

## **DISCURSO INGRESO COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE ONCOLOGÍA DE PRECISION Y BRECHA ANTROPOLÓGICA**

F. J. Barón Duarte

24 de octubre de 2024

El oncólogo médico está habituado y entrenado en la aplicación del método científico de la medicina, basada en pruebas para verificar y refutar hipótesis que generen un mejor conocimiento, siendo el ensayo clínico una herramienta fundamental en Oncología. En este trabajo utilizo otra acepción del término ensayo: la reflexión, pensar sobre algo. Examinó la Oncología de precisión y la Inteligencia Artificial (IA) como nuevo paradigma de la Oncología. Ambas pueden desembocar en una brecha antropológica en el encuentro médico-paciente.

Para desarrollar esta idea empezaré con una vivencia de mi juventud; en sexto de medicina, cuando un profesor invitado, el profesor Estapé Rodríguez, primer catedrático de Oncología Médica de España, dio una charla en un curso de Doctorado. Nos explicaba los inicios de esta nueva especialidad, hija de la Medicina Interna, y los avances de las últimas moléculas como el Cisplatino, que conseguía curar las neoplasias germinales y mejorar la supervivencia de otras. El profesor nos explicó que las sales de platino tienen propiedades bioquímicas similares a aquellas de los agentes alquilantes bifuncionales, inhiben la síntesis de ADN produciendo enlaces cruzados en su estructura la de ARN y la de proteínas. Pero, además, me impresionó la historia de uno de los primeros pacientes del Hospital Clínico de Barcelona tratados con Cisplatino por el Dr. Estapé. No era un caso de neoplasia germinal, pero el paciente estaba respondiendo a los primeros ciclos. No obstante, tras esta mejoría clínica, paralela a la respuesta radiológica, el paciente empezó a presentar un síndrome general con decaimiento, anorexia y postración. Los psiquiatras y psicólogos consultores diagnosticaron síndrome depresivo reactivo y recomendaron psicofármacos, pero el paciente no mejoraba. Una enfermera del Hospital de día dio la clave en la sesión de revisión de casos. Manuel, que así se llamaba el paciente, pasaba muchas horas con los tratamientos en la sala y cuidaba un jilguero que era la mascota del servicio. La enfermera, con buen ojo clínico, comprobó

que desde que el ave había muerto el paciente había empeorado. El personal del Servicio compró dos jilgueros, uno para la sala y otro para el paciente. Desde entonces el paciente mejoró su estado anímico y físico. Posteriormente comenté con otro profesor del curso la emoción que me causó el relato del profesor Estapé al punto de plantearme la opción de elegir Oncología en el MIR. Él me contestó que la medicina clínica no es solo una ciencia aplicada, sino también una profesión existencial. No entendí muy bien esta explicación, pero poco después me hice oncólogo y con el paso de los años fui comprendiendo esta reflexión, que es seminal en este estudio que voy a exponer.

La Sociedad Europea de Oncología Médica, en su guía para el paciente, plantea la función del oncólogo de esta manera: “Un oncólogo es un médico especialista en cáncer. Un oncólogo es más que simplemente una persona que prescribe quimioterapia u otros tratamientos para intentar controlar o curar un cáncer. Los oncólogos son “médicos de personas” comprometidos con un abordaje integral para ayudar a los pacientes con cáncer a vivir durante el máximo tiempo y de la mejor manera posible. Asesorar sobre quimioterapia, radioterapia o cirugía es, desde luego, una parte importante de la función de los oncólogos. Hacen eso y “mucho más”.<sup>1</sup> La definición de la Sociedad Europea introduce un matiz esencial: el oncólogo médico es un “médico de personas” que “hace mucho más” que investigar y administrar tratamientos antineoplásicos.

En la era de la Oncología de precisión, en la que el detalle molecular de la neoplasia y la gestión masiva de datos de la Inteligencia Artificial (IA) han aportado indudables beneficios en tasas de cronificación y supervivencia, ¿qué más puede hacer el oncólogo médico aparte de investigar y administrar modernos tratamientos antineoplásicos de precisión?

**De Oncología Médica a Oncología Molecular. Del lenguaje humano al lenguaje ómico**  
La dinámica social y de la medicina gestionada, basada en la eficiencia, hacen que la Oncología Médica (título oficial de nuestra especialidad) esté siendo cada vez menos

---

<sup>1</sup> <https://www.esmo.org/content/download/31152/622980/1/ESMO-guia-para-pacientes-con-cancer-avanzado.pdf>

Médica y cada vez más Molecular. No se trata de que sea menos “molecular”, sino de que aprovechemos los conocimientos de la Medicina de Precisión sin abandonar los principios de la buena práctica clínica. Se trata de ser un buen médico clínico del cáncer (un buen internista del paciente oncológico) incorporando el conocimiento y las herramientas de la bioingeniería en vez de ser un experto de mutaciones *driver* a costa de externalizar la atención clínica del paciente con cáncer. Además, esto debería ser compatible con el trabajo en equipo. Afortunadamente, los equipos de Oncología disponen de profesionales aliados (psicólogos, farmacéuticos, rehabilitadores, nutricionistas, enfermería etc.) y trabajan en coordinación con otras especialidades. Alguien podría plantear que si se dispone de un psiconcólogo en el equipo: “para qué el oncólogo va a perder tiempo en dar adecuadamente una mala noticia al paciente”. También se puede plantear que es más confortable hablar de moléculas que de sufrimiento y puede considerarse más eficiente el lenguaje ómico que el lenguaje compasivo y la IA que la Inteligencia emocional.

Pero ¿qué es el lenguaje ómico? Las técnicas de biología molecular permiten aislar, dividir, recombinar, multiplicar y editar el ADN, facilitando el impulso de proyectos genómicos que cuantifican marcadores moleculares y a partir de ellos leen distintos mensajes ómicos. El profesor López-Otín concreta el concepto de lenguaje ómico al explicarnos que “Entre los determinantes de la gramática biológica seguimos considerando el genoma como el primer lenguaje de la vida, pero también debemos incorporar los datos de otros lenguajes extraordinariamente ricos como el varioma, el epigenoma y el metagenoma”<sup>2</sup>.

En clínica también existe otro lenguaje; el de las palabras, que facilita la facultad del ser humano de expresarse y comunicarse. El encuentro clínico, esencia de la práctica médica, es el encuentro entre dos seres humanos: el paciente y el médico, y en él utilizamos las palabras y las palabras “tienen un rostro, porque configuran, en sí mismas, una personalidad”<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> López Otín. La cultura de la vida y la salud del futuro. En Revista de Occidente diciembre 2023: 47

<sup>3</sup> Emilio Lledó. Elogio de la infelicidad. Ed. Cuatro. Madrid.2013:60

Por otra parte, las preguntas clásicas de la anamnesis que aprendimos en Propedéutica: qué le pasa, desde cuándo y a qué lo atribuye, son relatos o narraciones primordiales con una clara estructura relato compartido. El profesor M. Hojat recoge la aportación del antropólogo de Harvard A. Kleinman al afirmar que “es la atenta escucha del médico a la narración de la enfermedad de su paciente (habilidad narrativa), más que el interrogatorio clínico lo que abre una ventana de oportunidad para el enganche empático”<sup>4</sup>. La narración es un mensaje que presenta una historia y explica un evento. La historia clínica presenta un evento clínico. Muchas veces descubrimos que no es lo mismo lo que nos narra un paciente que el “corta-pega” de una historia electrónica o un *check list* de síntomas.

