

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

Carrera de Medicina

Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera"

Visión integradora del pase de visita médico asistencial y docente en hospitales universitarios de Ecuador

Integrated vision of the clinical and educational round at Ecuador university hospitals

^IRoberto Eduardo Aguirre Fernández. reaguirre@utmachala.edu.ec

^{II}Miguel Ángel Serra Valdés. maserra@infomed.sld.cu

^{III}Sixto Isaac Chilingua Villacís. si_chv@hotmail.com

^{IV}Brígida Maritza Agudo Gonzabay. dra.agudo@hotmail.com

^VLuis Alonso Arciniega Jacome. drluisarciniegas@gmail.com

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista en Cirugía General. Profesor Titular. Coordinador del grupo de investigación pedagógica de Ciencias Médicas. Universidad Técnica de Machala.

^{II}Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades infecciosas y tropicales. Diplomado en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera".

^{III}Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Gerencia en Salud para el desarrollo local. Profesor Titular de Embriología. Universidad Técnica de Machala.

^{IV}Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Salud Sexual y Reproductiva. Profesor Titular. Universidad Técnica de Machala.

^VEspecialista en Imagenología. Profesor Titular. Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: El pase de visita docente asistencial en las instituciones docentes hospitalarias es complejo y hay que vencer diferentes objetivos en una misma actividad.

Objetivo: Proponer un diseño a partir de concepciones pedagógicas actuales del pase de visita médico asistencial y docente en hospitales universitarios ecuatorianos.

Material y Métodos: Se realizó una revisión de la bibliografía relacionada con los procesos pedagógicos de la educación en el trabajo en la formación médica. Se utilizaron los buscadores PubMed, Cochrane Library y Google académico, para identificar, seleccionar, estructurar y dar una visión sistémica del pase de visita médico docente-asistencial, proponiendo bases estructurales y metodológicas, partiendo de la experiencia cubana y directivas académicas propias de Ecuador.

Desarrollo: El pase de visita docente- asistencial como forma de educación en el trabajo para obtener la excelencia debe de ser más integrador donde no solo se utilice el método clínico, sino el clínico y epidemiológico, y donde estén integrados objetivos gerenciales, se utilicen métodos pedagógicos constructivistas, concepciones del entorno salud-enfermedad del tipo holísticos, a través de estrategias de participación heurísticas.

Conclusiones: La utilización de un modelo de actuación con fundamentos científicos, adecuadamente estructurado y basado en transformaciones pedagógicas cualitativas que se interrelacionen con los procesos asistenciales, gerenciales y donde el paciente sea evaluado integralmente, ofrece un enfoque más sistemático de esta actividad.

Palabras clave: Educación médica, métodos pedagógicos, educación en el trabajo, Ecuador, pase de visita, médico, docente, asistencial.

ABSTRACT

Introduction: The educational and assistance round in the educational-hospital institutions is complex and it is necessary to overcome different goals in the same activity.

Objective: To provide a design from current pedagogical conceptions of educational-medical rounds at Ecuadorian university hospitals.

Material and Methods: It carried out review of the related bibliography with the pedagogic processes of education in the work of medical formation. Were used the searchers PubMed, Cochrane Library and Google scholar to know, select, built, analyze and give a systematic view of the educational and assistance round in Ecuador, proposing structural and methodological bases, starting from the Cuban's experience and the own Ecuadorian academic directives.

Development: Educational-medical rounds as educational method of labor to obtain excellence must be more inclusive not using only the clinical method, but also clinical and epidemiological method shall be included and where integrated management objectives must be joined, using pedagogical constructional methods, holistic health-disease environment through heuristic participation strategies.

Conclusion: The use of a proceeding model on a scientific basis properly structured and based on qualitative educational transformations that interrelate with medical caretaking and management issues where patients are evaluated integrally, provides a systemic approach process to this activity.

