

EL LEGADO DEL PROFESOR FIDEL ILIZÁSTIGUI A LA EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI

José A. Fernández Sacasas Maestro en Ciencias, Profesor Titular, Profesor Consultante. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.

“Aquí traigo un ramillete de flores escogidas: nada mío hay en él, sino el lazo que las une”. Montaigne¹

Introducción

Fidel Ilizástigui Dupuy (1924-2005), Profesor de Mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud, puede ser considerado la figura máxima de la educación médica en Cuba en la etapa de la Revolución y acaso de todos los tiempos, según el historiador del Ministerio de Salud Pública.²

Destacado participante protagónico de los procesos de transformaciones académicas, sociales y políticas de la época revolucionaria, dentro y fuera de la universidad, su pensamiento y su obra constituyen un rico acervo cultural de la educación médica cubana, cristalizado en la teoría y la práctica inherente a la formación de la mayoría de los profesionales de la salud de los últimos 50 años.

Su fecunda, extensa y abarcadora obra científico-pedagógica, imposible de reflejar en un artículo o ponencia, de la que se presenta una selección, aborda los principales problemas que plantea contemporáneamente la educación médica y ha servido de fundamento a los planes y programas de estudios, métodos didácticos y educativos, a las estrategias de desarrollo de la salud pública y a la educación en ciencias de la salud cubana.

Las ideas filosóficas y políticas

Hombre con una sólida formación filosófica y compromiso político desde su temprana juventud, con la Revolución y el Partido Comunista, su ideología marxista-leninista constituyó la brújula orientadora que le permitió interpretar su época y el sentido de su vida profesional y social, al servicio del pueblo. Además de quedar reflejadas a lo largo de su extensa obra, lo reconoce explícitamente en intervenciones públicas y discursos.^{1,3 *}

Ilizástigui identifica la *salud-enfermedad* como la categoría conceptual de mayor nivel de generalidad en las ciencias médicas⁴ y aplica la concepción filosófica materialista del problema fundamental de la filosofía a la relación psiquis-soma.⁵

“La ciencia médica no tiene problema más general y totalizador que la categoría salud-enfermedad, por eso la importancia de su enfoque con una concepción filosófica marxista-leninista. La concepción dualista cartesiana entre cuerpo y alma ensombreció y postergó la visión de la unidad del hombre. Destruir esta concepción es el primer problema de la Psicología. La unidad de la psiquis y el soma solo puede comprenderse desde el ángulo del monismo materialista. La enfermedad afecta al organismo como un

todo, de ahí que no existan enfermedades somáticas o físicas, sino enfermedades predominantemente a expresión somática o psíquica. No existe enfermo que no reaccione ante su enfermedad, bien de forma manifiesta, solapada o leve. La enfermedad es unidad de reacción de lo psíquico y lo somático como dos vertientes expresivas”.

La medicina ¿una ciencia biológica o social? Es una cuestión que estudia detenidamente, Ya en 1974 se pronuncia al respecto: ⁵

“La medicina por su esencia y contenido interno es social, el objeto de esta ciencia es el hombre, ente en devenir, de cuya pluralidad se constituye la sociedad, no importa que esta ciencia repose en lo biológico. Aunque las bases de la medicina sean las ciencias naturales, su quehacer práctico se desenvuelve en el ámbito de lo sociocultural.

Concebir la medicina como ciencia que trata al enfermo, es limitante y unilateral. La verdadera medicina no es tanto una ciencia sobre el individuo enfermo como una ciencia sobre el saneamiento de toda la sociedad. La medicina no puede existir solo para curar a las personas, debe enseñar como promover su salud y protegerlas de las enfermedades.

La tarea más noble de la medicina sería su tendencia a hacerse innecesaria en el futuro. 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”.

En otro trabajo, ⁴ expresa el condicionamiento político-ideológico de la educación médica en las distintas etapas históricas.

“El marco conceptual que orienta la formación del médico responde a perpetuar los intereses de la clase dominante: (en el capitalismo) desvinculación de la vida social, estímulo a la práctica privada, poca importancia a la incorporación de medidas preventivas”.

También realiza una esclarecedora interpretación sobre el avasallamiento de los profesionales de la salud por el *complejo médico-industrial* en la medicina contemporánea. ⁴

“La producción de medicamentos y equipos está sometida a las leyes capitalistas que impiden su utilización racional. Impregnada de sensacionalismos, crea necesidades superfluas, genera el bochornoso acuerdo de grupos de médicos con firmas de medicamentos, que explotan la enfermedad del paciente, su ignorancia y su mentalidad de consumidor”.