### **Oncología de Precisión**

La Sociedad Americana de Oncología define Oncología de Precisión como “el uso del perfil molecular de los tumores para identificar alteraciones diana de terapias. La interpretación de los resultados genómicos se lleva a cabo mejor con aportes multidisciplinarios para reducir la incertidumbre en las recomendaciones clínicas relacionadas con una variante documentada<sup>5</sup>. Buscando una mayor precisión en el perfil molecular de cada neoplasia se implementan la secuenciación de nueva generación (NGS, por sus siglas en inglés), la secuenciación del genoma completo (Whole Genome Sequencing o WGS) y del exoma completo (Whole Exome Sequencing o WES). Estas técnicas pueden detectar cambios de un nucleótido o pequeñas inserciones o deleciones en uno o varios genes sensibles a fármacos.

Se pueden agrupar las dianas moleculares en:

- 1- Asociaciones entre un gen y fármacos únicos que suelen estar relacionadas con un órgano. Por ejemplo, en el cáncer de mama, para los Receptores de estrógeno

---

<sup>4</sup> M. Hojat. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Ed. N. York 2010.197

<sup>5</sup> Schwartzberg L (2017). *Precision Oncology: Who, How, What, When, and When Not?* ASCO EDUCATIONAL BOOK 160 [asco.org/e-book](http://asco.org/e-book)

y progesterona se dispone del Tamoxifeno, los Inhibidores de aromatasas, Inhibidores de Ciclina. En la misma neoplasia, pero para el Her 2, disponemos del Trastuzumab, Pertuzumab, Lapatinib, TDM-1. En el cáncer de pulmón, el gen EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) se relaciona con Erlotinib, Gefitinib, Afatinib, Osimertinib

- 2- El anticuerpo monoclonal anti PDL1 (Pembrolizumab) es un ejemplo de inmunoterapia como indicación independiente del órgano de origen ("tumor-agnósticas").

Estas aproximaciones mejoran los resultados de supervivencia y control de la enfermedad neoplásica y el estudio de *mutaciones driver* y patrones moleculares es ya una práctica habitual. Por eso, en ocasiones hablamos de poblaciones enriquecidas (en mutaciones) y a la vez evidenciamos más el síndrome del "paciente molecularmente no estratificado"<sup>6</sup>. Cuando el paciente con neoplasia avanzada se realiza un test genético sin hallazgos significativos, la ausencia de un perfil molecular favorable se ve con enorme frustración, mientras que en una persona con riesgo de cáncer la ausencia de mutaciones es celebrada con alegría. Y es que al lado de la Oncología de precisión puede aparecer el sufrimiento.

### IA y Oncología de Precisión

Recordemos que un algoritmo "es un proceso con una entrada de datos manejados con una sucesión de instrucciones concretas, no ambiguas, ordenadas y finitas para generar una salida específica o resultado". Los algoritmos de aprendizaje autónomo tienen unas capas de código que producen mayor complejidad y crean programas autónomos capaces de "aprender" en tiempo real<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Hordern, J., Maughan, T., Feiler, T., Morrell, L., Home, R., Sullivan, R. (2017). The 'molecularly unstratified' patient: a focus for moral, psycho-social and societal research. *Biomed Hub.*, Nov, 2 (Suppl 1).

<sup>7</sup> Belda I Inteligencia Artificial. De los circuitos a las máquinas de pensantes. RBA libros. Barcelona, 2019. 13

El algoritmo es la base de la IA. Los datos prioritarios de la Oncología de Precisión son los generados por perfiles genéticos, combinados con otros grupos de datos, son el “input” que procesa el algoritmo para dar como resultado unas recomendaciones y patrones predictivos. Evidentemente, la capacidad de procesamiento de datos de la IA es muy superior a la de la inteligencia humana. El algoritmo, como aplicación digital de la IA, define la perspectiva cuantitativa del conocimiento, pero no olvidemos el aspecto cualitativo de la medicina.

Un ejemplo de aplicación de la IA y la Oncología de Precisión es el test *MammaPrint*, prueba que se usa para ayudar a pronosticar si el cáncer de mama se diseminará o recurrirá. Mediante esta prueba se analiza la actividad de 70 genes en el tejido de neoplasias de mama invasivas en estadio temprano (estadio I, II o IIIA) sin extensión a los ganglios linfáticos o que se diseminó a 3 o menos ganglios linfáticos. Si el resultado de la prueba indica que hay un riesgo alto de que el cáncer se disemine o recurra, se seleccionan mejor las indicaciones de terapia adyuvante. Los datos de test genéticos en grandes poblaciones de pacientes con carcinoma de mama seguidos durante muchos años dan estos patrones de predicción.

La inteligencia natural (IN) del ser humano es la capacidad mental de razonar, planear, resolver problemas, pensar de manera abstracta y compleja. En cambio, la gestión masiva de datos biomédicos y moleculares suele hacer referencia a la IA aplicada a la Medicina.

El filósofo Maurizio Ferraris cree que “el propósito de la IA es el inverso de la IN, del de la razón. Mientras que esta última intenta que aparezca significado a través de la automatización, la IA utiliza la automatización para producir correlaciones útiles para la creación de perfiles, independientemente de su significado<sup>8</sup>. En medicina clínica la cuestión de significado es trascendental, pues las decisiones compartidas entre el médico y paciente se fundamentan en buena parte en la exploración del significado.

---

<sup>8</sup> Maurizio Ferraris. Documanidad. Filosofía del nuevo mundo. Alianza editorial Madrid 2023: 932 Ebook

El historiador Y. Harari cree que la gestión masiva de los datos invierte la pirámide tradicional del conocimiento y habla de la “religión de los datos” (*dataísmo*). “El proceso clásico era que el humano destilaba datos para obtener información, destilaba la información para obtener conocimiento y este se destilaba en sabiduría. Sin embargo, los *dataistas* creen que los humanos ya no pueden hacer frente a los inmensos flujos de datos actuales ni, por consiguiente, destilar los datos en información y mucho menos en conocimiento o sabiduría. Por ello el trabajo de procesar los datos se encomienda a Algoritmos electrónicos (IA) con capacidad de procesamiento superior a la del cerebro humano. El Dataísmo se atrincheró en sus dos disciplinas madre: la informática y la biología”<sup>9</sup>.

