

# DECADENCIA DEL ARTE CLÍNICO Y AUGE DE LA MEDICINA TECNOLÓGICA

## DECLINE OF CLINICAL ART AND TECHNOLOGICAL MEDICINE BOOM

**José Antonio Rodríguez Montes**

Catedrático de Cirugía. Profesor Emérito de la UAM. Académico Correspondiente de la RANF

**corresponding author:** ja.rodriuezmontes@uam.es

### COMENTARIO

#### RESUMEN

En la actualidad existe consenso en que el arte clínico se ha ido deteriorando durante los últimos 50 años. Este problema ha suscitado atención internacional mediante el incremento de publicaciones, cursos, symposia y congresos. El menoscabo de la docencia a la cabecera del paciente y el consecuente declive de las habilidades clínicas tienen diversas causas; en particular, el uso abusivo e inadecuado de las nuevas tecnologías. En consecuencia, se hace difícil si no imposible obtener una recopilación apropiada de los síntomas padecidos por el enfermo. Junto con la anamnesis, la exploración física es preceptiva para el correcto diagnóstico y prescripción del tratamiento oportuno. En este artículo se exponen las causas de la decadencia del arte clínico y cómo recuperar el ancestral patrimonio de la práctica médica.

#### ABSTRACT

*Currently there is a consensus that the clinical art have been greatly deteriorating during the past 50 years. This problem has raised worldwide attention through as increase in publications, courses, symposia and congress. The erosion of bedside teaching and the consequent decline of clinical skills, notably wrongfull and inadequate use of new technologies. At as result, it becomes difficult if not impossible obtain an appropriate collection of the symptons sufferick for the sick. Together with the medical history, the physical examination is mandatory for the correct diagnosis and developing the treatment plan.*

*In this paper, the decline of clinical art is exposed and how this ancient heritage of medical practice can be recovered.*

#### Palabras Clave:

Arte clínico  
Habilidades clínicas  
Medicina tecnológica

#### Keywords:

Clinical art  
Clinical skills  
Technological medicine



## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, el extraordinario progreso alcanzado por la ciencia y tecnología médicas, los métodos diagnósticos y los recursos terapéuticos, han posibilitado atenuar las consecuencias de la enfermedad, mejorando e incrementando la calidad de vida del ser humano. Sin embargo, estos avances han generado no solo cambios en la asistencia del paciente sino que han llevado a la pérdida del liderazgo del médico clínico y al deterioro significativo de la relación médico-paciente, esencia del acto médico y patrimonio de la práctica médica desde Hipócrates. Ya en 1959, Snow (1) en una *Rede Lecture* celebrada en la Universidad de Cambridge (Inglaterra) llamó la atención sobre el cisma entre ciencia y arte en la medicina.

El adecuado equilibrio al aplicar "ciencia" y "arte" es requisito indispensable para el éxito de la práctica médica. No es cuestionable el relevante papel de la ciencia en la génesis de los nuevos conocimientos y recursos tecnológicos, pero es obvio que el solo uso de la ciencia no hace al buen médico. Es el "arte" en la comprensión y gestión de los aspectos humanitarios, más que la ciencia, lo que facilita la proximidad al enfermo, que en situación ideal se hace posible por los atributos humanísticos del médico de integridad, respeto y compasión (2). Sin embargo, en opinión compartida por pacientes, familiares y profesionales sanitarios, en la actualidad, los médicos muestran menor interés por los saberes y habilidades relacionados con la comunicación, la empatía y los aspectos psicosociales requeridos en la asistencia de los enfermos y, por ello, en algunos ámbitos, existe un justificado interés y preocupación por recuperar nuestro ancestral profesionalismo (3,4). El indudable beneficio de la ciencia médica puede transformarse en bumerán si ciencia y tecnología no son aplicadas considerando la condición humana del paciente, al que siempre debe tratarse respetando su dignidad y escala de valores y reconociéndole su libertad para elegir y actuar. La medicina desde sus orígenes ha sido un quehacer humanístico centrado en el paciente, siguiendo la conocida máxima *donde quiera que se quiera el arte de la medicina, hay también amor a la humanidad*.

Platón, en Fedro 237-b, escribió: *Cualquiera que sea el asunto, solo hay un principio posible si se quiere deliberar bien: hay que saber lo que es aquello sobre lo cual se trata o forzosamente se yerra en todo*. Por ello, de acuerdo con su afirmación, al exponer el tema objeto de esta conferencia, es conveniente contestar a las preguntas: qué es la Medicina clínica y qué se entiende por arte clínico.

## 2. ¿QUÉ ES LA MEDICINA CLÍNICA?

La Medicina Clínica es un saber práctico (Arte) con fundamento científico (Ciencia) al servicio del ser humano (Humanismo) (5). Esta definición solo cubre parcialmente el concepto global de la Medicina y su relación con la salud (Epidemiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Patología Humana), pero en esta exposición solo nos referiremos a la Medicina Clínica, aquella que se ejerce en relación directa con el paciente y solo tiene sentido si está a su servicio. Se puede entender la medicina clínica como la interacción de los tres aspectos mencionados: arte, ciencia y humanismo. Durante la práctica clínica, estas tres facetas de nuestra actividad experimentan una interacción constante y positiva que las suma y potencia, las cuales deben mantener un equilibrio adecuado. De hecho, el acto médico más simple y rutinario contiene siempre elementos de las tres.

La medicina es arte y ciencia. Por diversas razones, existe una tendencia cada vez mayor a considerar "técnico" al médico, ignorando lo que la medicina tiene de arte. En el primer aforismo de Hipócrates, *vita breve, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile* (la vida es breve, el arte largo, la ocasión fugaz, la experiencia peligrosa, el juicio difícil), se hace referencia a la medicina como un arte, lo que en aquel entonces era sinónimo de "práctica", de una actividad dirigida a modificar el curso de los acontecimientos humanos por una parte, y por otra a crear conocimiento. En el citado aforismo, Hipócrates expone las dificultades de toda disciplina práctica más allá de la medicina; indirectamente, se refiere al proceso de producción de conocimientos y a las trabas para encontrar una única verdad, lo que continúa vigente.

La ciencia es un cúmulo de conocimientos ciertos de las cosas por sus principios y causas y, a la vez, un cuerpo de doctrina, metódicamente formado y ordenado, que constituye una rama concreta del saber humano, en nuestro caso, de la Medicina. El arte es la virtud o habilidad del hombre para "hacer alguna cosa", la facultad o "el acto" por los que el individuo utilizando la materia, la imagen o el sonido, imita o expresa lo material e inmaterial ya sea a través de la copia o de la fantasía. La Medicina como cuerpo de doctrina de los conocimientos médicos es una ciencia.

