecografía, que transformaron la precisión del diagnóstico corroborativo con acertada respuesta bioética.

Análisis de los indicadores:

- Nivel de sistematización del contenido: El proceso incorporó conocimientos clínico-quirúrgicos organizados por sistemas orgánicos, potenciando habilidades secuenciales en el método clínico. La profundización se centró en la enfermedad a nivel individual, con prevalencia en el escenario hospitalario.
- Nivel de integración intra e interdisciplinar: Coexistieron intentos de articulación horizontal y vertical, pero sin asignaturas específicas para el método clínico quirúrgico. Los contenidos compartían vínculos interdisciplinares en la educación en el trabajo y existía un microdiseño tradicional por asignaturas. Las actividades en atención primaria eran aisladas con escasas orientaciones hacia los modos de actuación profesional.

- Nivel de aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: Los rayos X y la fluoroscopia corroboraban diagnósticos y definían conductas quirúrgicas. La llegada de la laparoscopia y ecografía agilizó la confirmación diagnóstica, siendo aceptadas como exigencia metodológica para validar el juicio clínico.

Segunda etapa (1985-1998): Explicitación hacia los niveles de actuación

Se manifiesta por el nuevo plan de estudio para el médico general básico, que reorientó la enseñanza según niveles de actuación e introdujo estancias y rotaciones clínico-quirúrgicas. En lo sociomédico, emergió la Medicina General Integral. Tecnológicamente, se incorporaron la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y cirugía mínimamente invasiva; sin embargo, su uso excesivo generó un debate bioético y una crisis universal del método clínico que impactó la práctica y docencia médica (21, 22).

Análisis de los indicadores:

- Nivel de sistematización del contenido: Las estancias clínico-quirúrgicas fueron la modalidad principal de formación. En Cirugía General se profundizó en la semiología quirúrgica, signos cardinales, intervención oportuna y confección de la historia clínica para la atención primaria, capacitando al estudiante en la identificación integral de problemas y necesidades de salud, orientando las acciones hacia la recuperación y la rehabilitación.
- Nivel de integración intra e interdisciplinar: El currículo propició un tránsito continuo de contenidos desde Sociedad y Salud hasta el internado en Cirugía General, ampliando la interdisciplinariedad hacia Farmacología, Psicología e Introducción a la Sanología General y continuaba con estancias cortas de perfil clínico-quirúrgico. Se aplicaron tres niveles de prevención (prevención de la ocurrencia, control de la progresión del daño y rehabilitación) para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico

temprano; sin embargo, la falta de una disciplina rectora y un trabajo metodológico insuficiente limitaron la consolidación integradora.

- Nivel de aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: La incorporación de TAC, RMN y cirugía mínimamente invasiva revolucionó la práctica médica. No obstante, este auge generó tensiones bioéticas por el abuso tecnológico, la superespecialización y la sustitución de la relación directa por la interacción médico-máquina-paciente.

Tercera etapa (1999-2015): Reorientación hacia la complejidad del proceso salud-enfermedad en el primer nivel de atención

Se declara por las profundas reformas curriculares de este período, iniciadas con la asignatura Introducción a la Clínica, el proyecto del Policlínico Universitario y el perfeccionamiento del Plan de Estudio C, que dinamizaron la aplicación del método clínico en el enfermo quirúrgico desde la atención primaria. Paralelamente, un impetuoso desarrollo tecnológico combinó herramientas innovadoras en imagenología, laboratorio, anatomía patológica y nanotecnologías, lo que obligó a intensificar las acciones académicas.

Análisis de los indicadores:

- Nivel de sistematización del contenido: Introducción a la Clínica preparó al estudiante para identificar desequilibrios antes del ciclo clínico. El Policlínico Universitario trasladó la formación al área ambulatoria, adaptándose al patrón de morbilidad de la comunidad y mejorando el diagnóstico temprano mediante categorías duales (urgente o no urgente, psicógena u orgánica, infecciosa o no infecciosa, bacteriana o viral, quirúrgica o no quirúrgica). En 2010-2011 se estructuró la MGI como disciplina rectora, dependiendo aún del trabajo metodológico docente.