Se pueden intuir los problemas éticos que esta estrategia puede generar, como por ejemplo la visión reduccionista que Harari y otros autores tienen del ser humano. Jordi Pigem nos advierte de los peligros de esta visión: “Los organismos son algoritmos. Todo animal – incluido el homo sapiens– es un conjunto de algoritmos orgánicos”<sup>10</sup>.

Según Harari<sup>11</sup>, la revolución científica propuso una fórmula diferente del conocimiento:  $\text{CONOCIMIENTO} = \text{DATOS EMPÍRICOS} \times \text{MATEMÁTICAS}$ . Y en esta fórmula podríamos resumir de modo muy esquemático la Oncología de Precisión asistida por la IA, que finalmente nos dan patrones predictivos basados en el acúmulo masivo de datos (fundamentalmente moleculares).

Harari explica que la fórmula científica generó indudables conocimientos y avances en astronomía, física, medicina y otras disciplinas. “Pero tenía un inconveniente enorme: no podía abordar las cuestiones de valor y sentido”. Es decir, que estas cuestiones se escapan al método científico. Y esto enlaza con el concepto de brecha antropológica que se desarrolla más adelante.

---

<sup>9</sup> Y.N. Harari. Homo Deus. Debate. Barcelona 2016: 401

<sup>10</sup> J. Pigem. Técnica y totalitarismo. Fragmenta editorial. Barcelona 2023: 18

<sup>11</sup> Y.N. Harari. Homo Deus. Debate. Barcelona 2016: 264, 265

Antes de la irrupción del *Dataismo*, el humanismo había ofrecido una alternativa al método científico para el abordaje de los problemas éticos y apareció una nueva fórmula del saber ético: CONOCIMIENTO = EXPERIENCIA X SENSIBILIDAD, considerando que ambas se retroalimentan e incorporan los fenómenos subjetivos (sensaciones, emociones y pensamientos), que junto con los intersubjetivos influyen en la toma de decisiones en la práctica clínica más allá de los algoritmos de la IA y de los datos de la Biología Molecular. Nos lo recuerda el Dr. Luis Ferrer i Balsebre: “la inteligencia artificial carece de emociones. La inteligencia emocional no tiene nada que ver con la racional y mucho menos con la artificial. Va por otros circuitos cerebrales y juega con otros algoritmos. Las emociones no son datos ni se pueden plasmar en códigos binarios”<sup>12</sup>.

Y ¿cuáles son esos “otros algoritmos”? El profesor Polo, catedrático de Historia de la Filosofía, explica la insuficiencia del método analítico apoyándose en el concepto algoritmo no reducible<sup>13</sup>. Nos recuerda que el método analítico resume o reduce. Polo afirma que “un modo de designar los sistemas que están estrechamente interrelacionados por ser un conjunto de variables, no susceptibles de ser consideradas en parte es el algoritmo no resumible o no reducible”. Nos pone un ejemplo matemático de algoritmo reducido,  $5+2=7$  y a continuación nos recuerda que el número *pi* no se puede reducir, es un algoritmo no reducible. En Medicina, donde atendemos a personas, “todas las variables juegan sin perder su independencia, entonces no es posible reducir”. Aquí aparecen los conceptos de valor y sentido y su ausencia puede contribuir a la brecha antropológica.

### **El espacio intersubjetivo**

Los espacios de realidad que se nos presentan en la actividad clínica son tres<sup>14</sup>: *el espacio objetivo*, basado en datos medibles y cuantificables, que normalmente recogen la dimensión biológica de la persona y permiten desarrollar la Medicina basada en datos.

---

<sup>12</sup> [https://www.lavozdeg Galicia.es/amp/noticia/opinion/2024/03/02/tele-emocion/00031709413006882103986.htm?utm\\_campaign=amp](https://www.lavozdeg Galicia.es/amp/noticia/opinion/2024/03/02/tele-emocion/00031709413006882103986.htm?utm_campaign=amp)

<sup>13</sup> Leonardo Polo. Quién es el hombre. Un espíritu en el tiempo. Ed. Rialp Madrid 2021:49-51

<sup>14</sup> Barón, F.J. *La quinta era de la Medicina*. Eidon 56, diciembre 2021, 79-98



Además, tenemos *el espacio subjetivo* (o súper-objetivo según algunos autores). Este plano ostenta un modo espaciotemporal superior al objetivo y no es medible ni cuantificable. Expresa una dimensión dialógico-relacional fundamentada en la biografía. Pero no solo influye la biografía del paciente. También el médico tiene su biografía, que es interpelada por la del paciente en un encuentro, el encuentro clínico, que sustenta el tercer plano de realidad, *el intersubjetivo*. Además, la confianza, base de la relación clínica, se sustenta en el espacio intersubjetivo y en la aproximación y evolución compartida de la enfermedad.

El espacio intersubjetivo construye un tercer espacio homeostático en la relación clínica. Y esta homeostasis la consigue a partir de datos duros, los datos objetivos o variables cuantitativas, y datos blandos, los valores y emociones del paciente y sanitario, ambos agentes morales que comparten en una auténtica relación clínica una biografía, y los valores que esta aporta en un tercer espacio. Del reconocimiento y atención a los datos duros y blandos surgen las llamadas competencias duras y competencias blandas. *Soft Skills* o competencias blandas son las habilidades éticas, comunicativas, culturales y de otra índole que se suelen considerar de interés secundario frente a las habilidades duras, *hard skills*, que son las capacidades o habilidades técnicas. La oncología de precisión ha de ser también buena oncología clínica trabajando en el espacio intersubjetivo con datos y técnicas duras junto a datos y técnicas blandas.

### **Cosmotécnica**

Al hablar de Oncología de Precisión e IA estamos hablando de la técnica y tecnología. Ferrater Mora<sup>15</sup> nos recuerda que el concepto de técnica procede del “techné” griego utilizado para designar una habilidad para hacer alguna cosa. Esta habilidad supone la transformación de algo natural en algo artificial.

El ingeniero informático y filósofo Yuk Hui confronta la visión clásica griega de Técnica como creación y producción (*poiesis*) frente a la visión moderna definida por Martin Heidegger que considera la técnica moderna como estructura de

---

<sup>15</sup> Ferrater Mora. Diccionario de Filosofía. Ed. Sudamericana. Buenos Aires. 1992: 3199

emplazamiento o stock de existencias (Gestell)<sup>16</sup>. La generación de datos moleculares y su gestión masiva junto con otros datos biomédicos encajarían bien en esta segunda visión.

La ciencia moderna precisa de la tecnología para su desarrollo y busca la aplicación inmediata, de ahí que se hable de Tecnociencia. La Tecnociencia se erige en un universal antropológico de nuestra sociedad.

