LA REVISTA DE LOS MÁS DE 50.000 MÉDICOS COLEGIADOS DE MADRID

125 AÑOS

MADRID MÉDICO

#somosmédicos

Nº 176. DICIEMBRE 2023



2023: salto exponencial en Salud con la IA generativa

Retos para la Bioética y los Derechos Humanos

Primer Congreso Internacional "Humanismo y desafíos éticos en la asistencia sanitaria en el siglo XXI"

MADRID MÉDICO

DAMOS LA PALABRA a la Asamblea de Madrid

Carlos Moreno, portavoz de sanidad del grupo parlamentario socialista:

"Deberíamos conseguir un pacto por la salud a nivel nacional y regional"

LA REVISTA DE LOS **MÁS DE 50.000 MÉDICOS COLEGIADOS** DE MADRID

MADRID MÉDICO

#somosmédicos



DESCARGA LA APP DE MADRID MÉDICO

DISPONIBLE EN Google Play

Consíguelo en el App Store

Acceder a la web:

www.icomem.es/seccion/madrid-medico



Residencias de Ancianos y COVID-19 ¿Juzgar el pasado con ojos del presente?

"Juzgar el pasado con los criterios del presente es el triunfo del provincianismo"
– Carlo Ginzburg

Juzgar lo que ya ha pasado con criterios del presente es un error frecuente. No hay más que leer algún comentario reciente respecto a la gesta de nuestros antepasados en América. En historia está pasando tanto que ya hay un término, presentismo, referido al relato que juzga el pasado a partir de criterios actuales, lo que nos impide entenderlo en toda su complejidad.

Lamentablemente este error ocurre no solo en historia sino también en el terreno de la cultura y, me parece, se está extendiendo al ámbito médico. Lo que vivimos en la primera ola de la pandemia no se nos va a olvidar fácilmente a muchos. Seguro que nos equivocamos en muchas cosas, desde la hidroxicloroquina hasta las máscaras de snorkel, pasando por una larga lista de errores propios del desconocimiento, falta de preparación y escasez de recursos. Pese a todo, mi experiencia, y pienso que la que tenemos de forma muy mayoritaria los médicos madrileños, es que la actuación de nuestros compañeros fue adecuada, yo añadiría que en muchos casos heroica. Hay que recordar que hablamos de unos días en los que murieron pacientes en pasillos de hospitales, no había equipos de protección adecuados y se elegía qué pacientes se intubaban y se conectaban a un respirador para ventilación invasiva, o aquellos que accedían a ventilación no invasiva o a una unidad de críticos o intermedios.

En esta situación de "batalla" también hubo que tomar decisiones difíciles respecto a traslados desde domicilios y desde centros sociosanitarios. Conozco a varios compañeros que implementaron estas medidas. Nuevamente, seguro que pudo haber alguna evaluación que, con los criterios actuales, no fuera adecuada. Pero tengo la firme convicción que todos lo hicieron lo mejor que pudieron y pensaron en lo que era mejor para los pacientes.

Es inevitable mirar el pasado con los ojos del presente, son los únicos que tenemos, pero hay que intentar hacerlo con rigor y poniéndonos en la situación concreta, con los medios e información que había, huyendo de juicios sesgados e interesados. La pandemia ha representado una enorme tragedia que ha conllevado la pérdida de centenas de miles de vidas. Todo este dolor debería encauzarse para tomar medidas que nos permitan estar mejor preparados ante futuras emergencias sanitarias.

No estoy seguro de que buscar "culpables" de estas lamentables muertes sea la mejor manera de hacerlo. Si hubo alguna actuación éticamente inadecuada en ese difícil momento yo, desde luego, no la conozco. En cualquier caso, me parece bien que se denuncie si es algo claro, pero teniendo en cuenta todas las premisas anteriores.

Termino con un emocionado recuerdo a todos los que perdieron la vida y a sus familias, también aprovecho para desearos a vosotros y a vuestros seres queridos una muy Feliz Navidad. •

Manuel Martínez-Sellés
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid



Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Calle de Santa Isabel, 51.
28012 Madrid
www.icomem.es

125 AÑOS Celebrar. Conocer. Compartir.

Presidente: Manuel Martínez-Sellés
Vicepresidenta: Luisa González

JUNTA DIRECTIVA

MADRID MÉDICO

CONSEJO EDITORIAL

Directora: Isabel Durán
Editor: Pablo Barreiro
Revisión de textos: Munson-Taft
Secretaria Editorial: María José Rebollo
Redacción:
María Marín y Jennifer Baptista

Diseño y tecnología:
Beyup
• www.beyup.es •

Nº 176. Diciembre 2023
ISSN: 1131-8317

© Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Queda prohiba la reproducción total o parcial de los contenidos publicados en este ejemplar sin autorización expresa de la revista. Las opiniones vertidas en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva del autor y no necesariamente representan la opinión del ICOMEM.

SUMARIO >

Portada. *Número 176* | Carta del Presidente. *Residencias de Ancianos y COVID-19 ¿Juzgar el pasado con ojos del presente?* -pág. 3 | En román paladino. Isabel Durán -pág. 5 | ENTREVISTA: Carlos Moreno, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid. *Isabel Durán* -pág. 6 | Humanismo y Desafíos Éticos en Asistencia Sanitaria en el Siglo XXI -pág. 12 | TRIBUNA: La Inteligencia Artificial (IA), inevitable en la atención médica. *Dr. Jaime del Barrio* -pág. 16 | Un reto para la bioética. *Rafael Amo Usanos* -pág. 18 | La protección de los Derechos Humanos ante la Inteligencia Artificial. *José Carlos Abellán Salort* -pág. 20 | La IA, importante pero no sustitutiva en el campo médico. *Ignacio Olmeda* -pág. 22 | Redes Sociales y adolescentes: La acuciante necesidad de tomar medidas > *Manuel Faraco Favieres* -pág. 24 | Debate en el ICOMEM sobre los retos de la Psiquiatría -pág. 28 | ¿Qué papel tendrá el Metaverso en la práctica de la Medicina? *Dr. Pedro M. Cano Desandes* -pág. 30 | LA NAVIDAD EN EL COLEGIO -pág. 33 • Navidad a la luz de las velas -pág. 34 • Paris 70 inaugura el "Cinefórum Cuida2" -pág. 35 | Entrega de Premios Dr. Vicente Pozuelo. *Jennifer Baptista* -pág. 36| Mis pacientes del Prado: *La familia del pintor* -pág. 38 | SALA DE ESPERA -pág. 40 | La entrevista de Proust. *Javier García Alegría* -pág. 42 •

MADRID MÉDICO

TU COLEGIO SIN PAPEL

La revista Madrid Médico ya es solo digital.

Los colegiados que deseen recibir en sus domicilios la revista lo han de solicitar enviando un e-mail a **revista@icomem.es** o por carta: calle **Santa Isabel, 51, 28012, Madrid.**

También está disponible vía app y en **www.icomem.es**

Fundación ICOMEM

La **acción social** de los más de **50.000 médicos** de Madrid

¡Conócenos y **SÚMATE**!

www.fundacionicomem.es

En román paladino § *Dilemas éticos, algoritmos opacos y esperanza en el futuro*

Isabel Durán
Directora de Madrid Médico



© Luis Malibrán

El pasado 30 de noviembre se cumplió un año desde que ChatGPT salió al mercado. Expertos tecnológicos, líderes de las principales empresas del sector y gobiernos han alertado de los peligros de la Inteligencia Artificial hasta el punto de que se ha celebrado en el Reino Unido la primera cumbre mundial sobre IA. Representantes de una treintena de países, España incluida, y autoridades en la materia han decidido trabajar juntos para contener los posibles riesgos, en lo que se ha denominado la Declaración de Bletchley.

Nadie niega los beneficios del avance de las tecnologías exponenciales. La complejidad de los nuevos sistemas inteligentes presenta, sin embargo, graves riesgos, incluso para la existencia misma de la humanidad, según advierten algunos científicos al referirse a la inteligencia artificial fronteriza de vanguardia.

Las consecuencias de una mala aplicación de la IA son múltiples. En Estados Unidos, un anciano ha sido expulsado de su plan de salud debido a un algoritmo. ¿Cómo se pueden solucionar los prejuicios humanos, los sesgos, los dilemas éticos con los algoritmos opacos que toman decisiones que nos afectan de forma trascendental?

En este número abordamos muchas de estas inquietantes cuestiones, así como los beneficios y avances en las aplicaciones de la IA en la salud. Asuntos capitales que están cambiando el mundo y que deben trascender a la sociedad, más allá de los interesados en la materia, puesto que a todos nos afecta.

Dedicamos un extenso reportaje a la I jornada internacional "Humanismo y Desafíos Éticos en la Asistencia Sanitaria en el Siglo XXI organizada por el ICOMEM y COFM en la que se ha recalcado la necesidad de salvaguardar el derecho a la objeción de conciencia.

Continuamos con nuestra ronda de entrevistas a los representantes políticos de la sanidad madrileña. Carlos Moreno, portavoz de sanidad del Grupo Socialista en la Asamblea de Madrid tiene la palabra. Nos reunimos con él antes de que Pedro Sánchez alcanzara su acuerdo de investidura y, por tanto, antes de conocer que Mónica García es la nueva ministra de Sanidad del Gobierno de España. Nos cuenta que considera necesario conseguir un pacto por la salud a nivel nacional y regional y que considera insuficiente la inversión en sanidad de los presupuestos 2024.

Un número navideño de cierre del año cargado de cuestiones interesantes, de dilemas éticos y de algoritmos opacos, pero, cómo no, de esperanza en el futuro que siempre nos sorprende. ¡Feliz 2024! •



ENTREVISTA

Carlos Moreno,
portavoz de sanidad del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid.

Hay que reequilibrar la situación: El 60% de los médicos en España están en hospitalaria y solo un 30% en AP.

"Deberíamos conseguir un pacto por la salud a nivel nacional y regional"

Isabel Durán

Carlos Moreno, portavoz de sanidad del Grupo Parlamentario Socialista, es cardiólogo. Estudió en la Universidad de Zaragoza, y llegó a la capital de España para hacer la residencia en el Hospital Ramón y Cajal en la subespecialidad de Cardiología Intervencionista. Se incorporó a la política hace solo dos años por amistad con Juan Lobato. Desde entonces, compatibiliza su intenso trabajo como cardiólogo con la portavocía del Grupo socialista. Reconoce que esta doble condición de médico y político tiene un importante coste personal, pero asegura que compensa.

Nos reunimos con él justo antes de comenzar una guardia de 24 horas en el Hospital de Getafe.

Soltero, trabajador infatigable y dialogante vocacional, está dispuesto a hacer todo lo que esté en su mano para lograr un pacto por la salud en Madrid. Cree que la falta de médicos es solo uno de los elementos de la ecuación que conforman los problemas de la Sanidad.

Este es su diagnóstico y también sus propuestas:



¿Cómo lleva la combinación político-médico?

Tiene cierta complejidad, pero es apasionante. Los médicos en activo vivimos a diario las dificultades de nuestra Sanidad y también sus puntos fuertes. Para cambiar las cosas necesitamos estar presentes en las instituciones. Es una tarea difícil, laboriosa, que tiene un coste en lo personal, pero que la vivo con mucho entusiasmo.

La política también es muy exigente

Estamos en una tarea permanente de equilibrar el trabajo técnico de nuestra profesión con adquirir habilidades políticas para pelear por lograr los consensos. Apostamos por un tono exigente en política, pero educado y respetuoso con los que piensan diferente, sin que eso suponga dejar de defender con pasión nuestra ideología.