Y agrega: *“La introducción de una variedad de equipos diversos de alta complejidad en el campo de la medicina puede devenir en la nefasta sustitución de la relación médico-paciente, por la relación médico-aparato-paciente. El aparato no puede hacer la interpretación integral del proceso salud-enfermedad aunque contribuya a su conocimiento más profundo”.*

Acepta el progreso tecnológico y alerta sobre la creciente tendencia a su sobredimensionamiento. ⁶ *“La separación cada vez mayor entre el médico y el paciente es influida por el vertiginoso desarrollo de instrumentos diagnósticos cada vez más*

precisos. El diagnóstico no se realiza a partir del cuadro clínico que presenta el paciente sino a través de los exámenes de laboratorio, que son a su vez fragmentarios ya sea sobre un órgano o una enfermedad”.

Sobre la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación reconoce su beneficiosa contribución a los procesos didácticos de las ciencias de la salud en las condiciones de la universalización y a la vez advierte que no suprimen la influencia del profesor ni la vigencia de los principios pedagógicos rectores de nuestra educación.⁷

“La instrucción por métodos pasivos da paso a métodos con la participación activa de los estudiantes, donde pueden estudiar por ellos mismos en laboratorios de autoestudio con el empleo de TV, cassetes, diapositivas y un programa. La nueva tecnología de la enseñanza (computación, cassetes, TV, filmes, etcétera) puede lograr ampliar y mejorar la enseñanza a un número mayor de estudiantes, siempre deberán estar pautadas por nuestros principios pedagógicos de la universalización de la universidad”.

Más afín con una especie de filosofía "endomédica", sobre el conocido dilema de si existen enfermedades o enfermos, a diferencia de quienes sostienen que <no existen enfermedades sino enfermos, expresa:^{4,6}

“La salud y la enfermedad constituyen parte de un mismo proceso objetivo, que existe 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, aun antes de ser descritas y conceptuadas”.

La didáctica especial de las ciencias médicas.

Envuelto en la elaboración de la mayoría de los proyectos educativos en ciencias médicas en el período de la Revolución, Ilizástigui se pronuncia acerca de cómo desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje en las condiciones particulares del campo de la salud. La crítica a la enseñanza de la medicina en la época capitalista,⁸ que califica de *“eminentemente verbalista, enciclopedista, intelectualista y científicista. El estudiante no se preparaba para actuar eficientemente como médico a su egreso. La educación médica era un lugar donde se oía mucho, se veía poco y no se hacía nada”.*

Ello le lleva a una interpretación gnoseológica que concibe el aprendizaje principalmente como resultado del activismo del educando, a ser expuesto a modelos profesionales idóneos representados por los profesores, actuando en los escenarios reales donde transcurre la atención profesional a las personas y la población.

¿Qué enseñar teoría o práctica?

“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) dio paso a métodos más modernos con la participación activa del estudiante en pequeños grupos (seminarios, discusión de grupo). El aula y el pizarrón fueron en parte sustituidos por los laboratorios de autoestudio donde uno o varios alumnos pueden estudiar por ellos mismos con el

*empleo de TV, casetes, diapositivas y un programa. De la enseñanza centrada en el profesor se pasa a la enseñanza centrada en el estudiante donde aquel participa como guía o conductor".*⁷

Vuelve a resaltar con mayor énfasis la necesidad de la enseñanza "objetal".⁹
"En Cuba, la enseñanza práctica de la medicina al estilo hipocrático apareció tardíamente en la educación médica, de forma universal para todos los estudiantes, después del triunfo revolucionario de 1959. Ninguna habilidad, destreza, conducta apropiada se conseguirá por la lectura de textos, conferencias magistrales, demostraciones clínicas esporádicas y ejercitación espontánea del estudiante.

El estudiante aprenderá a comunicar, comunicándose; a palpar, palpando; a auscultar, auscultando; a aprender independientemente, aprendiendo; a poner buenos tratamientos, realizando planes terapéuticos; a diagnosticar, diagnosticando; a realizar historias clínicas integrales; haciéndolas: así pudiéramos seguir hasta el aburrimiento. Para saber hacer bien una cosa, cualquiera que sea, es necesario hacerla y repetirla, a veces hasta el cansancio para dominar la técnica. Es necesario que sea realizada exquisitamente por el maestro bajo los ojos atentos de los estudiantes y que el estudiante ejecute la técnica bajo la observación atenta del docente, quien identificará errores y mostrará los pasos para su consecución (retroalimentación), mostrando siempre la base teórica indispensable".

En la correlación entre "lo académico, lo investigativo y lo laboral" en la teoría y la práctica de la enseñanza superior, Ilizástigui se pronuncia abiertamente por la centralidad de "lo laboral" y toma distancia de privilegiar o sobrevalorar los otros dos aspectos.⁹

"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".