Keywords: Medical education, teaching methods, education on the job, Ecuador, medical round, doctor, educational, caretaking.

INTRODUCCIÓN

El proceso docente-educativo en la enseñanza de la carrera de Medicina, lleva implícito una serie de elementos a desarrollar que permitan cumplimentar las tareas de asistencia y docencia, donde debe existir beneficios para el paciente y para el aprendizaje del estudiante, logrando un equilibrio entre estas dos categorías y donde se logre el aprendizaje a través de la actuación laboral, proceso denominado *educación en el trabajo*. Existen modelos de actuación que han sufrido necesariamente cambios a lo largo de los años, debido en parte a la tecnología y a las nuevas concepciones de construir el conocimiento, donde no solo están presentes los procesos heurísticos, de inducción, deducción y de inducción-deducción. Sin intentar soslayar la importancia de estos métodos, el constructivismo del conocimiento ha comenzado a ser empleado para obtener una categoría superior que le permita al estudiante no solo conocer, sino buscar el conocimiento, lo que permite desarrollar elementos inherentes a la investigación científica.¹

No obstante, existen aspectos propios de la metodología científica que de manera clásica deben de ser aplicados para obtener el nivel de conocimiento adecuado.² Así, el problema que representa la enfermedad o enfermedades de cada paciente o su complicación, como primer paso del método científico, para lo cual se debe de abordar con exactitud y profundidad los hallazgos clínicos, necesita una adecuada historia clínica que registra en definitiva la actuación clínica, lo que permite implementar el método clínico,³ y le daría paso a la formulación de una hipótesis sobre el posible diagnóstico, teniendo en cuenta los síntomas y signos positivos que originan el planteamiento de un diagnóstico sindrómico, a través de la realización de un ejercicio de diferenciación entre las posibles enfermedades (diagnóstico diferencial), su posible origen (diagnóstico etiológico) y su localización (diagnóstico topográfico), lo que da origen a un diagnóstico presuntivo, que en definitiva sería la hipótesis o segundo paso del método científico. Recordemos la importancia de la historia clínica, que es un documento donde se registra todo lo de importancia legal, asistencial y muchas veces es utilizada investigaciones futuras. Seguidamente, también a través de un proceso de deducción, los estudiantes conociendo las posibilidades diagnósticas de exámenes de laboratorio, imagenológicos, histopatológicos, endoscópicos e inmunólogos llevarían a efecto un proceso heurístico, holístico y de inducción por parte del profesor, tratando de corroborar la hipótesis planteada, a lo que seguiría el tratamiento específico del paciente.⁴

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es proponer un diseño a partir de concepciones pedagógicas actuales y de la didáctica de impartición del pase de visita médico, asistencia y docente en hospitales universitarios ecuatorianos, el cual podría contribuir a una mejora de la enseñanza de las Ciencias Médicas, algo nuevo que enriquecería la docencia en los nuevos hospitales universitarios creados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la bibliografía relacionada con los procesos pedagógicos en la educación en el trabajo a través de los buscadores PubMed, Cochrane Library, de INFOMED y Google académico, para identificar, seleccionar, estructurar y dar una visión sistémica del pase de visita médico docente-asistencial, proponiendo bases estructurales y metodológicas, partiendo de la experiencia cubana⁵⁻¹³ y directivas académicas propias de Ecuador.¹⁴

Se realizó un análisis de las concepciones metodológicas, pedagógicas, asistenciales y gerenciales que deben estar presente en la consecución de un pase de visita en hospitales universitarios nuevos a criterio de la experiencia de los autores, ofreciendo una categorización por estratos y segmentación, brindando un análisis de los factores que influyen negativamente en su realización, partiendo de las regulaciones académicas ecuatorianas.¹⁴

Se declara que las publicaciones europeas, norteamericanas y de otros países latinoamericanos encontradas no se correspondían con los intereses de la nación ecuatorianas, por lo que no fueron utilizadas en el análisis.