> "Creemos que, una vez construido, hay que dar uso al Zendal. No compartimos que después de haber costado 200 millones de euros, esté hoy sin plantilla y atendiendo a poquitos pacientes. Este es un ejemplo de la política efectista que no resulta efectiva desde el punto de vista sanitario"

¿Qué opina el PSOE sobre los presupuestos aprobados por la Comunidad de Madrid que dedican más de 10.000 millones de euros a Sanidad, un aumento del 17%, el mayor de la historia?

Saludamos como algo positivo cualquier impulso en el SERMAS, pero lo consideramos insuficiente. Supone una mejora en inversión sanitaria por habitante de unos 40-50€, que no nos sacan de ese vagón de cola en financiación sanitaria por habitante. Para equipararnos a la media nacional deberíamos dedicar unos 12.500 millones de euros. En cualquier caso, es un paso adelante que también viene impulsado por la inyección de fondos europeos a través de los Presupuestos Generales del Estado.

La inversión por habitante no es el mejor indicador para la Sanidad. Madrid es una comunidad uniprovincial con gran concentración de hospitales y población, muy diferente de comunidades como Castilla y León o Castilla La Mancha.

Para nosotros es un dato objetivo. Estamos en una comunidad donde el 40% de los ciudadanos tienen póliza privada. Por tanto, el gasto privado que hacen las familias debería ser aprovechado por la Administración para tener unos datos líderes en listas de espera para Atención Primaria (AP) y urgencias extrahospitalarias. Lejos de ocurrir esto, tenemos los mismos problemas que otras autonomías. Esto es debido a la inversión por habitante, que está a la cola de España.

¿Cree que en la Asamblea de Madrid se podría implantar el modelo del reciente informe de la revista *The Lancet,* con un plan a diez años diseñado conjuntamente por políticos y científicos?

Es imposible no compartir todos los elementos que enumera el informe. Esta legislatura deberíamos conseguir un pacto por la salud a nivel estatal y regional, como el que propuso Juan Lobato en enero de 2022 que, lamentablemente, fue desatendido. Nuestros compañeros de The Lancet proponían pasar de un modelo sanitario que deje de estar centrado en el hospital y las urgencias, a otro que destine los recursos necesarios a la AP y su extensión comunitaria con políticas de prevención y promoción de la salud. Defiende una mejor coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, la implantación de la medicina de precisión y de nuevas terapias génicas, etc.

¿Ve posible este pacto?

No soy demasiado optimista porque, hoy por hoy, el PSOE y el PP tienen dos diferencias importantes: la financiación y el modelo de gestión. Debemos limar estas diferencias si queremos que sea posible un pacto.

El Ministerio de Sanidad calcula que en cuatro años el SNS necesitará cerca de 9.000 médicos más al año. ¿Qué propone el PSOE para paliar este grave problema?

El PSOE considera que la falta de médicos es uno de los elementos de la ecuación, y ni siquiera el protagonista. Deberíamos hablar también de cómo están distribuidos esos médicos y de las condiciones que se les ofrece para retenerlos. De nada sirve formar médicos si luego permitimos su fuga a otros países o incluso a otras autonomías que tienen mejores condiciones laborales. Dos datos reveladores: en España tenemos cuatro médicos por cada mil habitantes de los que en torno a 3,4 trabajan en el SNS, así que estamos entre los tres o cuatro países con mayor tasa de médicos por 1000 habitantes de la OCDE. El otro dato es que somos el segundo país del mundo con más facultades de Medicina, detrás de Corea del Sur, pese a lo cual ahora mismo se ha aprobado una partida de 55 millones de euros para incrementar en un 15% el número de plazas de formación en Medicina.

> "Consideramos insuficiente la inversión en Sanidad de los presupuestos de 2024 porque no nos sacan del vagón de cola de la financiación sanitaria por habitante"

¿No estamos llegando tarde si necesitamos 10 años mínimo para formar a un médico y esto solo lo puede abordar el Gobierno desde los ministerios de Sanidad y Educación con modificaciones normativas nacionales?

Es cierto que tenemos que dar un empujón porque en los próximos diez años se prevé que se van a jubilar unos 8 o 9 mil profesionales y hoy están emergiendo de las facultades unos 7.000 al año. Por lo tanto, a diez años no se cubrirían las vacantes. Pero el número es solo un elemento de la ecuación. El 60% de los médicos en España están en hospitalaria y solo un 30% en AP. Tenemos que reequilibrar esta situación formando más especialistas en AP. Y tenemos también que ofrecer unas condiciones líderes porque si no, los médicos se van. Somos la única comunidad que no ha desbloqueado el regreso a las 35 horas.

La consejera Matute nos contaba en Madrid Médico que la estabilidad en el empleo se va a conseguir en 2024.

Lo que yo quería transmitir es que, además de poner el foco en la falta de profesionales, hay que ponerlo en lo que hacemos para retenerlos. Me gustaría subrayar también que los médicos que nos faltan hoy son los que se formaron hace diez años que era cuando la titularidad del ministerio de Sanidad la ostentaba el PP. Si se sigue la curva de evolución de las plazas, tiene dos jorobas ascendentes coincidentes con gobiernos socialistas. Este mismo año se va a hacer una oferta récord de formación especializada, en torno a 11.600 con un incremento significativo en AP. ¿Tenemos que mejorar? Sí. ¿Tenemos que aumentarlas? También. Pero el esfuerzo de los gobiernos del PSOE en esto es revelador.

VER LAS ENTREVISTAS COMPLETAS

¿La propuesta de formación sanitaria especializada de 11.600 es la solución?

De los 11.600 unos 8.000 son para médicos. El Gobierno es el que aprueba estas plazas, pero quien tiene que pelear para habilitar unidades docentes y para financiarlas son las CC.AA. En Madrid el número de plazas de formación de AP para formación de residentes está estancado en unos doscientos desde hace ya muchos años. Por lo tanto, la CAM tiene que acreditar más unidades docentes y financiar más plazas para que el ministerio las pueda aprobar.

La CAM y organizaciones médicas argumentan que el proyecto de real decreto de regulación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias (en trámite de alegaciones) no garantiza la creación de más plazas MIR de Medicina de Familia (distintas de las de urgencias) ni tampoco la acreditación de más centros que puedan impartir esta formación, ni más tutores.

Celebro la creación de esta especialidad porque era una demanda del colectivo. Efectivamente va a compartir dos años de troncalidad de formación con los médicos de AP, pero tampoco deberíamos crear un modelo en el que se hipertrofien los servicios de urgencias. Queremos una sanidad en la que prime la AP y la prevención, y no apostar por un modelo de urgencias colapsadas a medio y largo plazo.

¿Por qué no se ponen de acuerdo todos los grupos políticos para hacer un plan estratégico que dé solución a medio y largo plazo a todas las necesidades?

Todos convenimos en que deberíamos mejorar la financiación de la Sanidad, a nivel estatal y regional. Todos convenimos en que deberíamos apartar nuestras rencillas ideológicas en cuanto al modelo de gestión. Nosotros apostamos por un modelo de gestión prioritariamente público, sin denostar del todo la colaboración público-privada. Para conseguirlo, deberíamos renunciar a las políticas efectistas desde el punto de vista político y apostar por las políticas efectivas desde el punto de vista sanitario, que no siempre coinciden.

El adelanto electoral del 23J de Sánchez paralizó varias leyes sanitarias como el Proyecto de Ley de Cohesión y Universalidad.

Es fundamental que esta ley salga adelante porque incide en aspectos tan relevantes como garantizar la universalidad en el acceso a la Sanidad, equiparar una cartera de prestaciones y servicios, homogeneizarla en todas las CC. AA y seguir eliminando copagos farmacéuticos y ortoprotésicos especialmente a los colectivos más vulnerables, etc.

¿Es partidario de implantar el modelo Alzira en Madrid y el resto de España tal y como propone esta ley?

El modelo de gestión público es más barato, no entiende de complejidades y en él prima siempre la calidad sobre la cantidad. Eso significa dejar la colaboración con privada en un segundo lugar y acudir a ella únicamente si se ha garantizado antes un uso óptimo de los recursos públicos y cuando éstos se hayan demostrado insuficientes. Solo en ese caso se abriría la puerta a continuar con conciertos que en algunas ocasiones han funcionado muy bien y han servido para garantizar la universalidad de la atención sanitaria. Nuestra posición es de normal convivencia entre la sanidad pública y la privada. Queremos un modelo sanitario en el que recurrir a una póliza privada sea una opción y que no se convierta en una obligación.

> "Nuestra posición es de normal convivencia entre la sanidad pública y la privada. Queremos un modelo sanitario en el que recurrir a una póliza privada sea una opción y que no una obligación"

¿Usted comparte que Cataluña, paradigma de la concertación en Sanidad, quede al margen de la aplicación de este proyecto de ley?

Lo ideal es ir a un proyecto de ley que se pueda extender a todas las CC.AA.

¿Cuál es su diagnóstico de la Atención Primaria madrileña?

En el PSOE estamos muy preocupados por la situación que atraviesa la AP. Hace unos años nos habría parecido surrealista tener listas de espera de hasta 3 semanas en la CAM para tener una cita en el centro de salud. Celebramos el acuerdo con los profesionales porque incorpora aspectos positivos para ellos, pero no sabemos si es efectivo para los usuarios, los pacientes. Se han limitado las agendas a 35 pacientes por la mañana, pero qué ocurre con el resto, ¿van a ir a unas agendas de rebosamiento por las tardes en las que van a ser atendidos cada vez por un profesional distinto? La longitudinalidad de los cuidados es uno de los elementos clave y tenemos cierta inquietud respecto a que esta solución, que puede funcionar para los profesionales, no sea suficiente para los usuarios.

¿Cómo ve la inversión destinada a la AP?

El repunte de inversión en los presupuestos de 2024 en AP no es lo que parece. Sigue incorporando dentro el gasto por recetas. Aún así, representa el 10 o 12% del total, un porcentaje que dista mucho de la media nacional que se encuentra en torno al 14-15%. Por lo tanto, son unos presupuestos continuistas para AP, con los que se produjo la huelga y el colapso. Se debería impulsar de una forma mucho más decidida la financiación para la AP.

¿Considera resueltas las urgencias extrahospitalarias?

No tengo esa sensación. Fue uno de los grandes errores de gestión. En 2019 fue el último año en que funcionaron con normalidad los puntos de urgencia extrahospitalaria, que atendieron a 750.000 madrileños. Por eso no compartimos el cierre. Luego llegaron propuestas cada cual más surrealista, la apertura de unos 80 centros con el personal de 40, la videoconsulta para patologías no urgentes, etc. La última reorganización diferencia dos tipos de centros: los que tienen equipo sanitario completo y los que no. La realidad es que ninguno de ellos está contando con un médico de forma rutinaria en la apertura de esas urgencias. Desde el PSOE reivindicamos la presencia de equipos sanitarios completos en los 80 centros. Si yo tuviera responsabilidad de gobierno, no dormiría tranquilo sin garantizar que todos los centros de urgencia tengan equipo sanitario completo. En cualquier momento la ausencia de médico o de enfermera puede costar vidas.

Si nos comparamos con otras comunidades que no tienen esos puntos…

Resulta sorprendente que siendo la comunidad más rica de España, Madrid dé citas para AP a tres semanas, o que se permita el lujo de abrir urgencias sin médico con presencia física.

¿Qué le parece "la nueva vida" del Hospital Zendal con un nuevo Centro de Neurorehabilitación de referencia, un pabellón de atención a afectados por ELA y manteniendo su misión para emergencias?

Una vez construida esa infraestructura el PSOE cree que se le debe dar el uso que se considere más adecuado. Lo que no compartimos es que con unos costes y sobrecostes de 200 millones de euros, con cierto escándalo en materia de contratación, esa infraestructura esté hoy por hoy sin plantilla, atendiendo a muy poquitos pacientes y ni siquiera habilitada como un hospital convencional, es decir, que no pueda garantizar habitaciones con ventana y luz natural. Este es un ejemplo de la política efectista que no resulta efectiva desde el punto de vista sanitario.