Arte y técnica no son sinónimos, si bien tienen un origen común. Técnica (del griego *tékhne*), es el conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia, arte u oficio. Arte (del latín *ars, artis*) es definido como conjunto de preceptos y reglas para hacer bien algo; con un resultado más práctico que teórico, aunque por antonomasia se aplique a toda actividad humana dedicada a la creación de cosas bellas. Hace más de dos mil años, ambos términos aludían a lo mismo: a un proceso creativo basado en determinados "saberes", en su mayoría empíricos, independientemente



de si se buscara un fin estético o un fin utilitario. En el devenir histórico se produce una separación en el significado de las palabras que diferencia "arte" de "técnica". En la actualidad, al arte se le atribuye un sentido estético y a la técnica un sentido utilitario y el carácter de brazo ejecutor de la ciencia.

La medicina es más que una técnica, es básicamente un arte, no porque su actividad se destine a un objetivo estético (no pertenece al área de las bellas artes), sino por su objetivo humano, que es el prójimo con toda su complejidad. La medicina es un puente tendido hacia el hombre enfermo para mejorar su condición. Mejorar la salud humana requiere en primer lugar que se tenga por finalidad dignificar al paciente como persona, cuya particularidad vital es estar enfermo, débil (*in firmus*, no firme). El médico siempre está en superioridad de condiciones ante la debilidad del enfermo; no existe igualdad en la relación médico-paciente, tan pretendida por el anhelo iconoclasta moderno (6). Es la capacidad de "dar" lo que hace de la medicina una noble profesión; de ponerse en el lugar del paciente para poder ayudarlo. El arte, a diferencia de la técnica, es creativo, en el que participa la intuición, lo empírico, además de otros saberes distintos del saber científico, y sobre todo proyección individual. Por ello, la medicina ha sido y es un arte por el que dos médicos no actúan de la misma forma frente al mismo enfermo.

La medicina se fundamenta en la ciencia, que tiene que probar y demostrar, que es exacta e indudable, y no tiene sensaciones. El arte expresa emociones y sentimientos, es extenso y no tiene límites. El científico debe ser preciso e inequívoco, en cambio, el artista se desenvuelve con total libertad y confiere a su obra un estilo. Existe una ciencia médica; sin embargo, la práctica médica, la aplicación del conocimiento científico al enfermo, requiere del arte médico como medio y estímulo para su menester. Hacerla solo dependiente de la ciencia y tecnología es equiparable a cualquier otra teoría o práctica tecnológica. Considerarla solo arte, es priorizar su característica fundamental, su vocación tradicional de ayuda y cuidado. Por ello, cuando el médico recurre a la ciencia y a la tecnología debe aplicarlas en el contexto adecuado, acorde con la base filosófica subyacente del arte clínico. William Osler (1849-1919), el padre de la Medicina moderna, reconoció que *los llamados humanistas no tienen suficiente ciencia y la ciencia carece tristemente de humanismo y añadió este desgraciado divorcio nunca debería producirse*, una sentencia que debería ser atendida por los clínicos y docentes.

Los términos "arte" y "ciencia" de la medicina no son utilizados para señalar una diferencia cuantitativa sino para indicar la posibilidad y necesidad de mirar y ver a los pacientes desde dos puntos de vista totalmente distintos: desde la ciencia, que juzga basada en mediciones, y el "arte" que indica la actitud del clínico frente a la Naturaleza y al paciente, que es muy similar a la del artista ante la Naturaleza y su creación.

En medicina, desde el momento en que se trata de la puesta en práctica del saber que el hombre posee y utiliza sobre sus iguales, el acto médico trasciende la aplicación de conocimiento científico. Surge en ese acto una relación interpersonal en la que se crea el clima terapéutico, elemento esencial para lograr una medicina competente. Es precisamente en la génesis de ese clima, en esa relación, donde se establece el componente artístico del acto médico.

### 3. ¿QUÉ ES EL ARTE CLÍNICO?

En los primeros escritos griegos se designa la medicina como *téchne iatriké*, una técnica especial que se transmitió al mundo romano a través de la palabra *ars* (*ars medica* o *ars clinica*) que siempre se ha traducido como arte. Ya en el siglo V a.C. en un texto atribuido al sofista Protágoras de Abdera (485-411 a.C.) titulado *Sobre el arte*, se hacía apología de la medicina como profesión y ciencia práctica. También se atribuye a Dungalo, monje de la escuela palatina de Aquitania, en la Alta Edad Media, (siglos V-IX y X) haber sido el primero que propuso la incorporación de la Medicina como la octava entre las artes liberales y entre ellas se ha encontrado hasta hoy y se ha admitido así como expresión de que no puede reducirse a leyes y normas generales como ocurriría de ser una ciencia (7). Por ello, en el siglo XX, especialmente se ha mantenido la dialéctica arte-ciencia, particularmente impulsada por quienes le han negado el carácter científico a una ocupación que es, sobre todo, *ars operandi*, es decir, aplicación de conocimiento a la anamnesis, exploración física, diagnóstico y terapéutica, que se engloba dentro de una práctica que se denomina arte clínico.

La Medicina no se incorporó al desarrollo científico moderno iniciado por Galileo (1564-1642) y Descartes (1596-1650) hasta el siglo XIX con la aparición del positivismo, en el que se preconiza una metodología médica sistemática. Friedrich Oesterlen lo intenta en su obra *Medizinische Logik* (Heidelberg, 1852) aplicando los principios de Bacon y John Stuart Mill a la clínica; después aparecen dos obras básicas de Claude Bernard: *Introducción al estudio de la Medicina experimental* (1887) y *Principios de Medicina experimental* (obra descubierta y publicada póstumamente por Leon Delhoume en 1947). Claude Bernard aspiró a sentar las bases de una medicina científica, propugnando una metodología que tenía mucho de la metodología de las ciencias naturales, distinguiendo dos estadios científicos de la Medicina:

1) La Medicina de observación, y 2) La Medicina experimental. La medicina de observación contempla; la medicina experimental actúa. La primera nace con Hipócrates; la segunda, tiene por objeto actuar sobre el organismo, apoyándose en la experimentación.



En las últimas décadas, el viejo arte de curar se ha fundido con la joven ciencia de la medicina. Y se entiende aquí por arte de curar el aliviar, con destreza e inventiva, al enfermo de cuerpo o de espíritu. Como todas las artes, ésta solo puede medirse por la inspiración que suscita. Por el contrario, la ciencia médica abarca todos los valiosos y demostrables resultados de la aplicación de las facultades intelectuales del hombre a los problemas relacionados con la salud. El arte de curar es tan viejo como la historia, mientras que la ciencia médica es relativamente joven, y hasta los últimos tiempos no se ha valido por sí misma.

La práctica clínica -siempre heterogénea- es el proceso de actuación médica relacionada con la atención a la salud del paciente. Sus componentes son la información clínica obtenida, las percepciones, los razonamientos, los juicios, los procedimientos utilizados, las decisiones y las intervenciones que se realicen (8). Se basa en gestos originales y diferentes que requieren capacidad de síntesis, capacidad para descubrir e interpretar signos y síntomas, humildad, tiempo y paciencia, inteligencia para jerarquizar los distintos elementos y sentido común. Por todo esto, para un mismo enfermo, las soluciones que plantean distintos médicos pueden ser diferentes ya que no todos los médicos tienen igual aptitud ni talento para procurar "salud".