DESARROLLO

Diversos aspectos debido a la existencia de una tecnología más avanzada^{15,16} aplicada a la enseñanza en general y a los pases de visita médico en particular, y las nuevas concepciones en los métodos de enseñanza universitaria¹⁷ comienzan a abordarse en el escenario docente de las Ciencias Médicas a nivel mundial. Así la conveniencia de evitar la memorización de cifras relativas a medicamentos, exámenes o sistemas pronósticos, para centrarse en el propio objeto de estudio (el enfermo) utilizando las tecnologías de la comunicación^{18,19} como las tabletas o teléfonos inteligentes, permiten una mayor exactitud en clasificar a los pacientes, además de lograr la utilización del tiempo en esferas relativas a la comprensión para poder alcanzar niveles de conocimientos mayores relacionados con el enfermo.

La docencia a distancia²⁰ a través de la Telemedicina,²¹ aunque no se ha utilizado de manera amplia en los pase de visita docente-asistencial,²² permitirán que profesores de otras latitudes puedan opinar y aumentar el flujo de información útil hacia el estudiante. No obstante, se considera que estas tecnologías no sustituirán al profesor en los pases de visita.²³ No se duda que con la llamada cuarta revolución tecnológica²⁴ dentro de pocos años en aquellos países que invierten más en educación, este aspecto pueda lograrse y el conocimiento se globalice más fácilmente y con mayor calidad.

Por otra parte, la concatenación de la docencia de pregrado con la de posgrado debe ser simultánea y no desviarse a uno de los extremos en detrimento del otro, por lo que se debe utilizar a los médicos residentes²⁵ en la construcción de los conocimientos de los estudiantes, e incluso que ellos puedan, a través de la adquisición de nuevos conocimientos (aprender a aprender), impulsar la actividad docente bajo la supervisión del profesor¹⁶, la denominada enseñanza en cascada. Se considera que se debe realizar de manera que se utilicen las nuevas tecnologías de la comunicación, pero sin dejar de tener el papel mediador, organizador y razonador de la información por parte del profesor y no donde sea solo el estudiante el que impulse el conocimiento del residente, sin una visión holística. Sin embargo se debe inducir la preparación y construcción de un conocimiento más sólido del médico residente en formación con fines docentes, para lo cual se le deben asignar tareas que debe afrontar profundizando en sus conocimientos utilizando métodos constructivistas.²⁶

El pase de visita se ha transformado desde una visión puramente clínica, a una clínico-epidemiológica, donde intervienen el análisis de factores de prevención y promoción de salud y participación familiar, en un entorno transformador no solo hacia la salud del enfermo sino hacia la adquisición de conocimientos de la enfermedad por parte de los familiares, de una manera transdisciplinaria y multidisciplinaria.²⁷ La introducción de los cuidados de enfermería en la valoración y estimulación de un proceso docente-asistencial más integral, donde "todo el equipo conozca todo" lo relacionado con la enfermedad, el paciente y familiares, sin menoscabo de incumplir los preceptos de la ética médica, permiten una mejor sincronización de la actuación profesional y elevación del nivel asistencial y docente y una relación del equipo de salud-paciente superior.

Categorización por lo que se llamará estratos

De esta manera, se podría categorizar el pase de visita docente-asistencial en tres estratos que estarían enlazados en su consecución y cuyas características tendrían que incluir los siguientes aspectos: (Figura 1).

- A. Estrato docente.
- B. Estrato asistencial.
- C. Estrato gerencial.