Tres de los 100 mejores hospitales del mundo están en Madrid y otros ránquines nacionales sitúan en buen lugar la sanidad madrileña.

Es indudable que en Madrid tenemos grandes hospitales y grandes profesionales, como no podía ser de otra forma para la capital de España. Viene siendo así en las últimas décadas. Tenemos una atención excepcional para la patología aguda. Pero es un modelo que debemos cambiar. Cuando llegamos a un infarto llegamos tarde. Tenemos que hacer prevención, tenemos que controlar los factores de riesgo cardiovascular en AP y ahí es donde tiene Madrid las dificultades. Que el éxito a nivel hospitalario no tape las carencias en AP, en urgencias extrahospitalarias y sobre todo en las listas de espera. De poco le sirve a un madrileño vivir frente a La Paz si tiene que hacer un peregrinaje para poder ser operado allí de una artrosis de rodilla, esperando dos semanas para AP, varios meses para pruebas diagnósticas, y otra demora para la atención quirúrgica que tiene listas de espera récord.

¿Está a favor de que haya un Código Cuidados para los cuidados integrales y financiados de principio a fin a todas las personas como abogamos desde el Colegio?

Sin lugar a duda. Uno de los retos principales de la Sanidad pública y su sostenibilidad es la atención a la cronicidad, lo que requiere de mucha inversión sanitaria y cuidados, incluidos los que se llevan a cabo al final de la vida. Todos en algún momento seremos un enfermo crónico y no podemos abandonar ese abordaje integral de cuidados.










¿Qué le parece la transformación física del Colegio con la modernización de sus infraestructuras para dar mejor servicio a los médicos, la comunidad científica y los pacientes?

Son impresionantes y me han sorprendido gratamente las instalaciones. Sé que hay un repunte de actividad científica y que el colegio está funcionando a pleno rendimiento. Y lo celebro. Aunque hemos echado de menos un apoyo más decidido a los profesionales en la época de la huelgas, estoy maravillado por la infraestructura y la actividad.

¿Qué piensa, como médico colegiado y como miembro del PSOE, sobre la transformación la Fundación ICOMEM para dedicarse a la acción social desde los médicos a los ciudadanos y no solo a formación?

> "La transformación de la Fundación ICOMEM me parece una iniciativa excepcional porque el reto sanitario hoy no se entiende sin el reto social"

Me parece una iniciativa excepcional. Hoy el reto sanitario no se entiende sin el reto social. Y precisamente por ello quiero poner en valor la figura del médico que es una figura humanista, generosa, altruista. Para llegar a ser licenciado en Medicina hay que sortear muchos obstáculos. El profesional médico está dentro de una élite intelectual y renuncia a ser élite económica porque no van de la mano. De ahí que quiero poner en valor el papel del médico y del Colegio de Médicos con este tipo de iniciativas no solo sanitarias sino también sociales y humanistas, que me parecen fundamentales.

Por lo tanto, ¿qué podemos hacer para poner en valor la figura del médico?

Probablemente requiere un abordaje multilateral a través de la sociedad. Hasta en los momentos en los que la sanidad pública ha sufrido mayor asfixia, creo que la visión de la sociedad sobre el médico y la enfermera es muy positiva. Nosotros lo vivimos a diario. El agradecimiento de un paciente al que le has salvado la vida es nuestra nómina psicológica e innegable, pero desde las instituciones tenemos que reivindicar la imprescindibilidad del sistema sanitario y ofrecer unas acordes condiciones laborales a los profesionales, que no son solo económicas, también formativas, tecnológicas, etc, para que la sociedad las pueda compartir y disfrutar. •



A la izquierda, el Dr. Manuel Martínez-Sellés, presidente del ICOMEM; a la derecha, D. Manuel Martínez del Peral, presidente del COFM. / María Marín

Expertos internacionales coinciden en el debate sobre Humanismo y Ética en el ICOMEM:

Hay que priorizar la asistencia sanitaria ética y humanizada desde el inicio hasta el final de la vida

Redacción Madrid Médico

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) organizaron en el ICOMEM una Jornada internacional sobre Humanismo y Desafíos Éticos en la Asistencia Sanitaria en el Siglo XXI, en la que los expertos participantes coincidieron en que hay que priorizar la asistencia sanitaria ética y humanizada desde el inicio hasta el final de la vida.



La Dra. Luisa González presenta y conduce el evento en el Gran Anfiteatro. / María Marín



El anfiteatro completa su aforo durante la jornada. / María Marín

LA REUNIÓN contó con el aval de la Comunidad de Madrid y de las facultades de Medicina y Farmacia de nuestra región, así como con el apoyo de otros colegios profesionales sanitarios y numerosas instituciones.

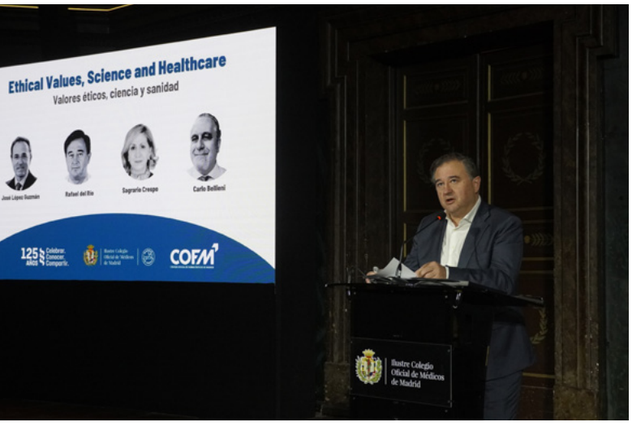
El Dr. Martínez-Sellés, presidente del Colegio de Médicos, destacó que "a todos nos une la preocupación por garantizar una asistencia sanitaria ética y humanizada. En unos momentos, en los que el foco se pone en avances tecnológicos, es necesario volver a la esencia de nuestras profesiones, el trato humano y empático con nuestros pacientes, desde unos principios éticos que ya perfiló Hipócrates hace dos mil quinientos años".

Martínez-Sellés también mostró su preocupación por la legislación actual que contraviene aspectos de la nueva versión del Código español de Deontología Médica recientemente aprobado: "Nuestro código es muy claro. Incluye los artículos 38.4, "el médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente", 61.1 "el ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. Es un deber deontológico respetar y proteger al concebido y no nacido y 64.1, "el médico está al servicio de preservar la vida a él confiada en cualquiera de sus estadios."

> "En momentos en los que se pone el foco en los avances tecnológicos, es necesario volver a la esencia de nuestras profesiones, el trato humano y empático con nuestros pacientes, desde unos principios éticos que ya perfiló Hipócrates hace dos mil quinientos años".
> Dr. Martínez–Sellés, presidente del ICOMEM

También denunció que "tanto la Ley de Eutanasia como la nueva Ley del Aborto tratan de limitar la Objeción de Conciencia, exigiendo que los profesionales sanitarios que quieran acogerse a este legítimo derecho reconocido en nuestra Constitución y en la Carta Europea de Derechos Fundamentales, tengan que inscribirse previamente en un registro, una especie de lista negra que queda a disposición de las consejerías de sanidad".

Antonio Molina, farmacéutico, se refirió a la necesidad de salvaguardar el derecho a la Objeción de Conciencia, como señala la sentencia de 2015 del Tribunal Constitucional. "Los farmacéuticos, en todas las especialidades, formamos parte de la punta de lanza sanitaria, que acoge, escucha, comprende y soluciona los problemas de millones de personas. El ejercicio de este importante derecho debería no sólo protegerse, como de hecho está, sino facilitarse, y normalizarse", manifestó.



El Dr. Rafael del Río, presidente de la Comisión de Deontología del ICOMEM. / María Marín



Segunda mesa redonda sobre 'Bioética y sociedad contemporánea' con Javier Font, David Flores, Carina Escobar, Pablo Siegrist, M. José Borrego y Federico de Montalvo. / María Marín

Tony Borg, profesor de derecho público en la Universidad de Malta centró su intervención en la libertad de conciencia y el aborto. Se preguntó cómo es posible que coexistan la libertad de conciencia con un derecho reconocido en la mayoría de los sistemas legales de acceso al aborto. "El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha mostrado firme en defender la libertad de conciencia en determinadas áreas como el Servicio Militar Obligatorio pero, en lo que respecta al aborto, no ha sido tan consistente ni tan vigilante", dijo.

> El ejercicio de la Objeción de Conciencia debería no sólo protegerse, como de hecho está, sino facilitarse, y normalizarse".
> Antonio Molina, Farmacéutico

APLICACIONES DE IA EN MEDICINA, EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y EL SESGO

El principio de justicia no solo busca un trato igualitario entre las personas y una equitativa distribución de los recursos sanitarios, sino que debe evitar cualquier trato discriminatorio. En este sentido, uno de los mayores peligros bioéticos de las aplicaciones de IA en salud son la aparición de sesgos. Se trata de errores sistemáticos que pueden surgir al seleccionar o manejar datos, y pueden conllevar distribuciones de bienes o servicios no equitativos, o errores de diagnóstico y medios terapéuticos de consecuencias letales. Normalmente, en el mundo de las aplicaciones de IA a la medicina, estos sesgos provienen de una injusticia previa, por ejemplo, la del insuficiente acceso a servicios de salud de algunos grupos de personas.

BIOÉTICA: MÉDICOS MÁS HUMANISTAS

En esta jornada también se escuchó la voz de los pacientes. David Flores Ayestarán, presidente de la Asociación Española de Enfermos DAVD-DAI, una enfermedad genética, degenerativa y que causa arritmias potencialmente mortales, aseguró que "uno de los pilares imprescindibles para la mejora del paciente es colaborar con profesionales de la salud para que esa línea que nos divide sea cada vez más fina, por el bien del paciente y el crecimiento profesional del médico."

Por su parte, Javier Font, presidente de FAMMA–COCEMFE Madrid y de la Fundación 360 para la Autonomía Personal, defendió un enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria. "Son necesarios los médicos humanistas, con voluntad para comprenderlo todo, para adentrarse en la vida del paciente, en este caso, de la persona dependiente. La Bioética debe abordar las circunstancias de las personas con discapacidad, atendiendo la esfera personal a través de sus facetas bio-psico-social. Aunque en un principio la Bioética nace muy pegada a la Medicina, en el caso de la dependencia hay que hablar de ética asistencial. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a una protección singular", dijo.

El Dr. Carlo Bellini, profesor de pediatría en la Universidad de Siena (Italia), se refirió a la importancia de atender a la vulnerabilidad de las personas, concretamente la de los niños. "Actualmente los niños no tienen cabida en la ciudadanía. Ellos pueden sentir dolor desde, incluso, antes de nacer, pero todavía no reciben los tratamientos necesarios para calmarlo".

TRATAR ENFERMOS, NO ENFERMEDADES

Tomás Chivato, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU, habló de la importancia de volver a una medicina basada en la afectividad para que las tecnologías no irrumpan de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes, y de la importancia de la formación de los futuros médicos en valores éticos.

"Es esencial formar a los futuros profesionales de Ciencias de la Salud en Ética durante sus años de estudios en la Universidad. La tecnología avanza a gran velocidad, pero se está resintiendo la relación con los pacientes. Siendo importante la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los diagnósticos y los tratamientos es muy importante en Medicina mantener la afectividad. El Juramento Hipocrático sigue plenamente vigente dado que hemos de practicar una Medicina centrada en el paciente, no únicamente centrada en las pruebas o datos obtenidos", dijo el Dr. Chivato.