- Nivel de integración intra e interdisciplinar: Se articuló la entrevista y el examen físico con Sociedad y Salud. Pasó a llamarse Introducción a la MGI en 2004 y, tras la reforma de 2010-2011, recuperó su nombre y ratificó el método clínico en su Tema 2 (Ciencia y conocimiento científicos. Métodos de la profesión). Luego, el retiro de Introducción a la Clínica del currículo fragmentó la entrevista y examen físico en tres asignaturas independientes (Introducción a la MGI, Promoción de Salud y Prevención en Salud). Pese a las estancias revertidas y la MGI como disciplina rectora, deficiencias metodológicas limitaron la integración real.
- Nivel de aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: El avance tecnocientífico profundizó la crisis del método clínico, con marcada repercusión en los enfermos quirúrgicos. Esto generó una respuesta institucional y académica hasta el 2010 para rescatar y fortalecer sus valores, respaldada por la reorganización de servicios de salud, publicaciones científicas (MEDISUR) y el Lineamiento 156 de la política económica y social de Cuba, en este marco exigió taxativamente rescatar la relación médico-paciente y el uso racional de exámenes complementarios.

Cuarta etapa (2016-2026): Consolidación hacia el eje de formación profesional

Se inicia con la consolidación de las asignaturas clínico-quirúrgicas dentro de la Medicina General como disciplina principal integradora mediante los Planes de Estudio D y E, afianzando la formación orientada a los cuatro niveles en los modos de actuación profesional. Tecnocientíficamente, se aceleró el desarrollo de nanociencias moleculares celulares e innovaciones digitalizadas para el diagnóstico y terapéutica quirúrgica. Ante el intervencionismo excesivo, el riesgo de iatrogenia y la medicalización, se incorporó formalmente la prevención cuaternaria como un nuevo nivel de profilaxis en la práctica médica.

Análisis de los indicadores:

- Nivel de sistematización del contenido: Bajo los Planes D y E, la Medicina General se consolidó como disciplina integradora y eje profesional. El método clínico se estructuró escalonadamente desde primer año para el manejo del paciente quirúrgico en la atención primaria, coordinado con áreas complementarias interdisciplinarias (Psicología Médica, Investigaciones Diagnósticas y Farmacología) e incorporando la prevención cuaternaria como base ética del cuidado.
- Nivel de integración intra e interdisciplinar: El eje de formación profesional se consolidó basado en los problemas de salud que el egresado debe ser capaz de resolver. En el Plan D, la disciplina Investigaciones Diagnósticas organizó secuencialmente a las asignaturas de Genética Médica, Microbiología y Parasitología, Anatomía Patológica, Imagenología y Laboratorio Clínico. Al implementar el plan E, Imagenología y Laboratorio Clínico se integraron a Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Esta articulación con la Medicina General fundamenta el uso racional de complementarios en patologías quirúrgicas, aunque su efectividad práctica real sigue supeditada al trabajo metodológico del profesorado.
- Nivel de aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: La educación médica y la práctica clínica asimilaron tecnologías de avanzada, requiriendo de la prevención cuaternaria como freno ético frente al intervencionismo y la medicalización. El modo de actuación profesional demanda un método clínico humanista, regido por la ética médica, capaz de integrar los avances tecnocientíficos en la atención clínica individual.

Tendencias históricas

El análisis reveló que las reformas curriculares progresivas generaron saltos cualitativos, consolidando la enseñanza-aprendizaje del método clínico en asignaturas

clínico-quirúrgicas como el eje de formación profesional en Medicina. El comportamiento de cada indicador estudiado se sintetiza en la figura 2.

La síntesis histórica revela una tendencia general que transita desde un enfoque fragmentado y hospitalario hacia un modelo de formación integrador, descentralizado y con fuerte base bioética frente al auge tecnológico. Este comportamiento histórico-pedagógico se resume en las siguientes líneas tendenciales según los indicadores:

- Sistematización del contenido: Se transitó de una organización curricular fragmentada por sistemas de órganos e hiperespecializada en el hospital, hacia una estructuración escalonada y continua del método clínico desde el primer año. El contenido evolucionó de la identificación curativa individual hacia la comprensión holística de la salud familiar y comunitaria para el primer nivel de atención.
- Integración intra e interdisciplinar: Evolucionó de un diseño fragmentado por asignaturas (con intentos aislados de articulación horizontal y vertical) hacia la consolidación de la Medicina General como disciplina principal integradora y eje formativo, complementado por disciplinas coordinadas como Investigaciones Diagnósticas para el uso racional de exámenes complementarios. No obstante, persiste una brecha histórica entre el diseño formal y su ejecución práctica, por lo que la efectividad de la integración depende del trabajo docente metodológico.
- Aplicación del potencial tecnológico y modo de actuación: Pasó de una asimilación acrítica inicial de tecnologías corroborativas a una crisis del método clínico por abuso tecnológico y despersonalización médica. La tendencia contemporánea se orienta a la reconfiguración humanista del modo de actuación, consolidada mediante la prevención cuaternaria ante la medicalización e intervencionismo, lo que subordina el avance tecnológico al juicio clínico y la seguridad del paciente.

Discusión de los Resultados

El análisis de las tendencias históricas del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en las asignaturas de perfil clínico-quirúrgico evidencia una evolución compleja que transita desde la fragmentación del contenido hacia modelos contemporáneos de integración curricular avanzada, marcados por tensiones epistemológicas y bioéticas ante el desarrollo tecnológico.

Epistemología de la sistematización del contenido y su alcance sociomédico

La sistematización del contenido pasó de un enfoque por sistemas orgánicos centrado en el método clínico individual e intrahospitalario, con una transformación significativa en su nivel de profundidad y alcance social perdiendo el vínculo con las dimensiones grupal y comunitaria (23), a una lógica escalonada en los Planes de Estudio D y E. El escenario contemporáneo expande el nivel de profundidad mediante un enfoque preventivo de amplio espectro. La inclusión de la prevención cuaternaria actúa como ruptura pedagógica al vincular la práctica médica con la ética del cuidado frente al riesgo de iatrogenia (24), equilibrando la destreza técnica con la responsabilidad civil y humanística.

Tensiones y reformas en la integración intra e interdisciplinar

Los primeros intentos de integración curricular coexistieron con estructuras rígidas y sin un eje conductor para el método clínico quirúrgico. La respuesta a esta fragmentación se concretó en el Plan E, mediante la reingeniería de Investigaciones Diagnósticas, optimizando la secuencia temporal de ciencias básicas y ubicando Imagenología y Laboratorio en Propedéutica y Medicina Interna, constituyendo un hito pedagógico. Esta articulación, junto a la Medicina General como disciplina principal integradora, viabiliza la interpretación lógica y racional de los exámenes complementarios. Pese a este riguroso diseño, la integración real en la práctica sigue

siendo insuficiente (25), lo que demuestra que su efectividad depende críticamente del desempeño metodológico del profesorado en los colectivos pedagógicos (26).

El binomio tecno-médico y la resignificación del modo de actuación

El potencial tecnológico evolucionó desde la instrumentalización básica hasta una saturación diagnóstica masiva y acrítica que despersonalizó la práctica, provocando una crisis del método clínico (27). Ante este intervencionismo y medicalización social, la prevención cuaternaria emergió como un nivel profiláctico y bioético indispensable (24). Lejos de una dicotomía excluyente, la formación contemporánea exige un método clínico renovado y regido por principios éticos tradicionales (28). Este enfoque debe asimilar críticamente los avances tecnocientíficos sin perder su esencia humanística, manteniendo la relación médico-paciente-familia como el núcleo inalterable del modo de actuación profesional básico en las disciplinas clínico-quirúrgicas.

Conclusiones

La organización del contenido biomédico ha transitado de un modelo clínico-quirúrgico puramente hospitalario y fragmentado a una estructura pedagógica escalonada y preventiva en los planes de estudio presentes. Esta postura se fundamenta en el método clínico en atención primaria e integra la prevención cuaternaria para restablecer la condición médica ante el riesgo iatrogénico (evolución hacia la prevención).

Aunque los últimos planes de estudio optimizan el diseño de asignaturas clave para promover un uso racional del diagnóstico frente a patologías quirúrgicas, su ejecución práctica es aún insuficiente. Lograr una integración vertical y horizontal depende directamente de la calidad y eficacia del trabajo metodológico del profesor y constituye aun un desafío de la integración curricular.

Las tecnologías de diagnóstico complejas han tensado la relación médico-paciente y la esencia del método clínico. La tendencia educativa actual subordina la tecnología a la práctica clínica humanista a través de una biorresponsabilidad que inhibe la intervención innecesaria, y se evoluciona con humanismo frente al avance tecnológico.