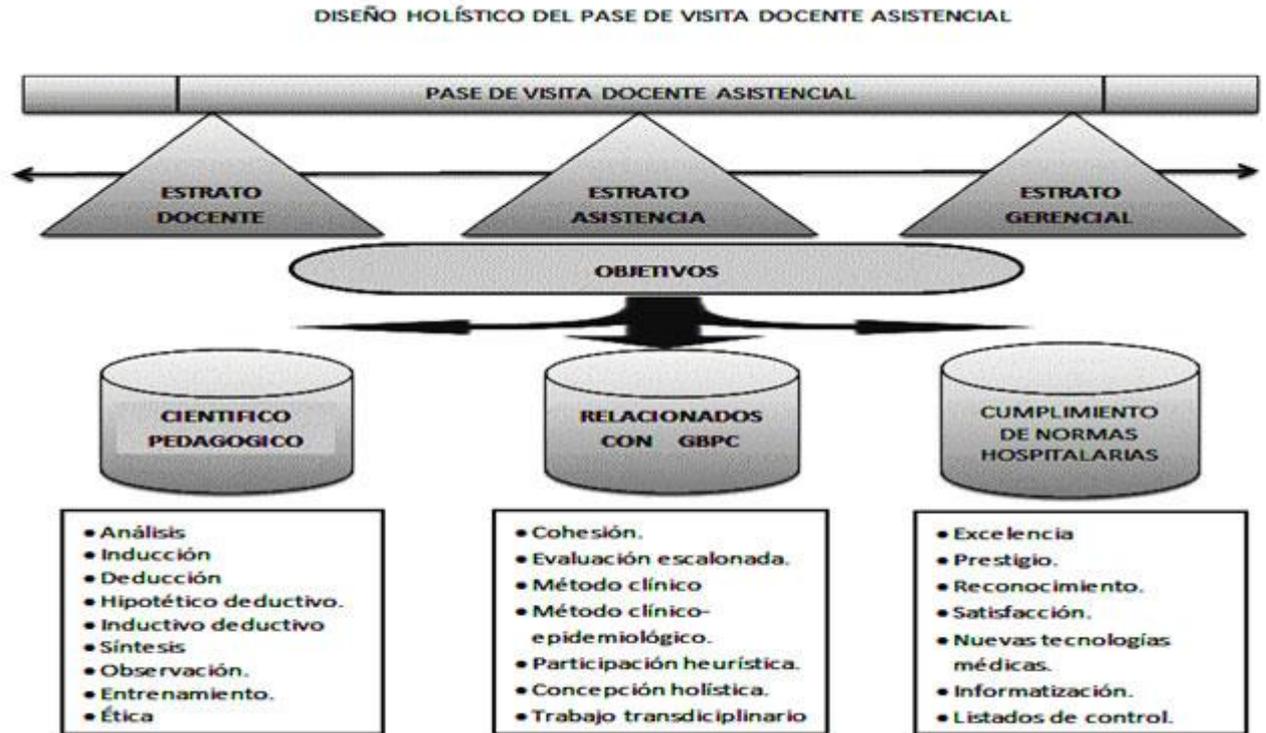


Figura 1: Propuesta de los estratos a considerar en el Pase de Visita de los nuevos hospitales universitarios en Ecuador

El estrato docente debe poseer características propias relativas a cada centro hospitalario en relación con las normas hospitalarias,²⁸⁻³¹ pero debe tener en cuenta los siguientes objetivos científico-pedagógicos:

- Lograr la concatenación de conocimientos previos en la adquisición de nuevos elementos clínicos.³²
- Realizar un proceso de inducción diagnóstica a través de los hallazgos clínicos, o sea, ir de lo particular a lo general (método clínico).³³
- Obtener un proceso deductivo a partir de posibilidades diagnósticas presuntivas derivadas de un diagnóstico sindrómico, es decir, ir de lo general a lo particular.³⁴
- Establecer a través de un proceso hipotético deductivo un razonamiento lógico que permita con raciocinio indicar exámenes complementarios, que traten de justificar o descartar la hipótesis diagnóstica (hipótesis científica).³⁵
- Alcanzar a través de las observaciones médicas y el examen físico del paciente principios fisiopatológicos explicativos (inducción) que originen enunciados sobre las posibilidades no solo diagnósticas, sino pronósticas del paciente (método inductivo-deductivo).³⁶
- Ejecutar un resumen de cada paciente (síntesis) desde el punto de vista de su evolución anterior (análisis histórico)³⁷ y el estado actual del paciente (presentación del caso) una vez alcanzado el posible diagnóstico con el propósito de indicar con exactitud el tratamiento adecuado, creando un modelo de enfoque individual a partir de enfoques generales (seguimiento de guías de buenas prácticas clínicas).
- Fomentar la adquisición de habilidades propias de la clínica a través de elementos prácticos como la observación³⁸ (sensoriales y perceptuales) y ayuda en la realización de procedimientos (principio pedagógico del entrenamiento). Desarrollar las habilidades propias del sistema de competencias del profesional médico.