Critica 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 da en el momento de la práctica transformadora pero son secuencia y no motor".

Los planes de estudio

¿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 critica¹⁰ 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 posgraduada, la atención de enfermos y de la investigación”.

Ilizástigui logra diseñar y poner en práctica un plan de estudio integrado en 1969,¹⁰ 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 1985,¹¹ actualmente vigente en versiones sucesivamente perfeccionadas, reconoce:¹² *“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 educación en el trabajo.

Constituye un relevante aporte a la educación médica de la concepción pedagógica ilizastiguiana. *“Es la conceptualización médica del principio rector del estudio-trabajo”*⁹. *“Correspondió a Fidel Castro fundir las ideas de los clásicos del marxismo y las de José Martí y establecer para nuestro país el principio del estudio y del trabajo, variante fundamental del principio de vincular la teoría con la práctica, la escuela con la vida y la enseñanza con la producción, para todos los niveles de nuestra educación”.*⁸ *“Por educación en el trabajo (ET)”*⁹ *se entiende la formación y educación, en los servicios (áreas clínicas y epidemiológicas) 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 con esa práctica para la comprensión total de la sociedad, su profesión o especialidad médica.*

La ET como principio rector se da en todas las carreras de formación de profesionales de la salud, en el postgrado y la educación permanente. La ET incluye algo más que la adquisición de habilidades y el dominio del saber pensar, la formación del estudiante como ciudadano y profesional, que es algo más que técnico. La ET para hacerse realidad y no permanecer como declaración formal tiene que constituir la columna vertical del currículo y cada una de sus unidades curriculares. Tomar la ET y la práctica médica como lo primero y lo principal se debe a que la práctica 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, están unidas en un solo haz, pero son secuencia y no motor. El trabajo solo no educa con eficiencia si no se alumbra con la actividad cognoscitiva. No se trata de dar supremacía al trabajo en detrimento de los aspectos específicamente pedagógicos y formativos. Ambas actividades son importantes, se complementan y deben estar equilibradas en la formación médica”.

La integración docente-asistencial-investigativa.

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 se 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 incomprendimientos que se confrontaron, Ilizástigui gustaba de 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*.²

“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 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”.*¹³

Avizorando el presente.

Desde hace 3 décadas Ilizástigui anticipaba las transformaciones que el desarrollo de la educación médica en Cuba requería para dar respuesta a las

demandas inherentes a la producción ampliada de profesionales a fin de enfrentar, a nivel nacional e internacional, el encargo de nuestra sociedad.¹⁴

“Es cierto que los planes de enseñanza deben variar y que modificaciones habrá que realizar, pero siempre deberá mantenerse la vinculación de esa realidad indestructible de lo general y lo particular en todos los fenómenos. La práctica total no es superior ni inferior a la práctica especializada. Es un campo de trabajo médico diferente con los mismos derechos y deberes de otras ramas médicas. Un conjunto de especialidades no puede crear al médico general que se necesita. Hay que crear el departamento de medicina general dentro de la escuela de medicina. Crear una nueva especialidad se llamaría el médico de familia o médico personal, de cuidados integrales, de primer contacto. Crear también una residencia de medicina general, un departamento de Medicina General en las escuelas de medicina y en los hospitales, un Grupo Nacional de Medicina General y una sociedad científica de Medicina General. El objetivo es educar a los estudiantes en la práctica general, tal como tendrán que efectuarla después de egresados. Convertir la medicina general no solo en una especialidad clínica, sino aún más, en una especialidad académica. Dar privilegios médicos y rango universitario a los médicos generales. Los médicos generales son profesores. Ninguna posición administrativa ni académica les está vedada. Igual retribución económica que los especialistas.

Los nuevos médicos generales de acuerdo con su categoría y valor, deberán tener todas las posibilidades en su desarrollo: investigativas, profesionales, sociales, administrativas, hospitalarias y académicas, al igual que cualquier otro profesional médico de otra especialidad”.

¿Avizorando el futuro?

*“La ciencia médica futura se propone que el hombre viva en salud, promoviéndola constantemente. Eso significa que en ese largo camino veremos languidecer y morir las especialidades médicas unas tras otras y surgirán nuevas especialidades en tanto que la práctica de la concepción general reinará predominantemente...Un médico sintetizador en lo social, lo psicológico y lo biológico”.*¹⁴

La enseñanza de la clínica.

Poseedor de una sólida formación clínica, desarrollada en uno de los legendarios servicios de clínica del Hospital Universitario "Calixto García" de mediados del pasado siglo (sala "Clínica Bajos"), Ilizástigui prestó gran atención a la enseñanza de la medicina centrada en el paciente. En trabajos sobre "el método clínico",¹⁵⁻¹⁸ realizó extensas consideraciones sobre el asunto.