Marcel Cano nos recuerda que “como seres mortales, vulnerables y sometidos a jerarquías sociales tenemos la necesidad de que la conciencia de sufrimiento, el dolor y la vulnerabilidad se enmarquen dentro, en un universo coherente que de razón de ellas. Para realizarlo nuestra principal baza es el contar con cosmovisiones; es decir, una *caja de herramientas simbólicas* que nos permita definir nuestra compleja relación con los demás y con nosotros mismos”<sup>17</sup>.

Aprovechando los mitos de la tradición occidental se puede enfocar el conocimiento, la ciencia y tecnología con un modelo prometeico (el progreso científico para superar la naturaleza tiene límites) frente al modelo fáustico (que utiliza el conocimiento y la tecnociencia sin límites para superar la condición humana dejando en segundo plano la búsqueda de la verdad ante el interés de la utilidad)<sup>18</sup>. Las técnicas de Biología Molecular en la oncología de precisión y la IA se adhieren al modelo fáustico. En la tecnociencia de inspiración fáustica, la naturaleza ya no se descompone y recrea según el régimen mecánico-geométrico, sino de acuerdo con el modelo informático-molecular<sup>19</sup>. Cada conjunto de 6 pares de bases nitrogenadas corresponde a un bit y la biotecnología permite conmutar genes entre las posiciones on-off o 0-1<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Hui, Yuk. *Fragmentar el futuro: ensayos sobre tecnodiversidad*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Caja Negra, 2020: 10

<sup>17</sup> *Ibid.* 106

<sup>18</sup> Paula Sibila. *El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires Fondo de cultura económica. 2009 eBook 30-35

<sup>19</sup> *Ibid.* 60

<sup>20</sup> *Ibid.* 62

El modelo fáustico de nuestra sociedad tiene reflejo en la concepción de la medicina por la propia sociedad y de los propios médicos, que no somos sino hijos de esta sociedad. Estamos hablando de un modelo antropológico de sociedad y de su relación con un modelo de profesión médica y de Oncología; la Oncología de Precisión apoyada en las técnicas ómicas y la IA. Y ello, porque la medicina es una profesión práctica (no se entiende sin la aplicación del conocimiento) y social (no se entiende fuera de la sociedad de ciudadanos en la que desarrolla su acción) y esto explica algunos detalles que la evolución de la sociedad ha generado en la evolución de nuestra profesión.

Pero debemos ser conscientes, como ya se ha mencionado, de que junto a la Oncología de Precisión y la IA sigue existiendo el sufrimiento y una parte de este se debe a que los avances tecnológicos descritos se han acompañado de una brecha antropológica entre el oncólogo y el paciente.

### **Sufrimiento**

El Dr. Ronald Epstein nos recuerda que “La palabra sufrimiento está sorprendentemente ausente en las conversaciones entre médicos y pacientes. Los médicos normalmente hablan de dolor, incapacidad, estrés, hacer frente al problema y calidad de vida. En el mundo de la investigación en que habito, mis colegas científicos hablan de calidad de vida relacionada con la salud y pocos lo hacen de años de vida con ajuste de la calidad. Pero ninguno de esos términos se aproxima al significado de sufrimiento, que implica una aflicción más personal y penetrante, que afecta a la identidad de alguien: la capacidad de ser uno mismo y estar en el mundo. El sufrimiento es más que un síntoma en una lista de comprobación que «mida el dolor de uno a diez»<sup>21</sup>. Más adelante, el mismo autor reflexiona sobre algo que sucede con frecuencia en la era de la Oncología de precisión: “existen varias verdades incómodas sobre el sufrimiento. La primera es que, incluso cuando las enfermedades se consideran curadas, el sufrimiento puede persistir”<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Estar presente. Ronald Epstein. Ed kairós. Barcelona: 2018: 173

<sup>22</sup> Ibid 176

### **Oncología de Precisión y brecha antropológica.**

Conviene diferenciar tres elementos en un modelo antropológico de enfermedad:

1-Patología (*Disease*) o anomalías en la estructura y/o función orgánica.

2-Padecimiento o dolencia (*illness*) o conjunto de percepciones, experiencias y respuestas emocionales y afectivas de las personas ante estados considerados como negativos.

3-Enfermedad (*sickness*) o construcción social; nociones, categorías, prescripciones y prácticas disponibles para responder al daño y padecimiento. La cosmotécnica se enmarcaría en esta construcción social.

El desequilibrio entre estos tres planos puede generar una brecha antropológica y el fracaso existencial de la Medicina. Este concepto ya fue adelantado hace décadas por el médico gallego Rof Carballo. Carballo manifiesta la antítesis entre las exigencias del saber científico y la experiencia particular, con las características personales de cada enfermo. En el anexo de su obra "Urdimbre Afectiva y Enfermedad", Rof Carballo manifiesta que "la "Medicina Dialógica es en su radical esencia diálogo... que también ha de establecerse con la Medicina científico-natural"<sup>23</sup>. Diálogo riguroso con cada enfermo como sujeto y persona particular sobre los avatares de su existencia y a la vez diálogo del médico con los conocimientos que la ciencia le va ofreciendo. Rof Carballo, para salvar el vacío que percibe en el encuentro cínico entre la realidad personal percibida y el conocimiento científico (brecha antropológica), no trata de armonizar medicina científico-técnica y medicina antropológica, sino que propone "moverse con amplitud entre ambos parámetros para poder así apuntar a la realidad auténtica que entre ambos se vuelve patente en la experiencia cotidiana de la clínica"<sup>24</sup>.

Al hablar de los avatares de la existencia del paciente, las ideas de Rof Carballo enlazan con las de Hans George Gardener que décadas después plantearía lo siguiente:

---

<sup>23</sup> Rof Carballo. Urdimbre Afectiva y Enfermedad. Barcelona Ed Mason 1960, p. 496.

<sup>24</sup> Ibd 497

“La ciencia y su aplicación técnica han desembocado en un dominio del saber en gran escala y en situaciones límites, que terminan por volverse contra la naturaleza en forma perjudicial. El mundo presenta el saber y el poder como un objeto dominante y como un campo de resistencia que es necesario quebrar y someter por medio del conocimiento. Pero además, el mundo también ofrece ese otro aspecto designado en la filosofía de este siglo mediante un término introducido por Husserl: *die Lebenswelt* (el mundo de la vida) ... Ese camino implica, para el médico, la obligación de unir su habilidad altamente especializada con su participación en el *Lebenswelt* (el mundo de la vida)”<sup>25</sup>.