El médico es clínico, porque además de colocarse atentamente frente al enfermo, sabe hacer bien un conjunto de gestos artesanales, por los que se establece una relación necesaria: la relación médico-paciente, sin la cual falta lo nuclear de la actividad asistencial. La medicina práctica, o arte clínico, es cosa de saber hacer, bien. Cuando se dice que la medicina es un arte, se está considerando la acepción de que arte es un conjunto de reglas para ejecutar bien algo.

El arte clínico es saber utilizar los conocimientos en favor del enfermo. El arte clínico consiste en hacer bien una serie de acciones indispensables para obtener la curación del paciente cuando ello es posible, el máximo alivio cuando la curación no puede alcanzarse y el máximo consuelo si no podemos aliviar, haciendo realidad el conocido aforismo *Cura a veces, trata con frecuencia, consuela siempre*.

El arte clínico es el estilo de los gestos y procedimientos que el médico realiza para obtener el diagnóstico. Es el modo de realizar la recogida de datos, signos y síntomas mediante técnicas que van desde la anamnesis hasta maniobras instrumentales; es obra de artesanía y, como la artesanía, exige tiempo, esfuerzo, imaginación y oficio.

El arte clínico es expresión de humildad. El adjetivo griego *Klinikós*, deriva de *Klino*, cuya raíz *Kli*, significa inclinarse. *Klinikós*, es, en sentido etimológico aquel que se inclina para observar. Se podría, pues, traducir el *yatrós klinikós* helénico, como el médico que se inclina para examinar al paciente, reclinado a su vez en el lecho o *kliné* (8).

De la etimología, puede deducirse la interpretación que cuando el médico se inclina, ante el enfermo encamado, da testimonio de interés, ciencia y humildad; testimonio que clásicamente han reflejado los pintores, al retratar al médico como profesional atento e inclinado. Recordemos, por ejemplo, los cuadros *Ciencia y Caridad* (Pablo Ruiz Picasso, 1897), *The doctor* (Sir Luke Fildes, 1891), *Visita al hospital* (Luis Jiménez Asúa, 1897) y *Vacunación de niños* (Vicente Borrá y Abella, 1898), entre otros muchos.

El arte clínico ofrece tres características: pervivencia (que le confiere actualidad); eficacia (que le da pragmatismo) y veracidad (que le otorga validez), además de otras que por afectar a la forma o estilo del hecho o documento podrían considerarse como formales (por ejemplo, las ilustraciones de Jan Calcar en *La Fábrica*, de Vesalio, o las del muy conocido *Atlas de Anatomía Netter*). Así, mientras que el saber doctrinal que constituye la ciencia médica es históricamente relativo (Rof Carbayo), a la época en que se publica, cambia con los tiempos, y periclita, cuando el avance de la Medicina descubre nuevos hechos y otras ideas, el arte clínico, salvando las lógicas distancias, se basa en los mismos principios que, en los albores de la Medicina, permitieron una precisión exploratoria fascinante, sin que esto quiera afirmar que en la actualidad siga siendo válido el saber médico hipocrático. Tal era la capacidad de observación y certeza que tras varios siglos después, si el médico de hoy lee al azar cualquiera de las historias clínicas contenidas en el *Tratado de las Epidemias* de Hipócrates, identificaría sin ninguna dificultad, la fiebre del filósofo Hermógenes, discípulo de Sócrates, o la de Charión, el que se alojaba en casa de Demanetus, o la fiebre puerperal de la mujer de Ocete (8).

#### 4. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El acto médico es un ejercicio de humanismo, entendido también como humanitarismo, que se basa en una insustituible relación de confianza mutua entre el médico y su paciente, cuyos aspectos físicos y espirituales deben ser individualmente considerados y atendidos.

La relación médico-paciente es un vínculo interpersonal y complejo, en el que participan elementos psicológicos conscientes e inconscientes que, bien gestionados por el médico y el paciente, hacen posible una relación sólida, indispensable e irrenunciable para la atención médica. Este vínculo está caracterizado por las percepciones que cada participante tiene del otro, en lo que concierne a motivaciones, intereses, capacidad para la comprensión y para relacionarse. La deficiencia del médico para establecer una buena relación con el paciente, explica buena parte de los fracasos en la asistencia médica. Las diferencias culturales, sociales o intelectuales pueden interferir en gran medida en este vínculo (2,4).



La ayuda es la esencia de la diada entre médico y paciente. Su aplicación constituye la realidad de la Medicina. Varios pueden ser los motivos que estimulan en el médico su actitud de ayuda ante el enfermo, pero el sustrato que soporta la voluntad de ayuda del médico se llama filantropía. Ahondando en el corazón del hombre, Hipócrates encontró su sentimiento más elevado: la filantropía, el amor al prójimo como semejante, y dejó constancia en sus *Precepta* que en la filantropía estaba básicamente la esencia de su afectividad por el paciente.

En el marco de una vinculación cognitiva y afectiva se estructura la relación médico-paciente en cuatro estadios principales: la confianza, la confidencia, la condolencia y la concordancia. Lo primero que el paciente establece con el médico es la confianza que el primero pone en el segundo. Entregada esta confianza, se realiza verbalmente la confidencia; es decir, la comunicación que de su dolencia o problema hace el paciente al médico de forma reservada. Mediante el relato confidencial del enfermo, el médico conoce su problema y con mayor o menor intensidad, según los casos, lo siente afectivamente. Surge un aspecto esencial de la relación médico-paciente, la condolencia, la participación del primero en el sufrimiento del segundo, como un sentimiento empático. Siendo condoliente el médico con la patología del paciente se establece la concordancia de objetivos entre ambos, que, en términos generales, se refiere a la restauración de la salud. Completada esta relación, el médico hace entrega al enfermo de sus dos cualidades más valiosas: la benevolencia y la beneficencia; es decir, el deseo del bien para el paciente e intentar hacerlo realidad (9).

Si la confianza es, de los componentes de la relación médico-paciente, el más propio del enfermo, la condolencia es la aportación más importante que hace el médico a esa relación, constituyendo su núcleo moral. El médico, manteniendo su realidad personal, se une vivencialmente con el enfermo y cada uno, a su modo, vive la misma vivencia de enfermedad. No puede, obviamente, el médico compartir la sintomatología del paciente porque ésta es del paciente y solo suya, pero puede conocerla y llegar a sentirla o sentirla primero y después conocerla (9).

## 5. EL DIAGNÓSTICO

El objetivo inmediato del arte clínico es conocer. Para el paciente, conocer es saber la importancia de su patología y las posibilidades de curación. Para el médico, conocer es denominar, pronosticar y curar la enfermedad.