Referencias bibliográficas

1. Vidal Tallet LA, Noda Albelo A, Delgado Fernández MR, Báez Pérez E, Fernández Morín J, Montell González O. El proceso de aprendizaje clínico. Una experiencia con alumnos de 6 años. Rev Med Electron [Internet]. 2013[citado 15 Jul 2026];35(6):606-613. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000600005
2. Durán Pérez VD. Esquema CARAIPER: una estrategia de enseñanza-aprendizaje del razonamiento clínico. Educ Med [Internet]. 2019 [citado 15 Jul 2026];20(1):55-59. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181317300633>
3. Santana Pérez JL, García Pérez RP, Álvarez Sintés R. Ante el desafío tecnológico, defensa de la enseñanza del método clínico por asignaturas clínico-quirúrgicas. Educ Med Super [Internet]. 2023 [citado 15 Jul 2026];37(2):1-5. Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3919/1514>
4. Santana Pérez JL, García Pérez RP, Armas Crespo M, Concepción Cuétara PM, Álvarez Sintés R, Rodríguez Luis Y. Características de la enseñanza-aprendizaje del método clínico en las asignaturas de perfil clínico-quirúrgico de la carrera de Medicina. Mediciego [Internet]. 2023 [citado 15 Jul 2026];29(1):e3649. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/3649/3954>

5. Díaz Mastellari, M. (2005). En defensa de la medicina y de su método científico. (1a ed.). D.C-Colombia.
6. Núñez Zevallos GE. Valoración de la importancia del método clínico en la toma de decisiones en docentes, egresados y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Santa María [tesis doctoral]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9148/EDDnuzzege.pdf?sequence=1>
7. inilla González RO, Pinilla Pérez ME. La tecnología como amenaza creciente a la relación médico-paciente y al método clínico. Rev Cubana Cir [Internet]. 2019 [citado 15 Jul 2026];58(4):e798. Disponible en: <https://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/798>
8. Morell Alonso D, Armas Crespo M, Rodríguez Companioni O. Fundamentos ciencia, tecnología, sociedad de una estrategia para la motivación por la formación académica. Univ Cienc [Internet]. 2020[citado 15 Jul 2026];9(1):173-184. Disponible en: <https://revistas.unica.cu/index.php/uciencia/article/view/1463>
9. Garcete LD, Calderoli FE, Colman A, Rodas JH. La percepción de auxiliares de la enseñanza y estudiantes del ciclo clínico de la carrera de Medicina de la FCM-UNA, sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje del método clínico. An Fac Cienc Méd (Asunción) [Internet]. 2020 [citado 15 Jul 2026];53(3):81-94. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v53n3/1816-8949-anales-53-03-81.pdf>
10. Rodríguez Montes JA. ¿Qué es Cirugía? Un documento R Acad [Internet]. 2020 [citado 15 de julio de 2026];5(1):3-4. Disponible en: https://www.radoctores.es/doc/01-RODRIGUEZ%20MONTES_cirug%C3%ADa.pdf

11. Santana Pérez JL. Dinámica del proceso de enseñanza-aprendizaje del método clínico en las asignaciones de perfil clínico-quirúrgico del campo médico [tesis doctoral]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciego de Ávila Máximo Gómez Báez; 2024. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2088>
12. Arribalzaga EB. Educación de residentes de cirugía general en un hospital universitario. MEF [Internet]. 2020 [citado 14 de julio de 2026];23(2):75-79. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1047>.
13. Iglesias Díaz G, Ferro González B, Hernández Rodríguez IM, Vázquez Vázquez J, López Frontela JC, Salazar Morejón L. Actualidad pedagógica del proceso enseñanza aprendizaje de Cirugía general electiva del cuello. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado el 15 de julio de 2026];26(2):e5387. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200003&lng=es&tlng=es.
14. Álvarez Sintés R. Plan de estudio de medicina: ¿nueva generación? Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2017 [citado 12 de mayo de 2019];16(5):680-685. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/2123/1913>
15. Universidad Virtual de la Salud. Plan de estudio de la carrera de Medicina [Internet]. La Habana: UVS; 2018 [citado el 15 de julio de 2026]. Disponible en: <http://uvs.sld.cu/pregrado/2018/09/05/carrera-de-medicina>
16. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Resolución N° 47/2022: Normativa organizativa del proceso educativo y dirección del trabajo educativo y metodológico de las carreras universitarias. Gaceta Oficial de la República de Cuba, No. 129 Ordinaria (19 Dic 2022). Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2022-o129.pdf>