- Empoderar al equipo médico y estudiantes del cumplimiento de los principios de la ética médica, y ofrecer un trato con calidad, pertenencia y humanismo.

Desde el punto de vista asistencial cumple los siguientes objetivos: ^{6,9,10,11}

- Garantizar un nivel de atención médica que responda a criterios de promoción, prevención, diagnóstico, restauración y rehabilitación en un ambiente que atienda la esfera bio-psico-social del enfermo.
- Obtener siempre que sea posible una respuesta favorable al proceso salud-enfermedad.
- Alcanzar una relación médico-paciente basada en la ética, respeto y correspondencia, que permita una satisfacción plena del paciente y familiares.
- Garantizar resultados de los exámenes complementarios a tiempo evitando indicaciones innecesarias.

*Desde el punto de vista gerencial los objetivos a alcanzar en el pase de visita estarían enmarcados en:*¹⁴

- Obtener un modelo de actuación (coordinación, cooperación, intercambio de información y comportamiento) que pueda ser seguido y verificado, basado en el cumplimiento de las normas hospitalarias.
- Lograr la consecución de la excelencia en la atención médica, disminuyendo la morbilidad y mortalidad hospitalaria.
- Incrementar el prestigio hospitalario a través del reconocimiento científico y social.
- Introducir en la práctica médica docente-asistencial aquellos elementos que refuercen el grado de satisfacción hospitalaria.
- Utilizar las nuevas tecnologías para lograr un desempeño profesional superior, cuyos escenarios serían evaluados al equipo médico de trabajo.
- Utilizar las estrategias de informatización con fines evaluativos.
- Pertinencia.
- Impulsar una actividad con carácter multi-inter y transdisciplinario que permita una evaluación más integral del paciente.

Conformación de un grupo básico de trabajo: Debe estar dirigido por el profesor de mayor jerarquía y a él tributan el resto de profesores y especialistas, así como residentes y estudiantes de Medicina.³¹ Si es necesario la participación de otro profesional, este será invitado y su opinión escuchada.

Organización del pase de visita docente asistencial. (Figura 2).

El pase de visita docente asistencial se puede dividir en:

Etapa I: Preparación (90 minutos).

Etapa II: Realización del proceso (120 minutos).

Etapa III: Conclusiones y orientación de acciones constructivistas del conocimiento (15 minutos).

Etapa IV: Realización de tareas pendientes (tiempo flexible dependiendo del tipo de tarea).

MAPA CONCEPTUAL DE LA SEGMENTACION DEL PASE DE VISITA



Figura 2. Etapas en la metodología del Pase de visita propuestas

ETAPA I. En esta etapa se deben realizar las siguientes acciones: evaluación médica de los aspectos más importantes desde la última valoración (puede ser 24 horas, o más frecuentemente en relación con las características de la enfermedad) por parte de estudiantes y verificado por residentes. Los exámenes físicos aún no realizados se completarán en este momento y se verificará el cumplimiento de enfermería. Se debe garantizar los informes de estudios realizados, así como el número de días por cada medicamento y el estado psicológico del paciente. Si es necesario realizar la evaluación de alguna escala en ese momento se efectuará.