Se entiende por diagnóstico al conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad y también es la calificación que da el médico a la misma, según los signos que advierte. Para ello, el clínico utiliza la propedéutica y la semiología.

La enfermedad exige del médico que la identifique, es decir, su diagnóstico. Antes del diagnóstico no existe la enfermedad, a lo sumo, síntomas y signos; solo cuando el médico ha valorado el conjunto de éstos, la dolencia es concretada con su nombre y a veces con sus apellidos.

El diagnóstico es un proceso mental, que en primer lugar diferencia el estado normal del patológico, y después, una vez confirmada la dolencia, establece la causa, la naturaleza y el lugar de la misma. Además de un elemento de causalidad, el diagnóstico lleva implícito un doble proceso sintético-analítico que, sustentado por los conocimientos y la experiencia, se basa en la recogida de datos, síntomas y signos, mediante técnicas que van desde la anamnesis, hasta procedimientos manuales e instrumentales. Después viene la elaboración lógica, el cribado de los datos obtenidos en la exploración física.

El diagnóstico, tiene además de lógica, una ética, ya que de su confirmación o rechazo depende el futuro vital del paciente. Debe considerarse, un acto más, en la sucesión de hechos que constituyen el arte clínico. Emitir un diagnóstico exige madurez y ponderación, difundirlo requiere responsabilidad y sentido moral. A pesar de los grandes avances del siglo XX, el médico comete los mismos errores en la anamnesis y exploración física de antaño, y otros más provocados por la profusión de la tecnología diagnóstica: tiempo insuficiente para la consulta, anamnesis incompleta, exploración incompleta o defectuosa, errores de juicio (temprano, de omisión) y premura en solicitar análisis y pruebas diagnósticas, falta de atención a los problemas psicológicos del paciente (10).

## 6. OJO CLÍNICO

El médico actual ha perdido otra cualidad que los profanos admiraban: el ojo clínico. Entre las dos cualidades básicas exigibles al clínico (capacidad de descripción y capacidad de observación) saber observar es la más importante. El ojo clínico es una cualidad subjetiva, muy ligada al arte del diagnóstico; es la resultante de tres componentes imprescindibles: sólidos conocimientos, larga experiencia y talento personal. Este último aspecto concierne a la subjetividad y es lo que determina que un médico estudioso lo posea y otro, también estudioso y experimentado, carezca de él.

El ojo clínico es un atributo fisiológico e intelectual. El médico que no sabe ver enfermos es muy difícil que llegue a reconocer las enfermedades. Buen clínico es ante todo, quien frente a un enfermo sabe ver y sabe interpretar.

El término que mejor define el grado de capacidad de un médico para el ejercicio profesional es el de "pericia clínica" (11), que los anglosajones denominan *expertise*. La pericia clínica (mucho mejor que el ojo clínico) permite al médico establecer un buen juicio



clínico, entendido como un proceso de toma de decisiones en ausencia de leyes o reglas explícitas. El poder deductivo asociado a la pericia clínica no se basa solo en la experiencia, sino también en la observación y el estudio, el rigor en la obtención de datos y el sentido común. El grado máximo de la pericia clínica se sitúa en el último de los cinco escalones de la escala de nivel de Dreyfus (novel, principiante avanzado, competente, diestro y experto), caracterizado por la captación intuitiva y profunda de las situaciones, por la no utilización de reglas, normas ni protocolos, por el inicio de procesos analíticos solo ante situaciones nuevas y por una visión rápida de aquello que es posible (11).

## 7. EL MÉTODO CLÍNICO

Método es el camino (*odòs*) para alcanzar una meta. Método clínico será el camino que sigue el clínico para llegar al diagnóstico y tratamiento de un paciente. El método científico, es el método más exacto, y se atiene a las leyes que rigen los fenómenos científicos.

El método clínico es el proceso sistemático que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico definitivo, con un umbral de certeza adecuado. La relevancia del método clínico, como proceso del diagnóstico inherente a la medicina práctica, radica en que el objetivo de la asistencia a la persona enferma es la curación y para lograrlo se requiere descubrir el diagnóstico correcto y prescribir el tratamiento oportuno para la patología que presenta el paciente. El método clínico no solo requiere conocimientos médicos sino también de todos los factores asociados al paciente en su contexto biopsicosocial (12). Al involucrar factores del paciente y su entorno, el método clínico se transforma en un juego probabilístico, evita las aproximaciones gestálticas o heurística (13). Este proceso diagnóstico mantiene las técnicas utilizadas para obtener la confirmación de una hipótesis, mediante la anamnesis, la exploración física y el razonamiento o juicio clínico (14). Al ser un proceso sistemático, metódico, evita que el médico emita afirmaciones basadas en el sentido común o premisas falsas que, aunque en ocasiones pueden coincidir con la enfermedad, no es la norma.

El método clínico puede aportar hasta el 95% del diagnóstico. Es así que mediante la anamnesis se puede llegar al 60-70% del diagnóstico, la exploración física suma un 10-15% y las pruebas complementarias pueden aumentar esta certeza diagnóstica hasta el 95% (13,14). Consta de cinco etapas: la primera, es la identificación del problema; el paciente sufre una alteración que motiva acudir al médico (14), motivación que siempre debe ser valorada. La segunda, consiste en la búsqueda de información que lleve a la resolución del problema; esta información se obtiene mediante la anamnesis y la exploración física. Durante el interrogatorio

se deben evaluar cuáles datos de los analizados son importantes y cuáles deben ser investigados con mayor profundidad. La exploración física proporciona la evidencia confirmatoria a favor de una o más posibilidades diagnósticas, por lo que más que una exploración rutinaria, debe ser una exploración general, pero orientada a confirmar o eliminar las hipótesis diagnósticas sospechadas. No es solo la técnica la que determina el éxito para detectar hallazgos patológicos en la exploración física sino una mente preparada para captarlos. A pesar del valor que tiene la adecuada exploración física, las habilidades que exige y el tiempo requerido para dominar su práctica, recoger la anamnesis es el primero y más importante proceder, a tal extremo que en opinión de los expertos nunca se aprecia mejor la experiencia clínica, la ciencia, la incursión psicológica y la autoridad moral de un médico que cuando se le escucha mientras interroga (15). En la tercera etapa, con toda la información recogida, se debería tener una impresión diagnóstica, diagnóstico de presunción o hipótesis formulada, que debería estar basada en los datos recogidos y tener un soporte teórico. Esta hipótesis diagnóstica es importante porque genera las acciones futuras que llevarán a la resolución del problema. La cuarta etapa consiste en contrastar el diagnóstico de presunción mediante la solicitud de manera enfocada y razonada de diversas pruebas diagnósticas complementarias; pruebas que son importantes porque reducen el área de incertidumbre. La última etapa estriba en la confirmación o negación de las hipótesis planteadas tras la ejecución de las pruebas complementarias, aunque debe resaltarse que no siempre hay que efectuarlos para obtener el diagnóstico definitivo.