17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plano de estudios E de la carrera Medicina. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2020.
18. Expósito-Unday D, González-Valero JA. Sistematización de experiencias como método de investigación. Gac Méd Espirit [Internet]. Hace 2017 [citado 3 de junio de 2025];19(2):10-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000200003&lng=es.
19. Salmón Bermejo M, Martínez Manrique RC, Suárez Caimary IL. La integración de contenidos en la educación interdisciplinaria de posgrado. Conrado [Internet]. 2023 [citado 3 de junio de 2025];19(93):70-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442023000400070
20. Zamora Rodríguez ML. Dinámica del potencial humano en el sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación en Cuba. An Acad Cienc Cuba [Internet]. 2022 [citado 3 Jun 2025];12(1):e1112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062022000100003
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Protocolo para ejecutar y controlar el desarrollo de la Educación en el Trabajo en Ciencias Médicas. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2022.
22. Estevez-Matos Y, Durán-Cala MI, Rodríguez-Labañino Y, Ochoa-Rodríguez Y, Nicles-Estevez Y. Vulnerabilidad del método clínico, un problema social en la actualidad. En: Actas del Congreso de CENCOMED; jorcienciapdcl2024 [Internet]. 2024 [citado 5 Ene 2025]. Disponible en: <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorgecienciapdcl2024/2024/paper/viewFile/869/116115-0282>.
23. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El método clínico como método de enseñanza-aprendizaje en la carrera de Medicina: una necesidad histórica. Educ

- Med Super [Internet]. 2019 [citado 8 Jul 2026];33(2):e1742. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/653>
24. Díaz Gérvas J, Pérez-Fernández M. Prevención cuaternaria: El principio “primero no dañar” aplicado a la gestión, la docencia y la práctica clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2018.
25. Harden RM. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. Med Educ [Internet]. 2000 [citado 8 Jul 2026];34(7):551-557. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10886638/>
26. Vidal Ledo MJ, Fernández Oliva B. El trabajo metodológico en los colectivos de año y su impacto en el diseño curricular Plan E. Educ Med Super [Internet]. 2021 [citado 8 Jul 2026];35(3):e2931. Disponible en: sld.cu
27. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: Muerte y resurrección. Educ Med Super [Internet]. 2000 [citado 2026 Jul 8];14(2). Disponible en: <https://files.sld.cu/sccs/files/2010/05/el-metodo-clinico-muerte-y-resurreccion.pdf>
28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2022 [citado 2026 Jul 8]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Declaración de acceso a los datos

Esta publicación ha sido elaborada en base a múltiples conjuntos de datos que se encuentran disponibles de forma abierta en las ubicaciones citadas en la sección de las referencias bibliográficas.

Declaración de autoría

1. **Conceptualización:** Jorge Luis Santana Pérez, Reinaldo Pablo García Pérez, Miguel Armas Crespo, Daritza León Méndez.
2. **Curación de datos:** Reinaldo Pablo García Pérez, Miguel Armas Crespo.
3. **Análisis formal:** Jorge Luis Santana Pérez, Reinaldo Pablo García Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara.
4. **Adquisición de fondos:** -
5. **Investigación:** Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Reinaldo Pablo García Pérez.
6. **Metodología:** Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Reinaldo Pablo García Pérez, Miguel Armas Crespo, Daritza León Méndez.
7. **Administración de proyecto:** Jorge Luis Santana Pérez, Reinaldo Pablo García Pérez.
8. **Recursos materiales:** Daritza León Méndez, Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara.
9. **Software:** -
10. **Supervisión:** Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara.
11. **Validación:** Jorge Luis Santana Pérez, Miguel Armas Crespo, Daritza León Méndez, Pedro Manuel Concepción Cuétara.
12. **Visualización:** Jorge Luis Santana Pérez, Miguel Armas Crespo, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Daritza León Méndez
13. **Redacción-borrador original:** Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Miguel Armas Crespo.
14. **Redacción- revisión y edición:** Jorge Luis Santana Pérez, Pedro Manuel Concepción Cuétara, Daritza León Méndez, Miguel Armas Crespo.