ETAPA II: El proceso lo convoca el profesor principal y debe ser efectuado en un horario ya establecido por el reglamento hospitalario. El método científico con características clínico-pedagógicas (problema del paciente, formulación de la hipótesis y contrastación de la hipótesis) debe ser abordado a cada paciente y debe de ser presentado de forma breve por el estudiante el cual deberá incluir actividad del día anterior, días de estadía, descanso nocturno, cumplimiento de indicaciones médicas, período de aplicación de medicamentos, reacciones adversas, balance hídrico, exámenes complementarios, y el residente abundará en posibles explicaciones de los cambios en el paciente. El especialista o médico de asistencia informará de la propuesta del seguimiento y el tratamiento. El profesor principal a través del análisis clínico realizará un proceso de inducción, deducción y de inducción-deducción con participación heurística para establecer los lineamientos de la conducta, basada en las guías propuestas en el régimen hospitalario y donde participan de manera holística y ética el resto de los integrantes, realizándose a través de un gradiente de menor a mayor jerarquía.

ETAPA III: En este momento debe concluirse en una reunión del grupo donde se realice un resumen de las tareas pendientes por cada paciente, el cual es orientado por el profesor jefe, y se definirán responsabilidades.

ETAPA IV: Constituye el cumplimiento de las orientaciones emanadas de la etapa anterior, cuyo cumplimiento es realizado primeramente por el estudiante, seguido por residentes y fiscalizado por especialistas, cuyos elementos servirán para orientar cambios en la conducta inmediata o para el inicio del próximo pase de visita el día siguiente.

Factores que interfieren en el pase de visita docente asistencial. (Cuadro)

Cuadro. Factores que interfieren el pase de visita integral docente-asistencial

Obstáculos dependientes de pacientes	Obstáculos dependientes de la institución	Obstáculos dependientes del GBT
Pacientes con una complicación que necesite un mayor tiempo para su estabilización.	Interrupciones innecesarias.	Dependencia excesiva de tecnología.
Número de pacientes a evaluar superior a las capacidades de grupo básico del trabajo.	Hacinamiento.	Evaluaciones clínicas insuficientes.
Nivel cultural.	Estructura del GBT inadecuado.	Realización de pases de visita solamente asistencial
Diagnósticos no definidos.	Ambiente inadecuado.	Pase de visita concentrado en un solo paciente utilizando poco tiempo para el resto.
Trastornos mentales.	Imposibilidad de integrar al familiar en la recolección de información (horarios inadecuados).	Comienzo de la actividad tardíamente con poco tiempo disponible.
		División del pase de visita en una parte asistencial y otra docente.

Existen factores que pueden entorpecer el cronograma del pase de visita docente-asistencial:

- Dependiente del paciente.
- Dependiente de la institución.
- Dependiente del grupo básico de trabajo (GBT).

Los aspectos sociales como la cognición (de la enfermedad), la motivación (mostrada por todos los integrantes del GBT en la resolución de los problemas del paciente y familiares), el nivel socio-económico (que no puede ser visto como elemento negativo) y el apoyo social (sobre aspectos materiales y humanos) mejoran los resultados e influyen en la salud o factores de riesgo para la salud.

CONCLUSIONES

Esta propuesta de diseño ofrece una visión actualizada del pase de visita docente y asistencial para los nuevos escenarios docentes creados en Ecuador. El modelo puramente biologicista que existía antes se transforma en un modelo integral donde se incorporan estrategias de promoción y prevención de salud. Se propone una concatenación entre el proceso docente y los procesos asistenciales y gerenciales que