En la línea de la tecnología, Federico de Montalvo, catedrático de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, alabó las virtudes de la biotecnología, a la que considera 'lo más disruptivo desde hace años' porque nos ha permitido alterar la naturaleza humana. Sin embargo, ha alertado de los riesgos que esta puede tener si no avanza desde el punto de vista ético y legal. En el caso concreto de la Medicina, "necesitamos nuevos derechos como el derecho a una Atención Humana, que pongan al médico en el centro de la atención al paciente y a la máquina a un lado, apoyándolo", exigió.

Sobre la necesidad de ofrecer formación en Ética, Annette Hanson, de la Universidad de Maryland, EEUU, abogó por proteger a las personas vulnerables. Consideró que la enseñanza de la Ética Médica es esencial para los médicos jóvenes. "Deben conocer los posibles conflictos de funciones y las complicaciones relacionadas con su práctica. Por ejemplo, un psiquiatra forense que trabaje en una prisión tiene el deber de preservar la seguridad de la institución, lo que puede obligarle a informar sobre el mal comportamiento o las amenazas a la seguridad que plantee un paciente. Del mismo modo, un psiquiatra forense que testifica en un caso penal puede causar daño a un evaluado si ese testimonio conduce al encarcelamiento o a la pena capital".



Primera mesa redonda sobre 'Valores éticos, ciencia y sanidad' con el Dr. Rafael del Río, José López Guzmán, Sagrario Crespo y Carlo Bellieni. / María Marín

> "Hay que apuntar hacia una identidad sólida basada en el profesionalismo actualizado y centrado en el paciente, con una visión realista de la enfermedad y la muerte".
> Rafael del Río, Presidente del Comité de Deontología del ICOMEM

En la educación en Bioética también incidió María José Borrego, profesora de Fisiología y Fisiopatología en la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo de Madrid: "Deberíamos tomarnos como una obligación la formación en humanismo de los futuros profesionales sanitarios. Pero no se trata solamente de hacer un máster, sino de mantener una formación continuada".

La Bioética en la investigación también ocupó un importante lugar en la Jornada: "Si las investigaciones no se enmarcan en unos criterios éticos que velen por la dignidad de las personas, pueden volverse contra de ellas", subrayó Mónica López Barahona, directora de la cátedra de Bioética Jérôme Lejeune.

Por último, el Dr. Rafael del Río, presidente del Comité de Deontología del ICOMEM pidió construir una alianza entre todos los profesionales sanitarios. "Hay que apuntar hacia una identidad sólida basada en el profesionalismo actualizado y centrado en el paciente, con una visión realista de la enfermedad y la muerte", argumentó.



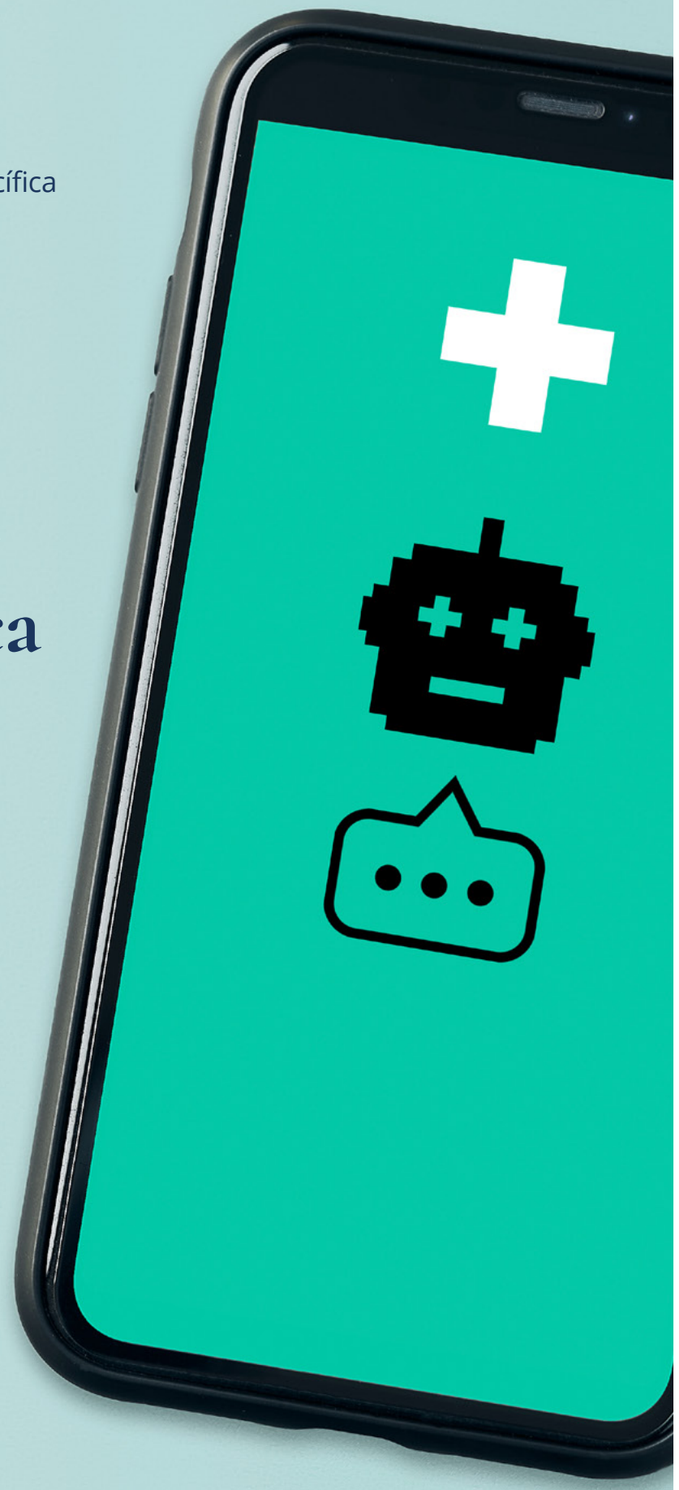
Primera mesa redonda sobre 'Valores éticos, ciencia y sanidad' con el Dr. Rafael del Río, José López Guzmán, Sagrario Crespo y Carlo Bellieni. / María Marín

TRIBUNA ABIERTA

Los médicos necesitan formación específica

La Inteligencia Artificial (IA), inevitable en la atención médica

Dr. Jaime del Barrio
– *Médico internista.*
– *Senior Advisor de Healthcare & Life Sciences en EY.*
– *Consejero independiente en Atrys Health.*
– *Presidente de la Asociación Salud Digital.*



LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL apareció en 1956, cuando el prominente informático John McCarthy se refirió a la ciencia e ingenio de hacer máquinas inteligentes, especialmente programas de computación inteligentes. ¿Qué ha ocurrido para que en los últimos meses acapare titulares diarios en todos los sectores incluido el de la salud? Se ha dado el salto a una inteligencia generativa, a través del ChatGPT, que supera significativamente por su potencia y características -gestionar imágenes, escribir textos y responder preguntas, a semejanza del humano-, a otras previas como la convencional y la computacional.

> "Los médicos no estamos preparados para la necesaria transformación de la medicina a través de la IA"

La expectación fue tal que, dos meses después de su lanzamiento, la seguían más de 100 millones de usuarios, un hecho sin precedentes que encendió las alarmas a todos los niveles: político, científico, ético, legal, de ciberseguridad, hasta el punto de que sus propios creadores, sus principales inversores y miles de académicos estén alertando de sus extraordinarios peligros y de que se haya celebrado en Reino Unido una cumbre mundial donde más de 28 países hayan analizado sus riesgos.

Hay mucha incertidumbre, pero también es cierto que la inteligencia artificial nos brinda oportunidades. Cuando hablamos de salud, de atención sanitaria y en concreto de atención médica, hemos de garantizar que los avances que nos proporciona tenga para el ciudadano, a través nuestro, la precisa evidencia científica de sus beneficios.

Se va avanzando. La revista *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, referente "de toda la vida" para los médicos, ha anunciado para 2024 la creación de una publicación especializada en inteligencia artificial denominada NEJM AI. ¿Qué se habrá visto para tomar una decisión tan trascendente e innovadora en su robusta línea editorial? En sus más de 200 años de historia, nunca había tomado una medida similar; algo muy grande debe estar por pasar.

LA IA Y LA SALUD

En La transformación de la IA y de la tecnología que impulsa el cambio social afecta al sector de la salud en toda su magnitud y especialmente a la atención médica. ¿Estamos los médicos formados para ello? ¿En qué condiciones estamos para liderar el cambio que la sociedad necesita? Hemos de reconocer, sin duda, que no. Los médicos no estamos preparados para la necesaria transformación de la medicina a través de la IA.

Vemos escépticos como la IA y otras herramientas se incorporan a nuestra práctica clínica, para ayudarnos, nunca sustituirnos, en la toma de decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y en el seguimiento terapéutico e incluso en la predicción, antes de la prevención.

He de recordar que correlación o poder predictivo no implica causalidad. Los algoritmos de apoyo a la decisión clínica (CDS) son de gran ayuda a la hora de indicar el tratamiento a prescribir o el riesgo ante una determinada cirugía. El éxito depende en gran medida de cómo actuemos los médicos y cómo interpretemos las predicciones de riesgo de un algoritmo.

No se trata de que seamos expertos en matemáticas o informática, pero sí de tener una comprensión básica de lo que hace un algoritmo en términos de probabilidad y ajuste de riesgo. Necesitamos tener competencias digitales. En todos los sectores son muy demandados los profesionales especializados en inteligencia artificial y aprendizaje automático, automatización de procesos, analistas y científicos de datos, especialistas en 'big data', arquitectos de bases de datos y desarrolladores de aplicaciones y 'software'. La demanda es grande y la oferta escasa, por lo que tendremos dificultades para que se incorporen al mundo sanitario.

EDUCACIÓN

La educación médica universitaria y de postgrado, y la capacitación clínica deben incorporar una cobertura explícita del razonamiento probabilístico adaptado específicamente a los algoritmos CDS para mejorar nuestras capacidades, incorporando resultados probabilísticos en la toma de decisiones clínicas y practicando la interpretación de predicciones CDS en el aprendizaje aplicado. Debemos aprender a comunicar a nuestros pacientes sobre la toma de decisiones guiadas por CDS.

La medicina personalizada de precisión alcanza una nueva dimensión con el análisis de la probabilidad y el riesgo de hacer y no hacer, siempre en beneficio del paciente, de la mano del profesional médico.

Los sistemas sanitarios están colapsados y los profesionales "quemados". El aumento de la expectativa de vida y la cronicidad prevén que entre 2015 y 2050 el porcentaje de personas mayores de 60 años (principales demandantes de atención médica) casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Por ello en el mundo hay previsto un déficit de 18 millones de profesionales sanitarios en 2030, lo que requiere un cambio urgente de modelo de atención médica hacia la virtualización, la automatización y la IA, sin perder de vista la humanización.

La IA generativa tiene casos de uso potenciales en todo el sector sanitario. •

Las aplicaciones
de la inteligencia artificial en medicina

Un reto para la bioética





Rafael Amo Usanos
– Director de la Cátedra de Bioética de la U. P. Comillas.

LOS USOS que la inteligencia artificial (IA) tiene en medicina crecen exponencialmente y es prácticamente imposible hacer una descripción detallada. En el informe que la Asociación Española para la Digitalización publicó en febrero de 2022[1], las aplicaciones se clasificaban en cinco categorías: tratamientos y cuidados personalizados; asistencia al diagnóstico médico; medicina preventiva y autocuidado; investigación biomédica y desarrollo de nuevos fármacos, y gestión optimizada de los hospitales y mejora de la calidad asistencial.

Desde la Bioética quizá resulte más sistemático utilizar algunos de los principios clásicos para hacer un recorrido por las aristas éticas de estas aplicaciones[2].