## 8. OCASO DEL ARTE CLÍNICO EN LA MEDICINA ACTUAL

Existe consenso en que el arte clínico se ha ido deteriorando durante los últimos treinta años, aunque algunos informes al respecto datan de la década de los años 70. Este problema ha ganado atención internacional mediante el aumento de publicaciones, cursos, symposia y congresos al respecto. La docencia a la cabecera del paciente ha sido la modalidad ideal de aprendizaje clínico. En la que el estilo de hacer la anamnesis y las habilidades en la exploración física pueden ser demostradas junto a la actitud y buen hacer profesional. El deterioro de esta modalidad de docencia y el consecuente declive de las habilidades clínicas tienen diversas causas; en particular, el uso abusivo e inadecuado de las nuevas tecnologías. Como resultado, se hace difícil sino imposible obtener una recogida exacta de los síntomas experimentados por el paciente. Junto con la anamnesis, la exploración física es determinante para el correcto diagnóstico y prescripción del tratamiento oportuno.

Ya en 1962, el traumatólogo Rafael de Vega publicó un ensayo clínico titulado *Grandeza y menosprecio del arte clínico*, en



el que planteaba un serio problema profesional: *Desde hace unos lustros cualquier observador se percata, que los médicos, en proporción creciente, interrogan mal, exploran mal y, en consecuencia, yerran sus diagnósticos y tratamientos* (16). La situación ha seguido deteriorándose, de tal modo que el arte clínico que siempre ha sido consuetudinario del quehacer médico, corre ahora el riesgo de ser sustituido por la técnica y el pragmatismo al adoptar el médico actitudes que le alejan de sus responsabilidades con los pacientes y la sociedad.

En efecto, en las últimas décadas, la educación médica ha asumido una progresiva tecnificación de las destrezas exigidas para el ejercicio profesional. Sin que esto sea, por sí mismo, un demérito o algo negativo, esta evolución evidencia un desplazamiento de las habilidades clínicas basadas en la palabra y en la exploración física (8,13,15-20); no obstante, sería injusto no reconocer o ignorar los extraordinarios progresos que la tecnología dedicada al servicio de la salud ha permitido alcanzar. No se trata, pues, de oponer tecnología a la relación médico-paciente, ya que no es la separación sino la conjunción de las habilidades con la tecnología la llave del progreso médico. Hablar de arte en medicina no es una apostasía de la ciencia.

La ciencia y las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que de ella derivan están modificando de manera radical el modo con el que se ejerce la medicina. Mucho de lo que practicamos en la medicina no tiene base científica e, incluso, lo que la tiene, requiere la aplicación del juicio clínico para decidir cuándo y cómo elegir entre las diferentes opciones disponibles. La experiencia está siendo desacreditada siguiendo la tendencia social dominante que solo valora lo nuevo. *Se olvida que el conocimiento es experiencia, todo lo demás es información* (Einstein).

Aunque el péndulo de la medicina está desplazándose del arte de la medicina hacia su perfil científico, el mejor clínico es tal vez aquel que provisto de sólidos conocimientos médicos atiende al paciente dotado de un equilibrado juicio clínico; es decir, aplica su arte, del que forman parte no solo el juicio clínico sino la condolencia y la compasión (21). Escuchar, hablar, siguen siendo gestos esenciales de la práctica médica. Su propia persona sigue siendo el principal recurso con el que cuenta el médico (22).

Los médicos actuales parecen estar demasiado entrenados en la ciencia pero poco preparados en lo que respecta a las habilidades sociales y para relacionarse con sus pacientes como seres humanos. En este sentido, la conocida aseveración del gran clínico francés Trousseau *"el peor hombre de ciencia es aquel que nunca es un artista"* puede aplicarse al médico moderno que exuda ciencia pero carece del arte de la medicina. Ayudar a los enfermos a sanar es puro y simple arte, aunque el médico es, no obstante, un "artista" peculiar ya que, necesariamente, debe poseer sólidos conocimientos científicos.

La profesión médica hoy día no solo tiene problemas de diversa índole, sino que, además, tiene una "enfermedad" que se inicia en las facultades de Medicina, donde no siempre se le dedica la atención que merece y requiere, y de la que los docentes son los únicos responsables. Durante el período de Residencia es fácil de reconocer, pero no se hacen los esfuerzos para evitarla y en el mejor de los casos las medidas correctoras son inadecuadas, ignoradas o atemporales.

Esta "enfermedad" ha sido denominada por Herbert Leonard Fred (1929-2018), reputado clínico norteamericano, "deficiencia de habilidades clínicas" (23), por la que, por definición, los afectados están mal o poco entrenados para asistir bien a los pacientes. Y los programas de Residentes aprueban un número cada vez mayor de estos "hipohábiles"; médicos denominados así porque no saben hacer una correcta historia clínica, ni una exploración física fiable, ni interpretar la información que recogen; tienen poco poder de razonamiento y escasa capacidad de comunicación con el enfermo; sin embargo, estos médicos son ávidos en pedir todo tipo de análisis y pruebas de imagen, aunque no siempre saben cuándo hay que solicitarlas ni cómo interpretarlas; se remiten a una suerte de "clinimetría" donde es más fácil ponerle número y *score* a los síntomas y signos que cualidades, como si con ello pudieran definir una constante absoluta sobre una patología; también han aprendido a valorar un cúmulo de datos más que al paciente a quien pertenecen, muchas veces sin tener presente que la petición de pruebas complementarias innecesarias conlleva un coste extra para el erario público o para el paciente, expone a éste a complicaciones e iatrogenias, ansiedad y pérdida de tiempo para él y sus familiares. En estas circunstancias, hay enfermos que pueden sentir desinterés, falta de empatía con su médico, sentirse ansiosos, ignorados e incumplir el tratamiento, aunque éste sea el correcto, mientras que el médico puede perder la capacidad de comunicarse, transmitir interés, confianza y esperanza.

Por esta actitud, adquieren, de modo inevitable e involuntario, una perspectiva enfocada al laboratorio y a la imagen más que al enfermo; tanto es así, que la consecución del diagnóstico está actualmente condicionada por la necesidad de objetivar con cifras e imágenes la impresión inicial. Esta preferencia por resolver las dudas mediante la objetivación es una estrategia no solo tranquilizadora como posible medio de defensa (medicina defensiva) sino que está imbuida del concepto de lo "científico"; por ello, es fácil constatar que muchos médicos tienen como prioridad verificar las hipótesis a través de la contundencia tecnológica de la imagen en ausencia de una anamnesis y exploración física pertinentes y correctas. Es obvio recordar que por ser la enfermedad un fenómeno del ser humano debería incluir, más que ignorar, la parte de incertidumbre intrínseca de todo proceso biológico o social que afecte al hombre.