*“Cada paciente es una situación nueva, 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”.*¹⁵ *“La toma de la historia clínica es quizá la destreza conductual más importante que el médico deba dominar”.*⁵ *“La historia clínica es para el médico lo que la libreta de notas es para el científico”.*⁸ *“La tarea esencial de los médicos es la del diagnóstico y el tratamiento”.*^{17,18} *“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".*¹⁶

*"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".*⁹

La expresión "a la cabecera del enfermo" en un sentido amplio debemos entenderla también como incluyente de los pacientes ambulatorios y potencialmente de los sanos antes de enfermarse. Al estudiar desde el punto de vista epistemológico la relación sujeto (médico) - objeto (paciente), señala la limitación del enfoque clásico que excluye el mundo interior del paciente y al médico mismo (su personalidad y autopercepción), como parte de la realidad que debe ser diagnosticada. Como alternativa propone un enfoque diagnóstico incluyente de ambos polo epistemológicos,^{17,18} dentro de la circularidad hermenéutica, el "diagnóstico hermenéutico".

A manera de conclusión.

*"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".*¹

La obra material e intelectual del profesor Fidel Iliástigui Dupuy, producida en la segunda mitad del pasado siglo, constituye un valioso legado a la educación médica para el siglo XXI.

Ha quedado expresada en la teoría y la práctica inherente 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 evaluación 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 universalizar la educación médica superior en busca de producir los profesionales con las competencias necesarias y el marco ético pertinentes requeridos para satisfacer las necesidades de la salud de nuestro pueblo y otros pueblos del mundo.

Se consigna una bibliografía fundamental que refleja su pensamiento médico-pedagógico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. La Habana; Palacio de las Convenciones; Junio 1991. p. 202-5.
2. Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super. [En línea]. 2004 [Consultado sep 2008]. (10 pantallas); 18 (1).
Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems07104.htm
3. Ilizástigui Dupuy F. Discurso pronunciado en el acto de entrega de los diplomas de la dignidad universitaria. Educ Med Super. 1995; 9 (1-2):50-5.
4. Ilizástigui Dupuy F. Algunas consideraciones sobre la salud y la enfermedad (1976). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 23-100.
5. Ilizástigui Dupuy F. Medicina y Psicología (1974). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 101-18.
6. Ilizástigui Dupuy F. Consideraciones teóricas acerca del diagnóstico médico (1978). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 241-84.
7. Ilizástigui Dupuy F. Factores que convulsionan la educación médica. En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 291-349.
8. Ilizástigui Dupuy F. Fundamentos de la formación teórico-práctica del médico general. Rev Cubana Adm Salud. 1979; 5 (4):303-18.
9. 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: Taller nacional: mayo 1993, [edición mimeografiada].
10. Ilizástigui Dupuy F. De la incoordinación a la integración de los estudios médicos (1971). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 373-409.
11. Ilizástigui F, Douglas R, Calvo I. El programa director de la Medicina General Integral para el médico general básico (propuesta). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1985. (Folleto impreso).
12. Ilizástigui Dupuy F, Douglas R. La formación del Médico General Básico en Cuba. Educ Med Salud. 1993; 27 (2):181-205.
13. Ilizástigui Dupuy F. La formación del médico cubano para el próximo decenio. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1984. (Folleto impreso).
14. Ilizástigui Dupuy F. La práctica médico-total bajo el impacto de las especialidades (1969). En: Salud, Medicina y Educación Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 1985. p. 119-71.
15. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1989. (Folleto impreso).
16. Ilizástigui Dupuy F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Ateneo. 1996;4 (1-2):7-24.

17. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Ateneo. 2000;1 (2):89-99.
18. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Méd Super. 2000; 14 (2):109-27.

** “Al Partido Comunista de Cuba, cuya ciencia filosófica me ha ayudado durante tantos años para darle una significación humana a mi vida de hombre revolucionario, médico y educador, al permitirme comprender científicamente el mundo, el cambio de los regímenes económico-sociales y el fundamento filosófico del hombre en su intrincada complejidad biosocial.*

Sentirme más revolucionario, más marxista leninista en estos tiempos difíciles en que algunos se desorientan y pierden las ilusiones frente al triunfalismo imperialista. Un agradecimiento especial al Jefe de nuestra revolución por su ejemplo de firmeza y convicción revolucionaria, por su lucha perenne por el bienestar de las masas, por su valentía política y personal en defensa de la revolución, por su gran sensibilidad para saber acercarse y entender a los hombres, por su sacrificio y firmeza frente a la adversidad, por haber logrado la primera sociedad socialista en el continente americano, por anteponer la nación a su vida personal, por su afabilidad, bondad y cariño en su trato personal”.