1. https://www.digitales.es/wp-content/uploads/2022/02/Informe_IA_Etica_en_Sanidad.pdf
2. Rafael Amo Usanos, Inteligencia Artificial y Bioética, Madrid, Comillas, 2023.

AUTONOMÍA, PRIVACIDAD E IA

En el interior del principio de autonomía se encuentra el consentimiento informado y el respeto a la privacidad. De estos dos elementos, con respecto a las aplicaciones de IA, es la privacidad donde más problemas éticos aparecen, ya que pueden poner en peligro el respeto a la privacidad al menos de tres modos.

El primero es la forma de recopilación de los datos, que puede llegar a darse sin consentimiento explicito del paciente, ya sea porque los responsables de las bases de datos adquieran la información clínica de forma ilegítima; ya sea porque, aunque el paciente haya dado el consentimiento para el uso de sus datos lo haya hecho para un uso determinado y no para el genérico entrenamiento de la IA.

El segundo caso puede darse por la reidentificación del paciente. La capacidad de procesamiento de datos es tan grande que éstos, cruzados con noticias, redes sociales, etc., pueden acabar con la identificación del paciente que cedió su uso con una anomización simple.

El tercer caso, aunque habría que calibrar bien la responsabilidad, es la exposición al robo de datos. Los datos son un activo importantísimo y están expuestos al mundo del delito, pueden ser robados y utilizados de forma ilegítima, lo cual obliga a los gestores de datos a extremar las medidas de protección, pues una negligencia o una falta de esmero en esta cuestión puede suponer una forma indirecta de violación de la privacidad.

EL POSIBLE DAÑO CAUSADO POR LA IA

En Bioética, el principio de no-maleficencia significa que se debe impedir hacer daño intencionalmente y que, por tanto, se deben evitar prácticas o tecnologías que causen daño. En principio la IA no está diseñada para causar daño, pero lo puede hacer, esta es la realidad.

> “Por eficaces que sean las aplicaciones de IA en medicina, nunca deben interponerse entre el sanitario y el paciente en el encuentro interpersonal, sino que deben favorecerlo”

En general, en el uso de tecnología en salud el daño puede provenir de dos lugares: del mal uso de la tecnología o de un defecto en el funcionamiento de ésta. Pero en las aplicaciones de IA a la medicina, que utilizan algoritmos de caja negra -aquellos en los que el usuario no puede ver la forma interna de funcionamiento-, el clásico *non nocere* de la Bioética adquiere una dimensión alarmante ante la posibilidad de un futuro un tanto distópico: una IA haciendo daño al ser humano se asemeja mucho a la rebelión de los robots.

El problema del daño en una IA generativa es determinar quién es el responsable, más allá del supervisor de su uso. La respuesta rápida es afirmar que se trata de quien la diseñó o quien utilizó sus conclusiones sin la debida supervisión. Pero el problema está en aquellos casos en los que ese primer humano es inaccesible, porque es imposible trazar la línea hasta él. Es aquí donde entran en juego los principios éticos para el diseño de los algoritmos que formularon Nick Bostrom y Eliezer Yudkowski: responsabilidad, transparencia, auditoría, incorruptibilidad, predictibilidad y una tendencia a no hacer que víctimas inocentes griten con frustración indefensa.

APLICACIONES DE IA EN MEDICINA, EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y EL SESGO

El principio de justicia no solo busca un trato igualitario entre las personas y una equitativa distribución de los recursos sanitarios, sino que debe evitar cualquier trato discriminatorio. En este sentido, uno de los mayores peligros bioéticos de las aplicaciones de IA en salud son la aparición de sesgos. Se trata de errores sistemáticos que pueden surgir al seleccionar o manejar datos, y pueden conllevar distribuciones de bienes o servicios no equitativos, o errores de diagnóstico y medios terapéuticos de consecuencias letales. Normalmente, en el mundo de las aplicaciones de IA a la medicina, estos sesgos provienen de una injusticia previa, por ejemplo, la del insuficiente acceso a servicios de salud de algunos grupos de personas.

LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Y LAS APLICACIONES DE IA

El principialismo europeo pone en primera línea el principio dignidad. El saldo que arroja la aplicación de este principio es que nadie puede ser utilizado como medio sino tratado siempre como fin. La necesidad de datos que tiene la IA puede convertir a las personas en fuentes de datos por sí mismas, con el consiguiente riesgo de cosificación. Para algunos desarrolladores de aplicaciones de IA, somos importantes en la medida en que aportamos datos, nuestras historias clínicas.

La centralidad de la persona es otra de las consecuencias del principio dignidad, con ello se afirma que ésta, con todas sus dimensiones, no puede ser relegada. Para el campo de la medicina digital, y también de las aplicaciones de IA en medicina, la traducción es inmediata: la relación sanitario-paciente no es una mera relación administrativa sino un verdadero encuentro personal, como recordaba Pedro Laín Entralgo. Por tanto, por eficaces que sean las aplicaciones de IA en medicina, nunca deben interponerse entre el sanitario y el paciente en el encuentro interpersonal, sino que deben favorecerlo.

LA PERSONA EN EL CENTRO

El debate sobre el papel de las tecnologías no es sencillo: si cualquier tecnología es buena, si son neutras o si debemos tener precauciones hacia ellas. La historia demuestra que la sociedad solo ha avanzado en humanidad cuando ha puesto a la persona en el centro de su reflexión y actuación. •

Se requiere un marco regulatorio adecuado

La protección de los Derechos Humanos ante la Inteligencia Artificial



José Carlos Abellán Salort
– Profesor de Bioética y Derecho. Universidad Rey Juan Carlos.



LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (I.A.) ocupa un lugar protagónico entre las tecnologías promotoras de la "Cuarta Revolución Industrial" y podría definirse como "una herramienta tecnológica de base computacional capaz de emular capacidades y funciones propias del cerebro humano".

Sus aplicaciones están presentes en diversas áreas de la vida social, desde la robótica o los recientes desarrollos de vehículos de conducción autónoma hasta procesos electorales, medicina y cirugía.

Los sistemas de I.A. almacenan y gestionan información que les permite tomar decisiones, es decir, están diseñados para actuar de modo inteligente, resolver problemas y ofrecer soluciones eficaces. Como si fueran humanos, pero con capacidades muy superiores.

Pero las enormes oportunidades que ofrece esta tecnología para el desarrollo industrial, comercial y social no están libres de generar riesgos para los derechos humanos, para la gobernanza del ámbito privado y público, y para el modo en que los seres humanos contemplamos nuestra identidad y nuestras relaciones sociales.

DECISIONES QUE AFECTAN A LOS HUMANOS

Las decisiones y procesos incoados por los sistemas de I.A. afectan a las cosas y a diversas realidades, pero también nos afectan a los seres humanos. Por ejemplo, cuando preparamos a una superinteligencia artificial para evaluar y procesar un volumen ingente de datos médicos, biométricos y clínicos de un enfermo, para obtener un diagnóstico y propuesta de tratamiento certero en cuestión minutos, ¿qué derechos humanos están en juego por la actividad de estas máquinas que tanto pueden ayudar a la humanidad a través de las tecnologías de la I.A.?

Se plantea, por ejemplo, que si un diagnóstico médico se basa exclusivamente en asépticas consideraciones técnicas realizadas por una I.A., podría postergar o dejar sin la adecuada atención sanitaria a una persona, como consecuencia de la aplicación de criterios muy objetivos pero quizá deshumanizados.

La precisión del manejo de los datos de salud por un robot que, a priori, permitirían objetivar mejor un diagnóstico o tratamiento médico, no debería excluir la participación de un equipo médico especializado, que tenga en cuenta elementos subjetivos como síntomas, situación clínica y pronóstico que deben integrarse en las decisiones clínicas.

Está en juego el derecho a la salud, el derecho a la asistencia sanitaria que no puede negar automáticamente determinados niveles de atención a personas por una decisión basada en algoritmos.

Además, deben considerarse los riesgos asociados al tratamiento de los datos personales, porque los datos relativos a la salud merecen especial protección jurídica para garantizar el derecho fundamental a la intimidad. Está también la determinación de la posible responsabilidad civil por los daños ocasionados a las personas por la actuación de un robot o la aplicación de una inteligencia artificial.

Desde el punto de vista de su afectación a los derechos humanos, el principio general es que las decisiones de una I.A. no deberán incorporar ningún sesgo discriminatorio arbitrario o injustificado para las personas.

Pero para garantizar que la inteligencia artificial contribuya al bienestar de los seres humanos, es fundamental contar con un marco regulatorio adecuado.

LA UNIÓN EUROPEA

La Comisión Europea ha promovido la reflexión, ética jurídica y política de la Unión Europea respecto de la I.A., reivindicando derechos que deberíamos conservar los humanos en nuestra relación con robots y, en general, con sistemas de I.A. que tienen que ver con la transparencia, accesibilidad, usabilidad, seguridad, trazabilidad e interdicción humana respecto de los procesos de decisión de las inteligencias artificiales.

En el mes de junio de este año 2023, el Parlamento de la Unión Europea inició la tramitación de la *Ley de Inteligencia Artificial*, la primera ley integral sobre I.A. del mundo, cuyo objetivo prioritario es garantizar que los sistemas de I.A. utilizados en la UE sean seguros, transparentes, trazables, no discriminatorios y respetuosos con el medio ambiente.

Los sistemas de I.A. deben ser supervisados por personas y no automatizados, para evitar resultados perjudiciales.

El Parlamento también quiere establecer una definición uniforme y tecnológicamente neutra de la I.A. que pueda aplicarse a futuros sistemas. Distingue obligaciones para proveedores y usuarios en función del nivel de riesgo de la I.A. y hasta se refiere a la I.A. generativa, como ChatGPT, que tendría que cumplir requisitos de transparencia:

- revelar que el contenido ha sido generado por I.A.
- diseñar el modelo para evitar que genere contenidos ilegales
- publicar resúmenes de los datos protegidos por derechos de autor utilizados para el entrenamiento[2].

Se espera que esta ley europea, de la que se puede consultar su Informe previo[3], sea aprobada antes de que termine el año 2023. Confiemos en que logre el objetivo de acertar en la identificación de los riesgos y garantizar los derechos humanos de todos, ante tan prometedora tecnología.

---

1. Comisión Europea. (2018). IA para Europa. Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo, al Consejo Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Informe SWD (2018) 137 final. https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2018/ES/COM-2018-237-F1-ESMAIN-PART-1.PDF

2. https://www.europarl.europa.eu/news/es/headlines/society/20230601STO93804/ley-de-ia-de-la-ue-primera-normativa-sobre-inteligencia-artificiall

3. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698792/EPRS_BRI(2021)698792_EN.pdf



Un avance espectacular que redundará en mejoras de los Sistemas de Salud

La IA, importante pero no sustitutiva en el campo médico



Ignacio Olmeda

– *Director del Master en Inteligencia Artificial en Salud. Universidad de Alcalá.*

EL AVANCE DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) en medicina es simplemente espectacular. Se estima que el mercado de aplicaciones de la IA en este entorno experimentará un incremento anual próximo al cincuenta por ciento hasta final de la presente década. Es imposible resumir las aplicaciones de la IA surgidas en los últimos años en el campo médico, aunque nos ciñésemos a las más novedosas, por eso, nos referiremos solo a tres tendencias que se materializarán, con toda probabilidad, en mejoras para los pacientes, los profesionales sanitarios y los sistemas de salud.

Estas tres tendencias son la IA Multimodal, la IA Explicativa y la IA Generativa.