Esta forma de ejercer la medicina ha despersonalizado la relación médico-paciente y, básicamente, ha eliminado el individualismo de la atención médica. A esta perniciosa práctica se le ha sumado un nuevo fenómeno denominado "tenesmo tecnológico": la incontrolable urgencia en demandar las pruebas tecnológicas más avanzadas. Esta conducta no solo es insidiosa y muy adictiva sino arriesgada para todos los médicos en su quehacer, particularmente para aquellos que están mal informados, mal entrenados y buscan "atajos" o caminos más cortos para obtener el diagnóstico (24).

En ocasiones, la clínica nos aporta ejemplos en los que la sustitución del juicio clínico por los exámenes complementarios puede ser una conducta peligrosa; desde el angor inestable al infarto de miocardio, los cuadros clínicos se asocian, en porcentajes importantes, con períodos de "silencio" bioquímico o electrocardiográfico mientras "se expresa" la clínica. Mientras dura esta situación (que en general se modifica en el curso de las horas), existe el riesgo de descartar el proceso ante la ausencia de datos "objetivos", sin valorar que es un momento arriesgado para el enfermo al privarle de observación y eventuales opciones terapéuticas, más resolutivas cuanto más tempranamente se apliquen.

La sustitución del juicio clínico y del abordaje cualitativo de la anamnesis por un criterio basado en la imagen o en los datos de laboratorio son desviaciones inaceptables. La empatía junto con la exploración física bien hecha y la interpretación correcta son el fundamento de la clínica eficaz.

El primer acto válido para adentrarse en la intimidad del paciente es la anamnesis, *el más poderoso, sensible y versátil medio disponible para el médico* (25); si ésta no cumple las exigencias mínimas requeridas, se transforma en una rutina pasajera. La anamnesis ("recuerdo"), interrogatorio o entrevista tiene sus reglas, aunque se aplican de una forma personal que caracteriza a cada clínico. Ver hacer la anamnesis a un médico experto, cómo precisa las circunstancias de la dolencia, delimita la sintomatología, cómo se adapta a la mentalidad y lenguaje de cada paciente y cómo confiere orden y lógica a los datos recogidos es algo que no enseñan los libros, y su ingenio radica en su realización. Por ello, siendo en apariencia el procedimiento clínico más fácil, resulta el más difícil en la práctica; cualquier otro método exploratorio tiene más un componente técnico que personal, desde la percusión del bazo o del hígado hasta la lectura de una radiografía o de una TAC. Hacer la anamnesis exige al médico conocer desde los matices de la enfermedad hasta la psicología y cultura del paciente. El clínico se forja siguiendo una buena escuela que lo eduque para ser un buen observador y un buen razonador, proceso que no se improvisan (26). El clínico no nace, se hace; sin embargo, no se hace de cualquier barro; como para todas las artes se requiere una disposición o vocación que resulta de una mezcla de valores y cualidades muy difíciles de precisar (27).

Si no se escucha con atención al paciente, no existe una comunicación adecuada; el enfermo se siente desatendido, no tiene confianza en el médico y por tanto no se establece una idónea relación médico-paciente, cuyo resultado es que el paciente no colabora lo necesario en la asistencia de su proceso, e incluso que no cumple el tratamiento prescrito o ni siquiera lo inicia (28); recordemos que, según el pensamiento de William Osler, *el médico tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla*. Un ejemplo que demuestra la poca predisposición de algunos médicos para escuchar a los enfermos es el trabajo publicado en 1984 por Beckman y Frankel (17) después de analizar la actitud de los médicos de un hospital de Detroit (EEUU) al hacer la anamnesis a los afectados. Los resultados fueron devastadores. Según la investigación realizada, el médico dejaba de escuchar al paciente en promedio a los 18 segundos de haber comenzado a hablar y en ocasiones, cuando solo habían transcurrido cinco segundos. Solo el 23% de los pacientes pudo completar el relato de su dolencia.

Toda historia clínica mal hecha es un conjunto de datos sin valor práctico. Su estilo es diverso y aunque hay historias clínicas que lo expresan todo con un lenguaje preciso, en la mayoría, al revisarlas, se comprueba que muchas veces el médico no acierta a transcribir el proceso patológico y que no posee la capacidad mínima de redacción para ello, por eso suple la historia clínica con sucedáneos, (8,29). Para redactar una buena historia clínica se necesitan, además de saber mucha patología, dotes intelectuales, cultura, sosiego y tiempo, requisitos no siempre coexistentes entre los médicos. Tan importante es la cultura que el exitoso médico y escritor español José Letamendi (1828-1897) decía que *el médico que solo sabe medicina ni medicina sabe*, y el ya citado William Osler manifestaba a sus alumnos que *el estudiante que no es culto no será ni culto ni médico*.

La carencia de habilidades clínicas (saber hacer) está muy generalizada; se debe a la falta de práctica asociada a la poca exigencia de las mismas por los docentes clínicos. ¿Por qué estas deficiencias se generan, persisten y aumentan? La respuesta, es doble (23): a) los valores y prioridades de la sociedad han cambiado; el sentido de la responsabilidad y el orgullo del trabajo bien hecho han decaído de modo notable, y b) la mayoría de los clínicos docentes se formaron después de los años 70, época en que se iniciaron las nuevas tecnologías. La medicina *high-tech* o medicina tecnológica, es "todo" lo que vieron y aprendieron, y, por ello, la que pueden enseñar, en detrimento de la medicina *high-touch*, de la que muchos carecen.

La medicina *high-touch* es una medicina basada en una historia clínica bien elaborada junto a una pertinente y correcta exploración física y a una interpretación crítica de la información obtenida. Sólo entonces se deciden qué análisis y pruebas se necesitan,



y, si proceden, deben pedirse de las más simples a las más complejas. Por el contrario, la medicina *high tech* suprime, en general, la historia clínica y la exploración física y, muchas veces para complacer al enfermo, consiste en solicitar directamente diversos análisis y pruebas que, casi siempre, incluyen una RM, una TAC, o ambas.

No cabe duda que la avanzada tecnología médica ha aumentado la capacidad de diagnosticar y tratar enfermedades que hace no muchos años era impensable, pero también ha fomentado la pereza, especialmente la mental, entre muchos médicos. La excesiva confianza en la tecnología impide al facultativo utilizar la más sofisticada herramienta que tiene disponible: el cerebro.

Actualmente, hay una crisis en la aplicación correcta del método clínico, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de las habilidades semiológicas y clínicas, sobrevaloración de la tecnología, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una idónea relación médico-paciente (13).