Karl Jaspers afirmaba que “en la relación médico-paciente hay como último horizonte la *comunicación existencial*, que trasciende más allá de toda terapia; es decir, más allá de todo lo que se puede planificar y poner en escena en cuanto a método”<sup>26</sup>. Y añadía que “el medico no solo es técnico, ni tampoco sólo autoridad, sino existencia, ser humano percedero como el otro”<sup>27</sup>

En relación con estos conceptos, Pellegrino y Thomasma definen las tres dimensiones del acto médico<sup>28</sup>:

1. El hecho de la enfermedad cual experiencia vital que se proyecta al médico como experiencia interna de nuestra profesión, personal e intransferible, de cada médico y de cada relación médico-paciente que surge de la vivencia del dolor ajeno y se proyecta en directo a la mente y corazón del médico. Esta proyección de vulnerabilidad nos transforma en agentes morales.
2. Acto de profesión. Al enfrentar la enfermedad para reducir la vulnerabilidad del paciente, el médico hace patente su capacidad técnica y moral para curar o aliviar al enfermo; es lo que significa ingresar en la profesión.

---

<sup>25</sup> Hans. G. Gadamer. El estado oculto de la salud. Gedisa. Barcelona 1996: 117

<sup>26</sup> Karl Jaspers. La práctica médica en la Era Tecnológica. Gedisa. Barcelona 2003:129

<sup>27</sup> Idd. 130

<sup>28</sup> Las virtudes en la práctica médica. Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma. Madrid. Ed. Francisco Vitoria. 2019 33: Ebook

3. Acto de sanación correcto (tekné) y bueno (moral). Corrección técnica y bondad moral dan la excelencia y la virtud al buen médico, el médico virtuoso que posee los bienes internos de nuestra profesión.

En esta línea, Ziegelstein plantea el neologismo Personómica. La personómica “reconoce que los individuos no solo se distinguen por su variabilidad biológica, sino también por sus personalidades, creencias de salud, redes de apoyo social, recursos financieros y otras circunstancias vitales únicas que tienen efectos importantes sobre cómo y cuándo se manifestará una determinada condición de salud en ese individuo y cómo responderá al tratamiento”<sup>29</sup>.

Las ciencias naturales y la tecnología han ganado el espacio de la interpretación de la enfermedad, pero ¿qué papel ocupan en la interpretación existencial del sufrimiento?; ¿son suficientes las prótesis técnicas sin la presencia real (no virtual) del oncólogo u otro sanitario? El escritor J. G. Vásquez nos recuerda que “existen informaciones o conocimientos o revelaciones (...) que pertenecen a un orden de lo humano que no es el de los hechos tangibles y verificables”<sup>30</sup> Y esas informaciones hay que interpretarlas a partir del mundo vivido como se mencionaba más arriba. Interpretar es mucho más que explicar una mutación driver o comprender la preocupación del paciente. Las técnicas ómicas y la IA son muy eficientes para explicar eventos moleculares y predecir patrones, pero fallan mucho en la comprensión e interpretación del paciente como ser humano que sufre.

La interpretación consiste en “la repetición productiva del mundo del interpretado por parte del interprete sobre la base de la congenialidad compartida por ambos”<sup>31</sup>. El interpretado es el paciente y el intérprete el médico. Volvamos a Vásquez. En el apartado *Marcel Proust y las redes sociales*, Vásquez asevera que el escritor nace

---

<sup>29</sup> Ziegelstein R.C. Personomics. *JAMA Intern. Med.* 2015; 175:888–889

<sup>30</sup> J. G. Vásquez. *La traducción del mundo*. Barcelona. Alfaguara 2023:23

<sup>31</sup> José M.ª G.ª Gómez Heras. *Debate en bioética. Identidad del paciente y praxis médica*. Madrid. Biblioteca Nueva 2012: 162

cuando aprende a mirar con dedicación a los seres humanos que le rodean; el artista nace cuando aprende a interpretarlos. Y la interpretación de los otros se ha vuelto difícil<sup>32</sup>. Por eso, Laín Entralgo se adelantó varias décadas al afirmar que “mi respuesta al otro consume y configura mi encuentro con él. El otro y yo constituimos desde entonces una diada o dúo”<sup>33</sup>. Unidad dual en la relación médico paciente por la que el médico asume de modo virtual la enfermedad del paciente la comprende e interpreta.

La Sociedad Americana de Oncología Clínica hace una década advirtió de este problema al reseñar la falta de entrenamiento moral y de las competencias blandas que no se suelen integrar en un currículo formativo habitual sino que son parte de un currículo oculto<sup>34</sup>. Creo que estemos ante una Oncología de Precisión en la que conviven grandes avances técnicos y un predominio de la razón instrumental con un vacío antropológico, un déficit de alteridad favorecido por la colonización tecnológica. Este vacío se intenta rellenar con planes de humanización y “prótesis tecnológicas”. La técnica en la Medicina en general y en la Oncología de Precisión en particular asumen una función simbólica que traslada la confianza del paciente del médico a la propia técnica, pero que resulta insuficiente para cubrir la brecha antropológica y ello puede llevar al fracaso existencial de la oncología.

### **El poder del tacto.**

El prestigioso editorialista de Lancet, Richard Horton, reflexionaba sobre el declive del examen físico considerado como "un vestigio de la atención clínica". Horton juega con aspectos del tacto como primer sentido corporal en el desarrollo embriológico y con la acepción de tocar o palpar y la de prudencia para proceder en un asunto delicado. Así se explica el poder transformador del “tacto” incluso en el declive de la medicina analógica. Vale la pena leer sus textos: “Con el examen clínico, y el lugar central de

---

<sup>32</sup> J. G. Vázquez. La traducción del mundo. Barcelona. Las conferencias Weidenfeld 2022. Alfaguara 2023:54

<sup>33</sup> Laín Entralgo P. Teoría y realidad del otro. Madrid. Alianza Editorial 1986, p. 547.

<sup>34</sup> A. Surbone. Professionalism in Global, Personalized Cancer Care: Restoring Authenticity and Integrity ASCO EDUCATIONAL BOOK 2013:153 | [asco.org/edbook](https://asco.org/edbook)

contacto en ese examen, se trata de fomentar una conexión física y mental entre el médico y el paciente. El tacto significa la naturaleza humana de la situación en que se enfrentan el paciente y el médico. El tacto humaniza esa situación. El tacto genera confianza, tranquilidad y un sentido de comunión. Con el tacto se trata de fomentar un vínculo social de simpatía, compasión y ternura entre dos extraños. El tacto puede incluso transmitir la idea de supervivencia<sup>35</sup>.

Los filósofos nos recuerdan: "La máquina, la cifra y el algoritmo triunfan en lo tangible y cuantificable, no en lo que es íntimo y cualitativo. Como expresión del músculo, gana la máquina. Como expresión del corazón, en el arte y en la relación personal, gana siempre la mano"<sup>36</sup>. No tener en cuenta el poder sanador del tacto en sus amplias acepciones supone hacer una medicina High Tech/Low Touch <sup>37</sup>; es decir una mala medicina.