permita una labor formativa de mayor amplitud y donde la preparación y estructuración logren la consecución de una actividad en la que los pacientes, familiares, estudiantes, profesores, y personal administrativos estén satisfechos en relación con los resultados obtenidos en la calidad de la atención médica. Se crea un modelo constructivista del conocimiento donde se minimicen las posibilidades de iatrogenia voluntaria o involuntaria y así desarrollar las competencias necesarias para la formación de un profesional médico integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castejón Costa J. Aprendizaje y rendimiento académico. Alicante: Editorial Club Universitario; 2014, p. 39-63.
2. Waldrop M. Why we are teaching science wrong, and how to make it right. Nature Publishing Group. Nature. 2015; 523 (7560): 272-274.
3. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham ME, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Revista Cubana de Salud Pública [online]. 2012; 38 (3): 422-437. [Accessed 16 February 2016]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S04-34662012000300009&lng=es
4. Ilizástigui F, Rodríguez L. Método clínico. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010, p. 15-28.
5. Blanco Aspiazu MA, Serra Valdés MA, Armenteros Terán S, Alonso Chil O, Del Pozo Jerez H, Menéndez Jiménez J, *et al.* Valoración del diseño por competencias del internado vertical en medicina interna en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Dic; 14(6): 839-854. [Citado 2016 Sep 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600013&lng=es
6. Rodríguez Silva HM. "Pase de visita docente-asistencial." Práctica clínica. La Habana: ECIMED; 2010, 65-70.
7. Castañeda Gueimonde CM, Amigo González R, Amigo Castañeda P, Rodríguez Díaz M, Noda Pulido A. Reunión al egreso o sesión de alta: vínculo entre asistencia y docencia. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Abr; 38(2): 293-300.[Citado 2016 Sep 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200018&lng=es
8. Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R, De Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. MEDISAN [Internet]. 2011 Dic; 15(12): 1810-1818. [Citado 2016 Sep 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200017&lng=es
9. Laucirica Hernández C. El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2012 Jun; 34(3): 389-394. [Citado 2016 Sep 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000300013&lng=es.

10. Serra Valdés MA. El pase de visita docente-asistencial como modalidad de tarea docente en la educación en el trabajo. La Habana: ECIMED;2010.
11. Serra Valdés MA. Ética y Pase de visita hospitalario. La Habana: ECIMED; 2010.
12. Fernández Sacasas JA. El principio rector de la Educación Médica cubana. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2013; 27(2):[aprox. 0 p.]. [Citado 2016 Aug 22]. Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/170>
13. Ceballos Barrera MC, Hernández Echevarría ML, Solís Chávez SL, Borges Sandrino RS, Musibay ER, Zerquera Rodríguez T. Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades quirúrgicas. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Oct 12]; 43(1): 72-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100009&lng=es
14. UTMACH [página principal en internet]. Machala, El Oro, Ecuador: Universidad técnica de Machala. Reglamento. [Actualizado 24 de enero del 2016]. Disponible en: <https://www.utmachala.edu.ec/archivos/siutmach/documentos/reglamentos/REGIMEN%20ACADEMICO%202014.pdf>
15. Sclafani J, Tirrell TF, Franko OI. Mobile Tablet Use among Academic Physicians and Trainees. J Med Syst. 2013; 37 (1).
16. Estévez E, Arreola C, Valdés A. Enfoques de Enseñanza de Profesores Universitarios en México. Archivos Analíticos de Políticas Educativas, 2014; 22 (17).
17. Ruiz Ruiz JM, Sáez López JM. Metodología, Didáctica y Tecnología Educativa en el Desarrollo de las Competencias Cognitivas: Aplicación En: Contextos Universitarios. Profesorado. Revista de Curriculum y Formación de Profesorado [en línea] 2012, 16 Septiembre-Diciembre. [Citado 15 de febrero de 2016]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56725002019>>
18. Rivero López MS, Pérez Recio R, González García N, Díaz Hermoso L. Elementos de una estrategia para el desarrollo de la Educación a Distancia en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Educ Med Super [online]. 2014; 28 (2): 292-300. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000200010&lng=es&nrm=iso
19. Garriga Sarría EP. La educación a distancia: ¿un reto para los profesores de informática en salud en la universidad de Ciencias Médicas de La Habana? RCIM [online]. 2014; 6(2): 151-158. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592014000200004&lng=es&nrm=iso
20. Trujillo Zea A, Zuluaga De Cadena A, Ruiz Ibáñez C. Telemedicina: Introducción, aplicación y principios de desarrollo CES Medicina [en línea] 2007, 21 Enero-Junio. [Citado 15 de febrero de 2016]. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261120984009>>
21. Allen M, Sargeant J, MacDougall E, O'Brien B. Evaluation of videoconferenced grand rounds. SAGE Publications. Journal of Telemedicine and Telecare. 2002; 8(4): 210-216.