Conseguir que todos los graduados sean médicos y clínicos cabales es condición *sine qua non* para recuperar la medicina *high-touch*, ¿Cómo y dónde? Cualquier medida será difícil porque implicará una renovación de la enseñanza y un cambio de mentalidad de muchos de los clínicos docentes actuales. En general, el médico recién egresado posee muchos conocimientos teóricos y poca experiencia clínica; ello es debido a que la mayoría de las facultades de Medicina transmiten en exceso saberes teóricos y no forman al alumno mediante actividades dinámicas y saberes vivos; se cultiva el memorismo en vez de enseñarles *a pensar, a analizar y a ser críticos*. No se enseña lo suficiente al lado de la cama del enfermo, los estudiantes permanecen poco tiempo junto a los pacientes y cuando están en el hospital son tutorados por los clínicos más jóvenes, con las limitaciones que esto conlleva. Algo tan básico como interrogar, palpar un abdomen o identificar un soplo cardíaco se debe aprender en el hospital junto al paciente, ya que *el verdadero santuario de la ciencia médica está en la cabecera del enfermo*. Se trata de aprender directamente al lado del enfermo aquellos aspectos técnicos y humanos requeridos para realizar la historia clínica (anamnesis) y la exploración física de manera correcta y completa. Es un aprendizaje (enseñanza) predominantemente clínico a la que solo se accede cuando se haya adquirido conocimiento suficiente de las ciencias médicas básicas y de la conducta en el individuo normal (30). No hay parte más artística y humana de la relación médico-paciente que la exploración física correctamente realizada y la información que se puede obtener de la misma; la exploración es el arte de interpretar los síntomas subjetivos de la enfermedad en el paciente: *de escuchar una historia contada sin palabras*.

Para promover la medicina *high-touch*, los docentes tienen que asumir que su objetivo es educar y que, por ello, deben enseñar el valor del arte clínico; qué pruebas solicitar, cuándo y cómo interpretarlas; a elegir primero el estetoscopio, no el fonocardiograma para detectar una cardiopatía; a utilizar las manos, no la TAC, para diagnosticar una hepatomegalia, y a solicitar tecnologías avanzadas para verificar más que para formular sus impresiones clínicas. En síntesis: enseñar a utilizar el cerebro, los sentidos y el corazón para asistir a los enfermos. Han de enseñar también el valor de la eficiencia, haciendo realidad el médico "cinco estrellas" definido por la OMS, en el que destacan las funciones de decisor, que elige qué tecnologías aplicar ética y económicamente, y de gestor, orientando su actuación hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes y de la comunidad. Tan importante es la eficiencia, que en nuestro país las acciones clínicas sin valor consumen el 30% del presupuesto sanitario.

Es recomendable aprender de quienes practican buena medicina en los Centros de Atención Primaria, ya que lo que hacen cada día esos médicos pueden tener poco parecido con lo que los estudiantes oyen en las aulas. Además, buena parte de la experiencia clínica debería adquirirse en el mundo real, supervisada por médicos avezados y con sentido común. Es conveniente y lógico que los alumnos conozcan el primer nivel asistencial, en el que se solucionan el 90% de los problemas de salud de los ciudadanos y en el que ejercerán el 40% de los graduados.

La formación clínica del estudiante ha de basarse, en esencia, en dos supuestos: a) conceptualizar la Medicina como un saber hacer sobre el hombre; lo que implica dar un carácter humano concreto a toda la docencia médica. La Medicina es arte, ciencia, técnica, humanismo y empirismo; tratamiento del ser humano enfermo. El paciente no es un "caso clínico", ni un número en una lista de espera, es una persona con sentimientos y emociones, "no hay enfermedades sino enfermos"; *es más importante saber qué persona tiene la enfermedad que qué enfermedad tiene la persona*, y b) equilibrar las enseñanzas científico-técnicas con el aprendizaje riguroso del arte clínico.

En la metodología educativa de la Medicina, además de un programa teórico (área cognitiva), se incluyen, en las áreas de habilidades y actividades, los procedimientos *biótico* (aprendizaje por la vivencia), *práxico* (aprendizaje por la acción) y *ergodidáctico* (aprendizaje por la autoactividad). A partir del perfil o profesograma adoptado se pueden definir previamente qué cambios en los conocimientos (área cognitiva), en las aptitudes y habilidades (área de psicomotricidad) y en las actitudes (área de la afectividad) deben ser alcanzados. Al final del proceso educativo y de cada una de sus



fases, el pregraduado deberá haber incorporado una serie de conocimientos, capacidades y comportamientos que no poseía previamente. El objetivo general es conseguir médicos generales competentes, teniendo siempre presente que *ser competente significa que se poseen los conocimientos y habilidades que permiten una asistencia a los enfermos basada en los principios actuales de la medicina*.

El postgraduado no solo debe saber, conocer y saber hacer lo relacionado con su profesión, sino que también debe conocer la "ciencia" social y humana, ya que la actuación de un médico es incompleta si desconoce los aspectos psicológicos y sociales del paciente. El avance de la Medicina no consiste solo en el desarrollo técnico estricto, sino en el esfuerzo dirigido a modificar positivamente la totalidad psicofísica del enfermo; por eso, una Medicina que no sea personal, no solo no es un progreso sino que incluso puede transformarse con facilidad en un factor yatrógeno.

En la Medicina actual, merced al "espíritu" de la técnica, priman sobre la calidad de la exploración y su sentido artesanal (que exige tiempo y formación) el sentido de economía y rapidez, que llevan en pacientes determinados a prescindir de la historia clínica y de la exploración directa, de las técnicas elementales y personales, para solicitar un cúmulo de análisis y pruebas complementarias y con ellos establecer el diagnóstico. La educación médica exige una formación clínica del pregraduado, restaurando las bases del arte clínico; si no se hacen bien la anamnesis, la exploración física, los diagnósticos y tratamientos, se renuncia a un pasado clínico de siglos, que es el patrimonio intangible de la profesión médica. Conceder a la palabra y al razonamiento lógico la jerarquía intelectual que le corresponde podría evitar una injustificable subordinación o una irracional dependencia de lo que debería subordinarse a ellos; no hacerlo expone al automatismo del dato y al menosprecio de la insustituible comunión con el paciente que sufre, y del ejercicio creativo de hablar, escuchar, contextualizar y reflexionar.

No existen razones para abandonar el método clínico; todo lo contrario. El médico debe ejercer con ciencia y conciencia, aplicar sus conocimientos para evaluar los problemas de salud del paciente, después solicitar las pruebas complementarias para verificar su hipótesis y al mismo tiempo, conocer la validez de la prueba demandada, su valor predictivo positivo o negativo, y de acuerdo con éstas, tomar decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas (12).

Solo conociendo el valor y la relevancia del método clínico, aplicándolo y enseñándolo a los futuros egresados se evitará que los médicos se conviertan en profesionales mecánicos e irracionales, simples prescriptores de análisis y pruebas desarticuladas e innecesarias y revisores de resultados. El método clínico es una parte

esencial del proceso diagnóstico del enfermo, al ser un proceso sistemático, ordenado y reproducible, que evita que el médico haga afirmaciones al azar o por sentido común; permite investigar no solo la enfermedad del paciente sino del ser humano concreto desde un enfoque biopsicosocial.