He iniciado este ensayo con el relato de un estudiante de sexto de Medicina que descubrió su vocación de oncólogo a partir de un relato. Para concluir, presento el relato en propia persona de una joven médica residente de Medicina de Familia (podía haber sido residente de Oncología) en esta carta que se convirtió en viral tras su publicación digital.

"Por favor, no puedo más"...Y empezó a llorar. Y allí estaba yo en mi primera guardia, con la realidad palpitando descorazonada. Unos ojos con más daños que años me miraban pidiéndome ayuda. Estaba desarmada, intenté recordar algo de lo que había memorizado en la carrera, busqué en mi cabeza algún esquema, alguna clase magistral, y lo único que recordé haber aprendido sobre el sufrimiento fue cuál era el pH de una lágrima. Me sentía indefensa y estafada, como si todos estos años hubiera estado trenzando una honda infinita y me hubieran dado una patada en el trasero para salir al ring, donde me esperaba Goliat. Y no tenía piedras. Me enseñaron la escala E.V.A del dolor, pero nadie me

---

<sup>35</sup> Horton R. Offline: Touch—the first language. *Lancet* 2019; 394: 1310

<sup>36</sup> Pigem J. Ángeles o Robots. La interioridad humana en la sociedad hipertecnológica. Fragmenta editorial. Barcelona.2018:57

<sup>37</sup> García Barreno, P. (2009). Medicina High Tech-Low touch. *Biotech*, 62-4.



dijo cómo consolar el dolor de perder a Eva. Sé dar puntos simples, colchoneros, poner grapas, apósitos, vendas. Ni idea de cómo restañar las heridas que no sangran. Münchhausen, Raynaud, Gilbert... puedo decir muchos nombres de síndromes raros, pero se me atascan las frases que empiezan por "lo mejor es que no sufra", "no va a recuperarse", "lo siento". Un miligramo por kilo de peso, 500 mg cada 12 horas. ¿Cuánto pesa la culpa? Se olvidaron de decirme lo más importante: que a veces una sonrisa es analgésica y que el afecto es dosis dependiente y no tiene techo; que una mano en el hombro es el mejor antihistamínico contra la duda y llamar a la gente por su nombre es la benzodiazepina de inicio de acción más corto y de semivida más larga".<sup>38</sup>

Este testimonio me hizo recordar las reflexiones del profesor Carracedo sobre de las aplicaciones de la Inteligencia Artificial y el *big data* en la medicina y la salud. "Diagnósticos más precisos y rápidos, tratamientos personalizados, diseño de nuevos fármacos más eficientes y con menos efectos secundarios, mejoras en la gestión asistencial y, sobre todo, la posibilidad de que el médico pueda dedicar más tiempo al paciente"<sup>39</sup>.

Dedicar más tiempo al enfermo. Seguramente si lo conseguimos conferiremos sentido a la relación con nuestros pacientes. Pero los que hemos vivido el paso de la historia clínica de papel a historia electrónica sabemos que pese a las ventajas de esta hemos caído en una trampa. La historia electrónica no ha liberado tiempo para un encuentro clínico pleno y generador de sentido y contenido existencial, sino para engrosar la labor administrativa del facultativo.

¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas?, de Philip K. Dick fue la novela adaptada por Ridley Scott en el film Blade Runner en la que los androides no tienen empatía aunque si tienen, deseos, sueños y miedo a la muerte. La pregunta del título de la novela

---

<sup>38</sup> *El pH de una lágrima*. Sandra Yebra. 29-10-16 <https://www.lne.es/gijon/opinion/2016/10/29/ph-lagrima-19460459.html>

<sup>39</sup> R. Romar ¿Por qué la inteligencia artificial facilitará una medicina más humanizada? [https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2023/03/04/inteligencia-artificial-permitira-medicina-humana-personalizada/0003\\_202303G4P25991.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2023/03/04/inteligencia-artificial-permitira-medicina-humana-personalizada/0003_202303G4P25991.htm)

nos lleva a otra pregunta ¿qué nos hace humanos? y ¿cuál es la relación de la técnica, la dignidad humana y la Medicina?

El medico clásico (analógico) tenía incorporado en su deontología profesional los conceptos del sentido de la vida y comunicación existencial. En el momento actual, si predomina una razón técnica-instrumental y un médico no puede competir con la IA y la medicina de precisión en capacidad técnica ¿para que necesitamos médicos humanos? Tal vez el oncólogo tenga que aprovechar las ventajas de la Oncología de Precisión y de la IA para ayudar a sus pacientes, pero recuperando paralelamente “el mundo y sentido de la vida” porque ¿puede la IA dar consuelo? O tal vez ¿es que un médico no tiene porqué consolar en la era de la IA y la Oncología de precisión?

**INGRESO DEL DR. DON FRANCISO JAVIER BARÓN  
DUARTE COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE**

**LAUDATIO**

**Ilmo. Sr. Don Álvaro Ruibal Morell**

**Académico de Número. Sillón de Medicina Nuclear e Imagen Molecular**

**Real Academia de Medicina de Galicia**

**A Coruña 24 de Octubre del 2024**

**Con la Venia**

**Excmo. Sr. Presidente de la RAMG**

**Ilustrísimos Sras. y Sres. Académicos Numerarios**

**Sras. y Sres. Académicos Correspondientes**

**Familia del Dr. Barón: María, Pablo y Santiago**

**Sras. y Sres.**

Quisiera en primer lugar expresar mi más sincero agradecimiento a esta Institución por permitirme realizar la LAUDATIO como Académico Correspondiente del Dr. Don Francisco Javier Barón Duarte. Permítanme también que mi breve elogio lleve un título especial: **LA MIRADA Y EL ESTAR AHÍ**, basándome en hechos a las que luego haré referencia.

El Dr. Barón nació el 8 de abril de 1960 en Valladolid. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (año 1984) y Especialista en Oncología Médica por el sistema MIR en el Hospital General de Asturias, entre los años 1986 a 1990. Alcanzó el Grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela el año 2015 y dos años antes realizó un Máster en Bioética, título compartido entre las Universidades de A Coruña y Santiago de Compostela.

Como actividades docentes merece desatacarse que fue Profesor del Master de Cuidados Paliativos de la Universidad de A Coruña (años 2013 y 2015) y Codirector del Curso de Bioética y Oncología de la Fundación Pablo VI, entre los años 2016 y 2022.

Profesionalmente y como Oncólogo Médico ha trabajado en el Hospital Lucus Augusta (1991-1992), Universitario de Santiago (1992 a 2017) y finalmente desde ese año en el CHUAC, donde sigue ejerciendo en Comisión de Servicio.

Paralelamente podemos destacar que es Miembro de las Sociedades Española y Gallega de Oncología Médica y Cuidados Paliativos.