IA MULTIMODAL

Son los sistemas de IA que utilizan datos de naturaleza diversa. La IA multimodal resulta particularmente prometedora en el campo médico porque en este contexto es importante que la información sea diversa y permita adoptar una visión integradora de un problema médico. Por ejemplo, la información de genoma y epigenoma, microbioma, imágenes médicas, biosensores, notas médicas, etc. caracteriza de distintas formas a un paciente. Igualmente la información geoespacial, temporal, y medioambiental modula la interpretación de un determinado evento de salud pública. Un diagnóstico médico sólo puede darse desde una perspectiva holística, con la mayor cantidad posible de información de calidad y contextualizada. Lamentablemente, los límites cognitivos humanos están acotados (la especialización médica surge, precisamente, de esta limitación) y es imposible que un facultativo pueda analizar, con igual grado de profundidad, cada una de las posibles fuentes de información.

Sin embargo, los sistemas de IA no tienen, en principio, límite en el manejo de volúmenes masivos de información y pueden ofrecer un diagnóstico integrador. Aún más, los sistemas de IA pueden ser ensamblados de forma que uno puede especializarse en el análisis de imágenes médicas mientras otro analiza la forma en que un paciente razona y se expresa para ofrecer, conjuntamente, hipótesis plausibles sobre, digamos, una enfermedad mental. Adicionalmente, es ya perfectamente posible que los sistemas de IA dialoguen entre sí y requieran pruebas adicionales para confirmar o rebatir un diagnóstico.

Pronto veremos cómo los sistemas de IA aumentan sus capacidades para moverse entre diferentes tipos de datos. Por ejemplo, recientemente OpenAI, la empresa creadora del famoso *Chat GPT*, ha lanzado una nueva versión que permite generar expresiones en lenguaje común a partir del análisis de imágenes o sonidos. Esto significa que *Chat GPT* es capaz ya de oír, ver y hablar. Esto estimulará el debate sobre la capacidad real de pensar de las máquinas, pero se desdibuja más la separación entre inteligencia artificial y humana.

A pesar del enorme interés de la IA multimodal en el campo médico, hay dificultades para su aplicación. Estos obstáculos no son técnicos, sino que se derivan de la escasez de datos y de las restricciones en su acceso. Es difícil aventurar, por ejemplo, cuando será posible disponer de información completa de pacientes obtenida de distintas fuentes; si serán precisos cambios regulatorios y, por supuesto, si se realizará una mayor inversión en sanidad. Será necesaria una actitud más abierta de pacientes, profesionales, instituciones y proveedores sanitarios en los límites que permita la ley.

> “La ventaja de los sistemas de IA consiste en aumentar, y no reemplazar, las capacidades humanas y, como ocurre en el contexto humano, las decisiones colegiadas son generalmente las más exactas”

IA EXPLICATIVA

Es la segunda tendencia. Se considera que los sistemas de IA son “cajas negras” capaces de obtener conclusiones certeras a partir de datos, pero que son incapaces de explicar la secuencia lógica empleada para llegar a tales conclusiones.

Esto se debe a la naturaleza de los modelos: por ejemplo, el mencionado ChatGPT emplea probablemente más de cien mil neuronas y billones de conexiones sinápticas artificiales, haciendo imposible explicar por qué se produce una determinada interacción. Aunque los humanos tenemos también limitaciones en este sentido (por ejemplo, es difícil explicar por qué nos gusta una pieza musical), nuestras capacidades lingüísticas permiten establecer un discurso explicativo que aporta solidez a nuestras conclusiones. Los nuevos sistemas de IA están haciendo progresos y ofrecen explicaciones sobre la conceptualización que hacen de los datos. Estas nuevas funcionalidades, previsiblemente, permitirán establecer un diálogo muy fructífero a la hora de evaluar la potencialidad y aplicabilidad de los sistemas creados.

En el campo médico, la capacidad de los sistemas de IA de interactuar con pacientes y profesionales sanitarios de manera más natural posee ventajas y facilitará la introducción de estos sistemas en entornos cotidianos. Sin embargo, existen peligros evidentes como otorgar mayor valor a las explicaciones de estos sistemas que a las de los profesionales humanos, confundiendo una mayor capacidad de imitación con una racionalidad real. Aún más grave sería que los profesionales sanitarios accedieran a ser suplantados por estos sistemas, asumiendo sus diagnósticos, recomendaciones y explicaciones como propios. La ventaja de los sistemas de IA consiste en aumentar, y no reemplazar, las capacidades humanas y, como ocurre en el contexto humano, las decisiones colegiadas son generalmente las más exactas.

IA GENERATIVA

Su propósito es producir contenido nuevo, como texto, imágenes, video y otros datos a partir del análisis automatizado de los muchos patrones existentes en bases de datos. Los conocidos *deepfakes*, son ejemplos populares de la IA Generativa. Actualmente, con IA generativa es posible crear programas a partir de la descripción textual del problema a resolver (*Copilot*) o incluso componer piezas musicales con un determinado estilo (*Soundful*). Tareas como las anteriores, con un fuerte componente creativo, se consideraban inalcanzables por las máquinas, pero la IA Generativa parece capaz de derribar parcialmente ese muro.

En Medicina, la IA Generativa ofrece, entre otras, la posibilidad de crear pacientes sintéticos sobre los que experimentar tratamientos alternativos. También permite generar o completar información en imágenes médicas o mejorar su resolución. Otra posible aplicación es la generación de datos, aumentando la significatividad de un determinado estudio. Adicionalmente, y este es un aspecto crucial, la IA Generativa podría resolver el dilema existente entre las necesidades de preservar la privacidad de los datos médicos y la necesidad de disponer de grandes volúmenes de datos, porque sería posible generar datos sintéticos que conserven la estructura de los datos originales sin revelar información personal o restringida.

Las tres tendencias mencionadas supondrán un impulso aún mayor a la aplicación de la IA en el campo médico. Sin embargo, con independencia de los espectaculares avances que se producirán, es importante recordar que, al menos por el momento, estos sistemas carecen de una formación técnica, no “van a la universidad”. Sería, a nuestro juicio, completamente especulativo atribuir a dichos sistemas el conocimiento de un profesional sanitario, que sí posee una comprensión sistémica de los problemas a tratar. Por eso es preciso concluir diciendo que la IA ofrece una enorme capacidad aumentativa, pero no sustitutiva, en el campo médico. •

Redes Sociales y adolescentes

La acuciante necesidad de tomar medidas



Manuel Faraco Favieres

– *Psiquiatra. Director Médico de los Centros Adalmed.*

LAS "REDES SOCIALES" (RR.SS), que nos permiten la comunicación instantánea, surgieron a mediados de los 90 (Classmates, SixDegrees) pero se desarrollaron en la primera década de este milenio (LinkedIn, Facebook, YouTube, X antes Twitter) con la aparición del smartphone que nos permite acceder a ellas las 24 horas del día.

La adolescencia es un período complicado para la maduración del cerebro y la personalidad, y las redes tienen un especial impacto, en parte porque los padres y la sociedad en general tienen pocas posibilidades de controlarlas.

La conectividad masiva entre las personas tiene beneficios incuestionables, pero estudios recientes revelan datos preocupantes sobre el efecto negativo de las RRSS en la adolescencia y juventud. Uno de ellos indica que el smartphone usado en el grupo de edad entre 11 y 17 años puede tener más de 230 impactos en RR.SS al día, muchos en horas lectivas y otros en tiempo de (supuesto) sueño. Otros estudios vinculan el consumo masivo de redes con el crecimiento de la tasa de suicidios, autolesiones y enfermedades mentales, como la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria.

Las publicaciones científicas anglosajonas dejan pocas dudas[1]. La causa del empeoramiento importante de la salud mental, sobre todo en chicas adolescentes, es atribuible a las RR.SS. Uno de los estudios demuestra cómo coincide cronológicamente el aumento de patologías psiquiátricas con el crecimiento de Facebook en diversos condados y estados norteamericanos.

También hay interesantes estudios en nuestro país. Un artículo de 2022 (Arenas-Arroyo, Fernandez-Kranz, & Nollenberger (2022; study 3.3.2) encuentra una relación significativa entre la implantación de internet por fibra óptica en distintas provincias españolas y la tasa de intentos de suicidio, autolesiones y depresión en la población femenina de entre 15 y 19 años. Los autores insisten en "la necesidad de intervenciones políticas para mitigar el impacto de las RR.SS en la salud mental de los adolescentes" en España.

> "Los estudios vinculan el consumo masivo de redes con el crecimiento de la tasa de suicidios, autolesiones y enfermedades mentales, como la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo en chicas"

Por tanto, hay que formar a los profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental en la detección de estas patologías, una tarea compleja que requiere de actualización casi semanal, dada la velocidad de cambio que tienen las RR.SS a las que accede la población infantojuvenil, que además incitan a un uso intensivo. La sensación de seguridad que las familias podemos tener cuando los niños y adolescentes están estudiando en su habitación con el ordenador y el smartphone, hace que nos preocupemos demasiado tarde, cuando gran parte del daño está hecho. Por supuesto, se puede intervenir e incluso revertir las consecuencias de esta lesión en su salud mental, pero la reacción de la sociedad antes estos negocios online con consecuencias tan funestas está siendo lenta e inadecuada.



INEFICACIA EN LA RESPUESTA

El equipo terapéutico multidisciplinar de los hospitales de día de jóvenes y adolescentes que dirijo sostiene que esta ineficacia se debe principalmente a dos factores. En primer lugar, nuestro cerebro no está preparado para detectar amenazas a nuestra salud que procedan del "entorno virtual". En realidad, la diferencia entre el denominado "entorno físico-real" y el "visuauditivo-virtual" es solo el número y modalidad sensorial con la que nos relacionamos en dicho medio. En el "entorno virtual" usamos (por el momento) casi con exclusividad vista y oído y en el "real" empleamos también el tacto y el resto de modalidades. Desde una perspectiva evolucionista nos parecen "más reales" los peligros que nos pueden tocar (ej. la mordedura de un animal), mientras que los "mundos virtuales" parecen equivocadamente más inofensivos. Esta deficiencia cerebral hace que nos parezca normal que los dueños de un casino "real" o de una discoteca sean los responsables legales de impedir que nuestro hijo de 12 años burle los controles de entrada. En el caso de las RR.SS, somos los padres los que tenemos que asumir el 100% de esa responsabilidad.

En segundo lugar, el discurso de la libertad como valor máximo en la sociedad actual tiene como consecuencia que las restricciones y prohibiciones tengan muy mala acogida entre la opinión pública; se reciben mejor medidas orientadas a reforzar la "educación para manejar las RR.SS y la autorregulación de niños y adolescentes. En realidad, las dos estrategias son perfectamente compatibles, pero en la situación actual de alarmante incremento de la patología mental en menores, hay que priorizar las primeras sobre las segundas.

ADICCIÓN

Hablamos de videojuegos y RR.SS diseñados para ser adictivos, y que incrementan comportamientos sintomáticos como las autolesiones. Estas nuevas vías de comunicación en el cerebro adulto revolucionan las formas de relacionarnos y generan nuevos patrones de comportamiento, muchos de ellos disfuncionales. Sin embargo, en el cerebro infantojuvenil, que tiene mayor neuroplasticidad, los efectos son más rápidos y nocivos. La adicción se instaura con más rapidez y los efectos de los "likes" sobre el material publicado en RR.SS deterioran de forma dramática la autoestima de los menores, sobre todo de las chicas; en varones es más significativo el impacto de las adicciones a videojuegos. Además, nos enfrentamos con la precocidad y facilidad de acceso a la pornografía, que tiene una influencia marcada sobre los comportamientos sexuales de los menores, que están expuestos a escenas de extrema violencia sin aviso ni control efectivo alguno.