Sin ignorar todos los avances tecnológicos y los beneficios que de ellos se derivan al servicio del enfermo, la clínica, la semiología, las habilidades semiotécnicas y el método clínico deben promoverse con la ejemplaridad y continuar enseñando en los centros docentes, haciendo especial énfasis en la importancia que tiene para el correcto desempeño profesional, siendo enriquecido con la mejor evidencia de la medicina.

En las facultades de Medicina se debe formar a los alumnos de acuerdo con lo que será su ejercicio profesional. No se les puede instruir para la práctica de una Medicina muy sofisticada y tecnificada ya que casi la mitad de ellos no la ejercerá de ese modo, hacerlo podría ser causa de frustraciones y fracasos. El objetivo es que el estudiante adquiera conocimiento, habilidades y competencias que le permitan su posterior especialización. Lo importante son los alumnos, no los profesores.

Es evidente la importancia que tiene para el médico poder desarrollar habilidades de tipo humanístico que le permitan fortalecer sus destrezas para realizar un ejercicio integral de su profesión (31-34). Sería deseable la existencia de espacios académicos y extraacadémicos durante la formación médica que promuevan el desarrollo de habilidades humanísticas; buen modelo de ello son los múltiples ejemplos de médicos en el mundo que han logrado compatibilizar adecuada y exitosamente el ejercicio de su profesión con el de diversas actividades artísticas: entre otros, los muy conocidos David Livingstone (1813-1873), Alexander Borodin (1833-1887), William Somerset Maugham (1874-1965), Albert Schweitzer (1875-1965) y Enoch Cancino Casanova (1928-2010).

Es imprescindible implementar el necesario y positivo avance de la ciencia con la práctica de una Medicina más humanista. Mejorando el humanismo médico se debería contrariar la caústica opinión de Voltaire sobre los médicos: *Los médicos son hombres que prescriben medicinas de las que saben poco, curan enfermedades de las que no conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada*. La humanización es mucho más que la dignificación de la asistencia médica; una relación entre cuidadores y cuidados eminentemente humana que no puede ni debe perderse por los avances tecnológicos.

## 9. REFERENCIAS

1. Snow CP. The two cultures and the scientific revolution. Cambridge University Press, 1959.



2. Marsiglia IG. Physician-patient relationship: cornerstone in clinical medicine. *Am Coll Physicians* 2004; 3: 12-18.
3. Jolkowitz AB, Clarfield M. The physician as comforter. *Eur J Int Med* 2005; 16: 95-96.
4. Marsiglia IG. Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas* 2006; 114: 183-189.
5. Vicente Valdivieso D. La Medicina Clínica: Una Visión Personal. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 417-419.
6. Díaz Berenguer A. ¿Por qué la medicina sigue siendo un arte? *Arch Med Int* 2012; 34: 33-35.
7. López Merino V. La medicina como ciencia arte, ciencia y humanismo. Discurso de Recepción. An Reial Acadèmia Comunitat Valenciana, 2011.
8. De Vega Fernández-Crespo R. Ocaso del arte clínico. Discurso Inaugural. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Valladolid. Sever Cuesta, 1980.
9. De Portugal Alvarez J. El médico: saber, poder, sentir. *Anales RADE* 2018 (Nº Extraordinario); 3: 413-434.
10. Hinich H. Algunas causas frecuentes y evitables de errores de diagnóstico. *Rev Fac Med UNAM* 1997; 40: 136-140.
11. Gudiol Munté F. "Ojo clínico" y evidencia científica. *Educación Médica* 2006; 9 (Supl. 1): 21-23.
12. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Medi-Sur* 2010; 8: 52-62.
13. Frómata Guerra A, Sánchez Figueredo SA, Mayo Castro MA, Jara Lalama J, Valarezo Sevilla DV. El método clínico; Perspectivas actuales. *Rev Bionatura* 2017;2: 255-260.
14. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. *Medisur* 2010; 8:12-20.
15. Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perception of internal medicine physicians. *Arch Intern Med* 1987; 147: 1957-1960.
16. De Vega R. Grandeza y menosprecio del arte clínico. *Bol Patología Médica (Madrid)* 1962: 1983-1990.
17. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection data. *Ann Intern Med* 1984; 101:692-698.
18. Nassar ME. The stethoscopeless cardiologist. *J R Soc Med* 1989; 82:573-574.
19. Feddock CF. The lost art of clinical skills. *Am J Medicine* 2007; 120: 374-378.
20. Faustinella F, Jacobs RJ. The decline of clinical skills: a challenge for medical schools. *Int J Med Educ* 2018; 9: 195-197.
21. Tucker NH. President 's Message. Medicine versus science. *Jacksonville Medicine* 1999; 50: 234-240.
22. Jaim Etcheverry G. El debate entre la ciencia y el arte de la medicina (Editorial). *Arch Argent Pediatr* 2011; 109: 290-291.
23. Fred HL. Hyposkillia-Deficiency of clinical skills. *Texas Heart Institute J* 2005; 32: 255-257.
24. Fred HL. The downside of medical progress. The morning of a medical dinosaur. -Texas Heart Inst J 2009; 36: 4-7.
25. Engel GE, Morgan WL. Interviewing and patient care, Philadelphia. Saunders, 1973.
26. Castañeda G. la clínica en el arte de hacer clientela, 1ª edición. México IGH 1997: 19-25.
27. Mezquita Ortiz JF. El arte del diagnóstico. *Rev Int Mex* 2006; 22: 246-252.
28. García Núñez R. El método clínico en la Atención Primaria de Salud. Algunas reflexiones. *MediSur* 2010; 8: 144-155.
29. Soto-Arnáez F, Sebastián-Viana T, Carrasco-Garrido P, Fernández de las Peñas C, Parás-Bravo P, Palacios-Ceña D. A descriptive study of the knowledge of nurses and doctors of clinical abbreviations in hospital discharge reports. *Enfermería Clínica* 2019; 29: 302-307.
30. Ribera Casado JM. La enseñanza médica teórica y en la cabecera del enfermo. *Educ Méd* 2016; 17: 45-50.
31. Oseguera Rodríguez JF. El humanismo en la educación médica. *Rev Educación* 2006; 30: 51-63.
32. Sánchez Martín MM. Humanidades médicas; integrar arte y ciencia en la Medicina. *Rev Esp Cir Osteoarticular* 2014; 49:187-196
33. Romero Leguizamón CR. ¿Medicina; arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes en la educación médica. *Educ Méd* 2018; 19:159-168.
34. Simon HB. Medicine and humanities: joining two cultures. *Am J Med* 2012; 125: 1144-1145.

Si desea citar nuestro artículo:

**Decadencia del arte clínico y auge de la medicina tecnológica**

José Antonio Rodríguez Montes

An Real Acad Farm [Internet].

An. Real Acad. Farm. Vol. 87. Nº 2 (2021) · pp. 123- 133

DOI: <http://>