También ha sido:

- Coordinador del Plan Galego de Coidados Paliativos desde julio 2006 a diciembre 2008

- Presidente de las Comisiones de Ética y de C. Paliativos del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago desde septiembre 2006 hasta diciembre 2008
- Miembro del Grupo de Trabajo que elaboró la Guía de Instrucciones previas sobre Cuidados Paliativos y Tratamiento de Salud de marzo a diciembre 2008
- Miembro del Grupo que elaboró la Estrategia Gallega de Asistencia Integral del Cáncer de junio a noviembre 2008
- Miembro de la Comisión Galega de Bioética 2013-2015
- Vocal de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de A Coruña del 2015 al 2017
- Vocal de la Comisión Central de Deontología de la OMC desde septiembre del 2017 a septiembre del 2021

Ha obtenido los siguientes Premios:

- Beca Estudio de Necesidades de Pacientes Oncológicos- SEOM 2003
- Premio “Cátedra de Ética Médica Hospital El Ángel” de la Universidad de Málaga a la mejor presentación del IV Congreso Nacional e Deontología Médica. Abril 2017.
- Accésit al Premio de Previsión Sanitaria Nacional convocado por la Real Academia de Medicina de Galicia a un trabajo sobre “humanidad y ejercicio (2022)

Es: coautor de un libro (Bioética y Oncología), autor de 10 capítulos de libros, autor o coautor de 35 artículos en revistas indexadas y de 25 comunicaciones en congresos nacionales e internacionales. De toda esta actividad, deseo destacar los artículos publicados en el European Journal Cancer sobre un nuevo tratamiento de carcinoma escamoso de cabeza y cuello, y en Lung Cancer sobre polimorfismos de nucleótidos y la evolución de los tumores microcíticos de pulmón. También tienen especial relevancia los relacionados con la bioética y la atención del paciente oncológico publicados en la Revista de Bioética Latinoamericana los años 2021 y 2024, así como “La quinta era de la Medicina” a la que luego hará él referencia.

Sin embargo, yo quiero resaltar algo especial y peculiar del Dr. Barón, que es lo más importante para mí, ya que le da trascendencia y proyección humana. Conocí al Dr. Barón el año 1988, en el HGA en Oviedo a donde había llegado como joven Jefe del Servicio de Medicina Nuclear. Mi dedicación a la biología tumoral me permitió conectar pronto con él, y desde siempre me llamó la atención su especial dedicación al enfermo. Ello explica que escogiera como título de este elogio **LA MIRADA Y EL ESTAR AHÍ**.

Su mirada refleja paz y bondad, y esta última es definida por la Real Academia Española en dos acepciones: como la natural inclinación a hacer el bien, y la amabilidad de una persona respecto a otra. Pero la bondad no se limita sólo a evitar el mal, sino también a promover el bien. Asimismo, cuando etiquetamos a una persona como bondadosa, la asociamos a otros valores como la prudencia, paciencia, solidaridad, generosidad, humildad o el respeto. La persona bondadosa se inclina para evitar el sufrimiento a otra; realiza el bien en beneficio de las demás.

El Dr. Barón es, además, una persona dedicada a su especialidad, amable, tranquila, segura de sí misma, honesta y, sobre todo, con una gran capacidad para dejar de lado el ego y actuar como dicte su corazón. Le encanta estar con los pacientes en sus últimas etapas y trasmite seguridad y paz. Además, el estar siempre en un discreto segundo plano ayuda a definirlo. No hay duda de que ejercitar todo lo anterior viste de largo a quienes hacen de ello su razón de ser.

Además, es un enamorado de la bioética. Esta, como saben, es el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, y esta conducta se analiza a la luz de los principios y valores morales ligados al derecho natural. Nace por la necesidad de una reflexión crítica sobre los conflictos éticos provocados por los avances de la ciencia de la vida y la medicina. Huye de los posicionamientos morales extremos y no pretende dar respuestas determinadas y definitivas; ante los conflictos, pretende aportar elementos para la reflexión crítica y argumentada y finalmente exhorta a que las decisiones sean

tomadas en un contexto de diálogo y de respeto. Ello debe constatarse en la actividad profesional diaria.

La medicina es una profesión en la que el médico debe encontrar sentido a su conducta. Kant se pregunta en su obra "Crítica de la razón pura" "¿qué puedo saber?", "¿qué debo hacer?", "¿qué me es permitido esperar?". Es esta última la más importante, y nos indica que debemos obrar con justicia para poder esperar un mundomejor, más humano. Así los Principios fundamentales de la Bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, nos recuerdan la moral común y la tradición médica.

En un mundo tan tecnológico como el actual, los principios bioéticos adquieren notable importancia, pues no es válido afirmar: "lo que se puede hacer tecnológicamente se debe hacer"; debemos añadir: "lo podemos hacer si no hay razones morales para evitarlo". La ética debe tener especial relevancia en este mundo rodeado de tecnología. Además, como dice el propio Dr. Barón, el encuentro clínico, esencia de la práctica médica, es el encuentro entre dos seres humanos: el paciente y el médico, y en él utilizamos las palabras y éstas **"tienen un rostro, porque configuran, en sí mismas, una personalidad"**.

Esta lucha dual explica, en parte, el secreto del Dr. Barón como oncólogo clínico. Para él, lo importante es el enfermo, ese que tiene delante, no un número, hablar con él, acompañarlo en su evolución, visitarlo tras su fallecimiento...- Por eso le gustan los Cuidados Paliativos. Este comportamiento se ve refrendado, entre otros, por la Profesora Sylvie Menard. Este era una oncóloga parisina, directora del Departamento de Oncología Experimental del Instituto Italiano de Oncología de Milán y a la que tuve la ocasión de conocer hace muchos años. Era una activista pro-eutanasia hasta que, al ser ella misma diagnosticada de un cáncer hematológico en el año 2005, cambió radicalmente su punto de vista. Analizando su evolución y experiencia asistencial dice: los enfermos **"SÓLO RECLAMAN, NO SER ABANDONADOS"**.

Querido Paco, la humildad es una fortaleza personal, una rara cualidad que destaca a los mejores y tú la posees. Tú respetas la intimidad del paciente, su

autonomía, sus creencias, su cultura, su manera de ser y, sobre todo, su dignidad. Por ello, tu grandeza se percibe mejor en las cosas simples de la actividad cotidiana. Gracias por ser así.

La RAMG se enorgullece de tenerlo como Académico Correspondiente, sabiendo que dará prestigio a la misma y nos mostrará esa manera de ser médico que conocimos y nos enseñaron hace años y que ahora, lamentablemente, echamos en falta en el quehacer diario.

Muchas gracias por su atención.

**HE DICHO**

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Enciclopedia de la Bioética del Instituto Joseph i Rose Kennedy, 1978
- 2.- ¿Qué es la Bioética? (fundaciogrifols.org)
- 3.- Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética Madrid: Eudema; 1989.



