



ACADEMIA HISPANOAMERICANA DE DOCTORES

DISCURSO DE INGRESO PRONUNCIADO POR EL
ILMO. DR. D. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ MONTES
EN EL ACTO DE INGRESO COMO ACADÉMICO DE HONOR
EN MADRID, EL DÍA 29 DE ABRIL DE 2025

Permítanme que mis primeras palabras sean para agradecer a la Academia Hispanoamericana de Doctores el conferirme el privilegio de ser nombrado Académico de Honor, en particular a su Presidente y miembros de su Junta Directiva, agradecimiento que hago extensivo a los Excmos. Sres. Don Antonio Bascones Martínez, Presidente de la Real Academia de Doctores de España, y Don Javier Aranceta Bartrina, Presidente de la Real Academia de Medicina del País Vasco, por su generosidad al haber propuesto mi candidatura para este nombramiento.

Respecto al tema objeto del discurso, aunque como cirujano clínico podía haber elegido un tema relacionado con mi especialidad, me ha parecido oportuno llamar la atención sobre el menoscabo del arte clínico en la medicina actual y hacer unas reflexiones sobre sus causas, tema que se expone seguidamente.

Introducción

En las últimas décadas, el extraordinario progreso alcanzado por la ciencia y tecnología médicas han posibilitado atenuar las consecuencias de la enfermedad, mejorando 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.

El adecuado equilibrio entre "ciencia" y "arte" es un requisito indispensable para el éxito de la práctica médica. El relevante papel de la ciencia es incuestionable, 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. 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 sectores, existe justificado interés y preocupación por recuperar nuestro ancestral profesionalismo.

¿Qué es el arte clínico?

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.

Platón (427-347 a.C.) Fedro 237-b

Por ello, de acuerdo con la afirmación de Platón, al iniciar el tema que nos ocupa, es conveniente contestar a la pregunta ¿Qué es el arte clínico? cuya respuesta se expone a continuación:

En los primeros escritos griegos se designa la medicina como *tèchne 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. 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 y Descartes 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 Francis 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 los últimos decenios, 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 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.

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. Es obra de artesanía y, como la artesanía, exige tiempo, esfuerzo, imaginación y oficio.

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 Calcar en La Fábrica, de Vesalio). Así, mientras que el saber doctrinal que constituye la ciencia médica es históricamente relativo (Rof Carballo), 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.

En tiempos en que los medios de ayuda diagnóstica y las opciones terapéuticas eran escasas, el arte clínico se basaba en escuchar atentamente al enfermo y en una semiología directa a través de los ojos, oídos, manos, incluso el olfato del explorador, con el cuerpo del paciente. Sin embargo, desde hace varias décadas, esta semiología directa está siendo sustituida progresivamente por una "semiología armada" --explorar al enfermo a través de recursos tecnológicos-- y la relación médico-paciente tiende a ser despersonalizada y en cierto modo mecánica. La deficiencia del médico para establecer una buena relación con el paciente, explica buena parte de los fracasos en la asistencia médica.



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. 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, 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.

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 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 término que mejor define el grado de capacidad de un médico para el ejercicio profesional es el de "pericia clínica", 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 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. 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, Rafael de Vega publicó un ensayo clínico titulado Grandeza y miserias del arte clínico, en el que planteaba un serio problema profesional: Desde hace unos lustros cualquier observador se percató, que los médicos, en proporción creciente, interrogan mal, exploran mal y, en consecuencia, yerran sus diagnósticos y tratamientos. 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 requeridas para el ejercicio profesional. Sin que esto sea, por sí mismo algo negativo, esta evolución evidencia un desplazamiento de las habilidades clínicas basadas en la palabra y en la exploración física; 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.

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", fácil de reconocer durante el período de Residencia, 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. 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", por la que, por definición, los afectados están mal o poco entrenados para asistir bien a los pacientes. Son "hipohábiles"; 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 falta de empatía con su médico, sentirse 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.

Esta nueva forma de ejercer la medicina ha hecho que las habilidades clínicas para diagnosticar sean unas destrezas casi desaparecidas; 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 y buscan "atajos" o caminos más cortos para obtener el diagnóstico.



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. Por esta actitud de renuncias, el médico actual ha perdido la percepción clínica. 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; 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.

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; recordemos que, según el pensamiento de William Osler, el médico tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla.

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. 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.



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: 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 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.



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 normal³³. 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.

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.

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, y b) equilibrar las enseñanzas científico-técnicas con el aprendizaje riguroso del arte clínico.

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.

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. 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.

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.- 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.

He dicho.

Referencias

Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA: El método clínico y el método científico. *Medisur* 2010; 8:12-20

Castañeda G: La clínica en el arte de hacer clientela, 1ª edición. México IGH 1997: 19-25

Marsiglia IG: Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas* 2006; 114:183-189

Díaz Berenguer A: ¿Por qué la medicina sigue siendo un arte? *Arch Med Int* 2012; 34:33-35

Gutiérrez Fuentes JA: La medicina, una ciencia y un arte humano. *Educ Méd* 2008; 11 (Supl 1):511-515

De Vega R: Grandeza y miseria del arte clínico. *Bol Patología Médica (Madrid)* 1962:1983-1990

De Vega Fernández-Crespo R: Ocaso del arte clínico. Discurso Inaugural. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Valladolid. Sever Cuesta, 1980



De Portugal Alvarez J: El médico: saber, poder, sentir. An R Acad Doct Esp 2018 (Nº Extraordinario); 3:413-434

Faustinella F, Jacobs RJ: The decline of clinical skills: a challenge for medical schools. Int J Med Educ 2018; 9:195-197

Feddock CF: The lost art of clinical skills. Am J Medicine 2007; 120:374-378

Fred HL: Hyposkillia-Deficiency of clinical skills. Texas Heart Institute J 2005; 32:255-257

Fred HL: The downside of medical progress. The morning of a medical dinosaur. Texas Heart Inst J 2009; 36:4-7

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

Gudiol Munté F: "Ojo clínico" y evidencia científica. Educación Médica 2006; 9 (Supl. 1):21-23

López Merino V: La medicina como ciencia arte, ciencia y humanismo. Discurso de Recepción. An Reial Acadèmia Comunitat Valenciana, 2011

Mezquita Ortiz JF: El arte del diagnóstico. Rev Int Mex 2006; 22:246-252

Nassar ME: The stethoscopeless cardiologist. J R Soc Med 1989; 82:573-574

Ribera Casado JM: La enseñanza médica teórica y en la cabecera del enfermo. Educ Méd 2016; 17:45-50

Romero Leguizamón CR: ¿Medicina; arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes en la educación médica. Educ Méd 2018; 19:159-168

Sánchez Martín MM: Humanidades médicas; integrar arte y ciencia en la Medicina. Rev Esp Cir Osteoarticular 2014; 49:187-196