22. Lichstein PR. Returning to the Bedside: Notes From a Clinical Educator. North Carolina Institute of Medicine. North Carolina Medical Journal. 2015; 3: 174-179.
23. Maynard AD. Navigating the fourth industrial revolution. Nature Publishing Group. Nature Nanotech. 2015; 10 (12): 1005-1006.
24. Muck Andrew McN, Christopher McH, Patrick B, Vikhy Adams B. Bedside rounds versus board rounds in an emergency department. The Clinical Teacher. 2015; 12(2): 94-98.
25. Apramian T, Cristancho SW, Chris Ott M, Lingard L. Thresholds of Principle and Preference. Academic Medicine. 2015; 90: S70-S76.
26. Martínez Calvo S, Ramis Andalia M. El método clínico, el método epidemiológico y la Epidemiología Clínica. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2012; 38 (4): 615-621. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400012&lng=es&nrm=iso
27. Ministerio de salud Pública de la República de Argentina. Programa nacional de garantía de la atención médica. Buenos Aires: 2016.
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles. IESS. Ecuador. 2011. [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf
29. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. II Manual de Acreditación de Instituciones Hospitalarias. La Habana: MINSAP; 2002. [Consultado: 24 de enero del 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/manual-acredit-hospit.pdf>
30. Rodríguez López AJ, Valdés De La Rosa C, Salellas Bringuez J. La adquisición de habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de la carrera de Medicina. Rev Hum Med [online]. 2013;13(1): 72-87. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000100006&lng=es&nrm=iso
31. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. Medisur [online]. 2012; 10(1): 39-46. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100007&lng=es&nrm=iso
32. Domínguez CD. Clinical introductory course in patient-centered method medical System of Integrated attention for Doctors of the Universidad Veracruzana. International Journal of Integrated Care. 2015; 15(8):190-8.
33. Tavakol M, Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part I. Medical Teacher. 2014; 36 (9): 746-756.
34. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. rev. colomb. cir. [online]. 2012; 27(1): 15-24. [Cited 2013-07-16]. Available from: www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf
35. Valera Cárdenas A, García Sarría N, Lemus Bocalandro O, Rodríguez Díaz S, Fernández Sacasas J, Gómez Castro S. Procederes terapéuticos con los estudiantes de

medicina. Rev. Cubana. Enferm. 1985 (3): 188-93. [Citado 2016-02-15]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=118649&indexSearch=ID>

36. D'empaire G. Health Care Quality and Ethical Principles. Acta bioeth. [online]. 2010; 16(2): 124-132. [Cited 2016-02-16]. Available from: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004&lng=en&nrm=iso> <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200004>

37. Valiente-Sandó P, Correa-Martínez AJ. La gestión de procesos en la evaluación institucional del Hospital Militar de Holguín, como sede universitaria. Ciencias Holguín [en línea] 2012, XVIII (Enero-Marzo) : [Citado: 15 de febrero de 2016]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522730003>

38. Collins A, Halverson R. The second educational revolution: rethinking education in the age of technology. Journal of Computer Assisted Learning. 2010. 26 (1): 18-27.

Recibido: 9 de agosto de 2016.

Aprobado: 23 de octubre de 2016.