## **SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE**

Excmo. Sr. D. Francisco Martelo Villar  
A Coruña, 24 de octubre de 2024

Ilmo. Sr. Conselleiro de Sanidade de Galicia, Señora Jefa Territorial del Sergas en A Coruña, Gerente del hospital Universitario de A Coruña, Decano de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, Señora Gerente de la Asociación española contra el cáncer en A Coruña, ilustrísimos señores académicos numerarios, académicos correspondientes, familia del Dr. Francisco Javier Barón, queridos compañeros y amigos señoras y señores.

Gracias a todos por su presencia aquí hoy en este nuevo día de fiesta en la Real Academia de Galicia con motivo del ingreso de un nuevo académico correspondiente en la figura del doctor Barón.

En primer término, mi agradecimiento al introductor Ilmo. Sr. D. Álvaro Ruibal, académico numerario del sillón de Medicina Nuclear por su excelente laudatio, en la que plasmó las cualidades humanas y científicas del doctor Barón haciendo hincapié en la manera en que, impregnado de una gran humildad, enamorado de la bioética nos ayuda entender los conflictos éticos provocados por los avances de la ciencia, de la vida y de la medicina. Gracias, Prof. Ruibal.

Gracias doctor Barón por su muy esforzado y documentado discurso, en el que como en un meditado ensayo, desde la reflexión, nos sitúa los grandes avances de la Oncología a través de los nuevos conocimientos y la tecnología, pasando de la Oncología Médica al oncología molecular y los tratamientos antineoplásicos de precisión, planteándonos que para el profesional es más confortable hablar de moléculas que de sufrimiento, más de lenguaje óhmico que de lenguaje compasivo, más de inteligencia artificial que de inteligencia emocional.

Como responsable de una institución, la Real Academia de Medicina de Galicia, abierta a todas las formas de vida democráticas, con la figura del hombre y su bienestar anímico y corporal como eje, no puedo dejar de decirles que en esta corporación han hablado de interrelación de las enfermedades del cuerpo y del alma entre otros: Novoa Santos, Rof Carballo, Sánchez Salorio y fundamentalmente García Sabell.

A dos académicos actuales cita usted hoy, al Dr. Ángel Carracedo señalando que las aplicaciones de la Inteligencia Artificial y el big data en la medicina pueden mejorar la gestión asistencial y, sobre todo, la posibilidad de que el médico pueda dedicar más tiempo al paciente y al Dr. Luis Ferrer señalando que “la inteligencia artificial carece de emociones. La inteligencia emocional no tiene nada que ver con la racional y mucho menos con la artificial”.

Manuel Sánchez Salorio, gustaba decir “El ordenador no tiene sentimientos, nosotros sí. Por eso, la inteligencia artificial predica con datos médicos, pero no ejerce la Medicina”.

Tienen razón ustedes razón, las formas actuales de IA no pueden tener sus propias emociones, pero pueden imitar las emociones. Aunque las emociones no se pueden expresarse en un código binario, un robot puede despertar más empatía que yo.

Es difícil predecir futuro. Un anciano muy inteligente de Redondela siempre repetía. "Non sei, pero xa vin cousas máis difíciles".

De largo le viene a usted, y le honra, su preocupación por los conceptos de valor y sentido de los procedimientos y sus logros. No quiere abandonar la globalidad de la persona, en el intento de compaginar las capacidades éticas y culturales y las habilidades de la técnica. Lo resume usted en una expresión alemana intentado armonizar los progresos del conocimiento y su manejo y el mundo de la vida. Si no van de la mano llega la brecha antropológica a la que usted hace referencia.

Es usted un especialista en bioética.

Todos los profesionales tienen que saber, y los ciudadanos deberían de saber que los más preocupados por los pacientes son los médicos: En 1973 La Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente. Abandonar el concepto de médico paternalista, de sacerdocio, para hacer partícipe al paciente de las decisiones.

Desde entonces los males del apego a nuestros pacientes no está en los profesionales, está en el campo de juego que nos ofrece la sociedad actual.

Pero, esa actividad, centrada en la persona enferma, empuja al pensamiento reflexivo. Es necesario diferenciar esa negativa realidad que afecta al paciente de la apariencia y valorar el papel de los sentimientos, que parecen envolver el proceso pero que en realidad lo infiltran todo. Los sentimientos se transmiten con la palabra no a través de datos, por eso se dice que Gregorio Marañón, eminente científico y humanista por convicción, consideraba que el más importante avance para la medicina era una silla, "La silla, que nos permite sentarnos al lado del paciente, escucharlo y auscultarlo".

Usted dice que es más cómodo hablar de moléculas que de sufrimiento y puede considerarse más eficiente el lenguaje ómico que el lenguaje compasivo y la IA que la Inteligencia emocional.

Debemos compaginar empatizar con el enfermo a través del sufrimiento que padece, pero siendo profesionales como usted con una exquisita formación y dedicación a los pacientes desde el punto de vista científico y técnico. La palabra y la técnica. Desviaciones a los extremos son malas.

La aportación científica a la mejoría del paciente es fácil de etiquetar, la mejoría del sufrimiento del paciente y la familia está demasiadas veces en manos de personas con ganas de ayudar, pero demasiadas veces sin la formación adecuada. Cada persona es diferente.

Históricamente las creencias y prácticas religiosas enmarcan la vivencia de la enfermedad. Múltiples textos bíblicos muestran que la religión, la moral y la medicina se entrelazaban hasta confundirse. Pueden modificar el nivel de autoestima, la presión por estrés y el comportamiento de la familia como grupo afectado por el proceso maligno. Va desde la alegoría a un sentimiento de realidad, pero siempre con perspectiva de un futuro mejor asentado en el bienestar estable. En occidente este papel puede estar ocupado, por ONGs, asociaciones de enfermos y fundaciones con las mejores intenciones.

La mayor afectación está en el enfermo sin estructura familiar adecuada para sostener y proteger al paciente.

Dr. Barón, muchos pacientes no necesitan el consuelo del médico, sino su capacidad para curarle o mantenerle vivo con una calidad de vida adecuada. Todos ellos tienen un entorno familiar, de amistades o comunitario adecuados.

Ahora curamos mucho más los médicos. Para el paciente, las técnicas moleculares y la inteligencia artificial seguramente nos hacen capaces de llegar a un diagnóstico correcto, asentar mejor un pronóstico y decidir un tratamiento de mayor precisión, pero no están en el manejo de la preocupación y del sufrimiento, más en relación con las creencias, la formación intelectual, los valores personales, la fortaleza y el compromiso.

Para el profesional, dominar el conocimiento y las habilidades, seguramente, son más fácil de acaparar. La bondad y la empatía, seguramente, son otra cosa, seguramente, se llega con ellas a casa, el primer día, desde el paritorio.

Estamos seguros de que usted combina todas las cualidades. La Academia se complace orgullosa en integrarle como académico correspondiente. Enhorabuena a usted y a su familia y un afectuoso saludo de todo el cuerpo académico de la Institución.

He dicho.

Gracias.