Por poner un ejemplo real, en el grupo de terapia de uno de los hospitales que dirijo 8 de los 10 participantes, todos menores de 17 años, habían quedado muy impactados, incluso con pesadillas y crisis de ansiedad, por un video "sorpresa" en la red X (antes Twitter), que mostraba grabado en directo el suicidio mediante un disparo en la cabeza de un ciudadano ruso.

> "La comunidad médica tiene que movilizarse y ayudar a establecer medidas de prevención"

MOVILIZARSE

La comunidad médica tiene que movilizarse y ayudar a establecer medidas de prevención. Se publican artículos y se celebran jornadas para acometer este problema, en ocasiones con el aparente apoyo de las empresas de RR.SS. En la actualidad se intenta poner en vigor la normativa europea de la DSA (Ley de Servicios Digitales) para proteger los derechos de los ciudadanos. Pero su formulación se queda corta para la protección de menores, porque no están debidamente identificados. Como psiquiatra dedicado a la atención de la salud mental de adolescentes considero necesaria mi implicación en propuestas y objetivos concretos.

> "Revelar el DNI a las plataformas puede parecer un gran inconveniente, pero proteger la salud mental de los menores es mucho más importante que nuestros reparos y deseos de anonimato en las Redes Sociales"

Aprovecho la ocasión que me ofrece Madrid Médico para apoyar la iniciativa de ADETCA, una asociación de familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, llamada "DNI EN REDES". Se trata de pedir al gobierno que promueva una ley que obligue a estas empresas a la correcta identificación mediante el DNI, subido con fotografía, de cualquier persona que quiera pertenecer a una R.S. Este requisito debería ser indispensable, como lo es para abrir una cuenta bancaria o alquilar un patinete eléctrico. Los requisitos técnicos para la implantación del DNI son sencillos y, una vez identificados, los menores estarán adecuadamente protegidos. El actual control, preguntar al usuario si tiene la edad mínima, es ridículo e ineficaz. Con esta simple medida conseguiremos que se respete la legislación en cuanto a edad para acceder a las RR.SS (14 años en España sin consentimiento de los tutores), y que el material al que accedan hasta su mayoría de edad esté debidamente supervisado.

El problema principal de no poder "filtrar" el masivo contenido que llega a las RR.SS que esgrimen las compañías se puede solucionar permitiendo a los menores acceder solo a contenido supervisado. Revelar el DNI a estas plataformas puede parecer un gran inconveniente, pero proteger la salud mental de los menores es mucho más importante que nuestros reparos y deseos de anonimato digital. •



---

1. https://jonathanhaidt.substack.com/p/social-media-mental-illness-epidemic

Debate en el ICOMEM
sobre los retos de la Psiquiatría

Una especialidad médica con peculiaridades



Redacción Madrid Médico

LA PSIQUIATRÍA MODERNA es ahora una más entre las especialidades médicas, pero tiene sus propias peculiaridades. Por ejemplo, no hay marcadores biológicos que faciliten el diagnóstico y existe un estigma sobre los pacientes. Estas y otras características de la Psiquiatría moderna fueron analizadas el pasado 17 de noviembre en el Colegio por un grupo de expertos reunidos por la Comisión de Deontología del ICOMEM. Se pronunciaron tres ponencias a cargo de los doctores María Fe Bravo, Jefa de servicio de Psiquiatría del hospital La Paz, y los catedráticos de Psiquiatría Jerónimo Saiz, de la Universidad de Alcalá y José Luis Carrasco, de la Universidad Complutense de Madrid.

> "La Psiquiatría es una especialidad no tanto en crisis, sino en continua revisión y evolución"

En la jornada se revisó el panorama actual de esta especialidad, que no lo fue en España hasta 1986 cuándo se equiparó la enfermedad mental al resto de enfermedades médicas, un avance que, según pusieron de manifiesto, se intenta revertir ahora desde algunas instancias legislativas.

Desde un punto de vista estrictamente científico, que es el que importa en medicina, cada vez se sabe más sobre los factores neurobiológicos implicados en la enfermedad mental. Sin embargo, aunque la carga genética tiene influencia sobre la psicopatología, el efecto del ambiente es particularmente importante en el ámbito psiquiátrico. Por este motivo existen varios modos de afrontar la enfermedad mental, haciendo más hincapié en lo biológico, más en lo ambiental, o intentando combinar ambos. Se ha desarrollado de esta manera el modelo biopsicosocial que tiende a dominar la práctica psiquiátrica en nuestros días.

> "El Proyecto de Ley de Salud Mental, por un lado se pretende eliminar el concepto de enfermedad mental, pero por otro introduce en el ámbito de lo psiquiátrico los malestares propios de la vida cotidiana"

Otro aspecto peculiar es que son muchas las especialidades en las que hay interés por lo psicológico. Desde la Psicología, que ofrece una gama muy diversa de psicoterapias, a la Neurología, con la neuropsiquiatría como campo común de conocimiento, hasta nuevas disciplinas que prestan apoyo personal, "coaching", "mentoring", "consulting".

Pero la Psiquiatría también se encuentra con movimientos sociales que niegan la enfermedad mental, y repudian la mayoría de los tratamientos psiquiátricos (antipsiquiatría), algo insólito dentro de la medicina.

RETOS DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA

Son muchos los retos a los que se enfrenta actualmente la psiquiatría. El primero, el incremento de la demanda de asistencia, particularmente grave después de la pandemia y que afecta de forma marcada a la población infanto-juvenil. Esto ha llevado a crear muy recientemente una nueva especialidad médica en nuestro país, la psiquiatría infantil.

También se observa una mayor complejidad de los trastornos mentales, en los que se conjugan factores familiares, educativos, económicos o sociales, y adicciones a tóxicos o nuevas tecnologías que contribuyen a una mayor vulnerabilidad de la población. Por eso es necesaria una estrecha colaboración entre atención primaria y servicios sociales, con los servicios de salud mental. Es preciso además disponer de centros de media estancia para internamientos más prolongados, atención a domicilio o ambulatorio y promover la participación de los enfermos y sus familias. También hay que incrementar los recursos para la investigación.

En la jornada se destacó que la psiquiatría es una especialidad no tanto en crisis, sino en continua revisión y evolución. Se analizó también el cambio en de las características de la atención psiquiátrica, que ha pasado de un modelo de relación médico-paciente paternalista hacia el autonomista. Hoy en todas las especialidades médicas prima el respeto a la voluntad del paciente por encima de otros valores, incluido el propio criterio médico. El problema se da en el ámbito psiquiátrico cuando la competencia del paciente se ve mermada por la propia enfermedad, lo que sin duda también afecta a su autonomía. Hay que considerar, por tanto, un adecuado balance entre autonomía del paciente y responsabilidad del médico, así como entre los deberes del atendido y la propia conciencia del que atiende.

Se puso de manifiesto el gran debate que existe dentro del ámbito psiquiátrico sobre cómo promover sistemas para que los enfermos mentales puedan decidir por sí mismos, las formas de lograr que las intervenciones médicas sean recibidas de forma voluntaria, o el modo de incorporar la experiencia de enfermedad del paciente en las propias intervenciones propuestas.

Los ponentes hablaron del registro de voluntades anticipadas fuera de situaciones de crisis, o de la planificación con el paciente de decisiones ante las posibles crisis futuras. Se trata, en definitiva, de evitar en lo posible aplicar medidas forzosas, objetivo deseable pero no siempre posible por las características propias de la enfermedad mental (compromiso grave del estado mental, falta de conciencia de enfermedad, incumplimiento de los tratamientos) o por la falta de medios adecuados (farmacológicos, materiales, de personal).

PROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL

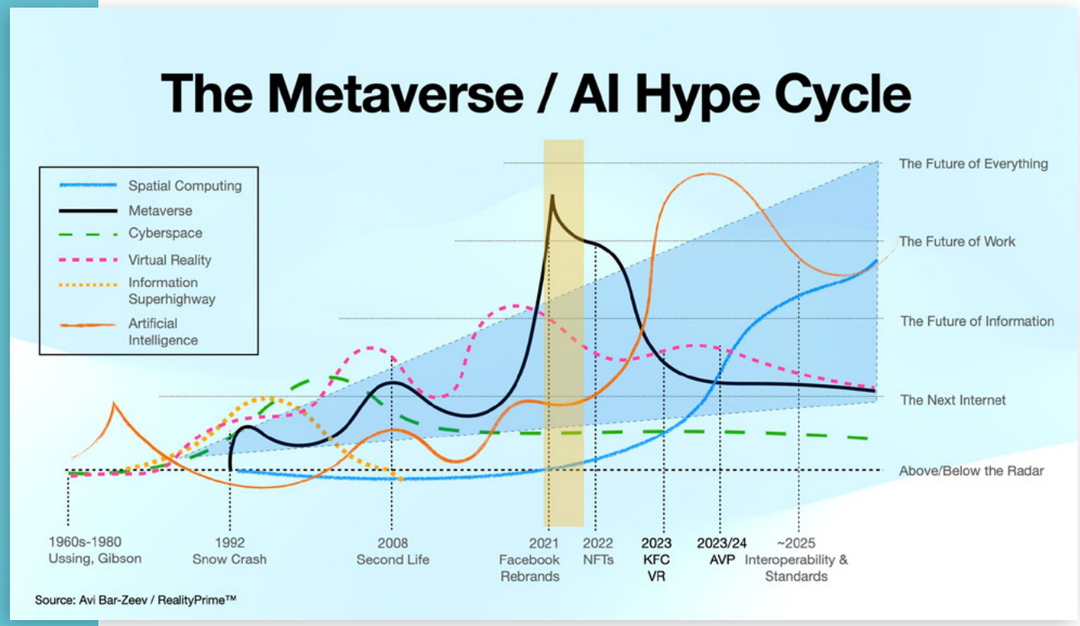
Se debatió también sobre los cambios que plantea introducir el proyecto de Ley de Salud Mental que inició trámites de aprobación en la anterior legislatura, y que contempla propuestas paradójicas.

Por un lado se pretende eliminar el concepto de enfermedad mental, pero por otro se introducen en el ámbito de lo psiquiátrico los malestares propios de la vida cotidiana. Se quieren "despsiquiatrizar" los trastornos mentales más graves, pero se acaban por "psiquiatrizar" los malestares más leves; se pretende que el profesional se haga cargo de todo tipo de quejas que comprometan la salud mental, pero se le limita al profesional la capacidad de actuación por defender a ultranza la autonomía del paciente; se busca que el paciente lo decida todo sobre su salud mental, aunque la enfermedad puede estar afectando su capacidad de optar por lo que verdaderamente le puede mejorar desde el punto de vista psíquico. En definitiva, podría ser una ley que lleve a la psiquiatría, a los profesionales y sobre todo a los pacientes, a aquellos tiempos en los que la enfermedad mental no era considerada competencia de la medicina. Sería un error ya que la psiquiatría ha sido uno de los campos en los que más se ha avanzado desde la investigación básica (neurobiología) y aplicada (psicofarmacología), y que más beneficios ha proporcionado a los pacientes en términos de curación, alivio de síntomas y mejora de la calidad de vida. •



El futuro decidirá dónde encuentra su mejor uso

¿Qué papel tendrá el Metaverso en la práctica de la Medicina?





Dr. Pedro M. Cano Desandes

– Director de estrategia, planificación y organización en el Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell - Cataluña.

EL METAVERSO se ha convertido en los últimos tiempos en un concepto de moda. La promesa de una Realidad Extendida en la que convergen la Realidad Virtual y Aumentada (con gafas 3D, ordenadores y teléfonos inteligentes) y el Internet 5G, ha provocado un aluvión de noticias y expectativas.

La idea de metaverso en el contexto de la salud está en desarrollo y ganó interés en la postpandemia entre la comunidad tecnológica y médica, pero últimamente ha entrado en un periodo de reflexión y ahora se habla más de Inteligencia Artificial.

La Realidad Virtual y Aumentada lleva mucho tiempo ofreciendo posibilidades de uso en la sanidad y los cuidados. Con la potencia que les da el acceso móvil con 5G y el concepto de metaverso, sus posibilidades en Medicina y Cuidados se multiplican porque permiten su uso con mayor agilidad, velocidad y sensación de inmersión realista y síncrona con otras personas. El metaverso será una especie de Internet del futuro con una experiencia social única y síncrona a la que podremos conectarnos con nuestros avatares universales desde cualquier dispositivo móvil u ordenador, visores de Realidad Virtual o de Realidad Aumentada.

El metaverso debe analizarse y considerarse como un canal más de comunicación e interacción médico–paciente. En ese interés, se deberá considerar el coste beneficio del mismo respecto a otros medios actuales.

Aunque se anuncian iniciativas de uso del Metaverso que podrían mejorar la atención a pacientes, algunas de las primeras aproximaciones parecen quedar más en una forma para publicitar en este espacio virtual los productos y servicios de hospitales, clínicas privadas, farmacias, universidades, compañías farmacéuticas y todo tipo de empresas de salud.

USOS CLÍNICOS EN MEDICINA

En el caso de la Medicina, los usos más clínicos y asistenciales estarán en la potenciación de las posibilidades de Realidad Virtual y Aumentada con una experiencia inmersiva y síncrona con otras persona. Irán desde la superposición de información relevante sobre un paciente o la simulación de operaciones médicas, a su uso en formación para estudiantes de carreras biomédicas o experiencias interactivas para escuelas de pacientes con enfermedades crónicas. Si se complementa con la información que se puede obtener de sensores (*Internet of the Things - IoT*) y complementos (*wearables*), las posibilidades de uso crecerán.

A propósito de esto, tiene sentido estudiar su uso en consulta virtual para el tratamiento de fobias, déficit de atención mental, rehabilitación física, meditación y gestión del estrés, gestión del dolor, valoración de lesiones cerebrales y neurorrehabilitación y realidad aumentada para cirugía y autocuidado. El uso de las herramientas 3D de realidad virtual, aumentada y mixta para la formación y mejora de las capacidades de los profesionales médicos y sanitarios, también se verán beneficiados por el metaverso.

Para el acceso a consultas y visitas al médico sin moverse de casa, creo que el uso de los avatares no es beneficioso y es mucho más valioso ver realmente al paciente mediante un sistema de videoconferencia adecuado para estos casos.

Al final, el metaverso proporciona un espacio virtual y aplicaciones que permiten interactuar mediante un avatar con los pacientes, sin riesgo alguno para la salud y sin necesidad de desplazarse a la consulta o al centro médico.

Añadirá una nueva posibilidad de interacción en las funciones y circunstancias en que su uso sea adecuado y habrá aspectos de la prestación de atención médica que se verán afectados por las oportunidades que ofrece el metaverso.

> “En el caso de la Medicina, los usos más clínicos y asistenciales estarán en la potenciación de las posibilidades de Realidad Virtual y Aumentada”

¿DONDE SERÁ VALIOSO?

1. Capacitación, educación y desarrollo de habilidades para impulsar y perfeccionar las destrezas de los profesionales. Especialmente como entrenamiento por simulación para mejorar las capacidades de equipos quirúrgicos en un entorno inmersivo donde los cirujanos aprenden o planifican un procedimiento complejo, o bien para practicar y preparar la cirugía con mayor precisión.
2. Ensayos clínicos descentralizados, donde el metaverso puede romper las barreras físicas y geográficas, trasladando los ensayos clínicos de los hospitales a las casas de los pacientes.
3. Terapias inmersivas. En las que el paciente es introducido virtualmente en situaciones cuasirreales.
4. Capacidad de inmersión y visualización avanzada de imágenes médicas, por la cual el sanitario podrá literalmente viajar por el interior del paciente de manera virtual.
5. Uso del gemelo digital para crear modelos aplicables que permitan realizar simulaciones y recopilar información en tiempo real de registros, pacientes, profesionales, espacios.



OBSTÁCULOS QUE SUPERAR

Puede haber algunos obstáculos que superar primero, particularmente en reticencias de personas a recibir tratamiento en línea o de forma remota. Muchos lo pueden ver como una segunda mejor opción o una opción de respaldo. También hay que tener en cuenta cuestiones sobre la igualdad de acceso ya que los dispositivos de Realidad Virtual no son baratos y podrían contribuir aún más a la desigualdad en el acceso a la atención médica.

> "No sustituirá completamente ninguna función médica, pero sí puede complementar o dar más posibilidades de acceso a terapias, formación y posibilidades de autocuidado"

Pero todo pasa antes porque estas opciones de atención médica digital demuestren que esta innovación aporta valor y conduce a mejores resultados tanto para los pacientes como para el sistema de salud.

No creo que sustituya completamente ninguna función médica, pero sí puede complementar o dar más posibilidades de acceso a terapias, formación y posibilidades de autocuidado de forma remota para personas que viven con enfermedades crónicas.

Puede ser también una buena herramienta en la formación de grado y especializada, además de una excelente forma de introducir el propio metaverso en el campo de la medicina. Si los estudiantes viven en sus propias carnes la experiencia inmersiva y síncrona de recibir formación en un aula virtual o un residente en formación tiene este soporte como una guía adicional, entenderán mejor cómo funciona esta tecnología y podrán valorar nuevas posibilidades de uso.

El futuro nos dirá si se queda en una moda más y, en cualquier caso, en donde encuentra su mejor uso. •



LA NAVIDAD EN EL COLEGIO

El Colegio tiene programadas actividades para celebrar la Navidad juntos y disfrutar al mismo tiempo de la compañía de los más pequeños.

Las actividades navideñas comenzarán el jueves 14 de diciembre con un concierto del coro ICOMEM y una chocolatada a la que, por favor, es importante apuntarse con antelación.

El sábado 16 tendremos una jornada en el Gran Anfiteatro , a la que estáis todos invitados junto a los más pequeños de vuestras casas. Actuará el Coro Tajamar, tendremos un espectáculo de magia y podremos contemplar los dibujos que participan en el Concurso de Dibujos de este año. Se entregarán los premios a los ganadores.

A continuación os dejamos el programa más detallado:

CHOCOLATADA Y CONCIERTO

14 DICIEMBRE DE 2023. 18:00 h.

HALL DE PRESIDENTES Y GRAN ANFITEATRO.

– PROGRAMA DEL ACTO

17:30 h.
Recepción de los asistentes.

18:00 h.
Chocolatada (con un coste de 5 €/persona). Imprescindible apuntarse antes, en **vocalias1@icomem.es** o en el teléfono **915385106**.

18:30 h.
Concierto de Navidad a cargo del Coro ICOMEM.

Es independiente, se puede asistir al concierto sin coste, y no asistir a la chocolatada.

CONCURSO DE DIBUJOS, CORO TAJAMAR Y MAGIA

16 DICIEMBRE DE 2023. 12:00 h.

GRAN ANFITEATRO.

– PROGRAMA DEL ACTO

11:30 h.
RECEPCIÓN de los participantes, familiares y amigos.

Estarán los dibujos expuestos en un panel.

En el Gran Anfiteatro se irán proyectando los dibujos que han concursado.

12:00 h.
Actuación del Coro de Tajamar.

12:30 h.
ESPECTÁCULO de Magia. (Saniclown)

13:15 h.
ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DEL ACTO. Se van a entregar un premio y un accesit por categoría (3 categorías).

Se podrá acceder a las entradas a través de la Web, que están trabajando en ello desde informática.



Celebrando el 125 aniversario

Navidad a la luz de las velas

El Colegio, que ha conmemorado durante todo el año 2023 sus 125 años con distintas actividades formativas y de ocio, quiere que esta Navidad perdure en el recuerdo de todos. Va a celebrar en su sede de la calle Santa Isabel, el 22 de diciembre, un concierto muy especial a la luz de las velas.

Se trata de **Candlelight** un espectáculo musical a cargo de un cuarteto de cuerda que interpretará temas conocidos en homenaje al grupo de rock **Queen**.

Las entradas ya se pueden adquirir desde esta plataforma. A diferencia de conciertos anteriores celebrados en la sede colegial, se asignarán los asientos en las entradas.

Los conciertos Candlelight son una serie de conciertos de música original creados por Fever con el objetivo de facilitar el acceso a la cultura y permitir que personas de todo el mundo disfruten, a la luz de las velas y en un espacio mágico, de música en vivo interpretada por artistas locales.

El concierto incluirá una breve introducción sobre la larga relación que existe entre la música y la medicina por un reconocido ponente de la comunidad médica.

ENTRADAS

Organizado por la Fundación ICOMEM y el Comité Científico de Cuidados del Colegio

Paris 70 inaugura el "Cinefórum Cuida2"

EL CORTOMETRAJE PARÍS 70, calificado por la plataforma Filmin como "una de las diez joyas de nuestro cine", inauguró el ´Cinefórum Cuida2´bajo el auspicio de la Fundación ICOMEM y el Comité Científico de Cuidados de la corporación colegial.

El corto, dirigido por Dani Freixas y escrito por Nach Solís, está nominado al Mejor Cortometraje en los Premios Forqué y opta a las nominaciones de los Premios Goya 2024 tras obtener 70 premios nacionales e internacionales.

La cesión gratuita y altruista del corto permitió a la Fundación ICOMEM inaugurar el estrenó así su primer ´Cinefórum Cuida2´, en el que se debatió el documental. A la mesa redonda asistieron el director y guionista de la cinta Nach Solis, junto al Dr. Manuel Martínez-Sellés, presidente del ICOMEM, la Dra. Luisa González, vicepresidenta del ICOMEM y presidenta de la Fundación ICOMEM, la Dra. Monica Dones, vocal de espiritualidad de SECPAL y miembro del Comité Científico de Cuidados y la Dra. Elia Martínez de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Desde su estreno hace 7 meses, "Paris 70" se ha convertido en el cortometraje más premiado del año. Además de las nominaciones ya mencionadas, Goya y Forqué, ha recibido 70 premios y ha sido seleccionado en 90 festivales tanto nacionales como internacionales (19 de ellos calificadores a los Premios Goya y 2 a los Premios Oscar). Fue el gran ganador de los Premios Fugaz, los "Goya del cortometraje en España". El corto está a la altura de obras españolas tan importantes como "Arrebato" de Iván Zulueta o películas de Pedro Almodóvar y Luis García Berlanga

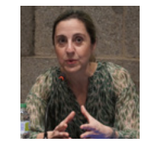
El corto ha conseguido el hito de tener una distribución nacional. El recorrido habitual de los cortos se realiza a través del circuito de festivales. Sin embargo, debido al interés que ha suscitado, "Paris 70" se estrenó este mes de noviembre en más de 70 localidades de España. Este tipo de estrenos para cortometrajes solo están al alcance de pocos como los dos últimos cortometrajes de Pedro Almodóvar. Se ha convertido en el corto con mayor estreno de España, tras Almodóvar. Las proyecciones se realizan con el apoyo de CEAFA (Confederación Española de Alzheimer y otras demencias) a través de las AFA (asociaciones familiares de Alzheimer). También se va a poder ver en congresos médicos (Congreso Nacional de Alzheimer de Gijón - 9 de noviembre), jornadas médicas, centros culturales y escolares. Este estreno en noviembre coincidió con la celebración del día del cuidador.



SINOPSIS

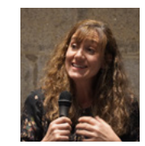
Jan debe cuidar de su madre enferma de Alzheimer. Sin tener mucha experiencia como cuidador, busca cómo puede mejorar la situación para hacerla sentir mejor. Una historia de amor familiar, realista y conmovedora. **/**















De izquierda a derecha: Dra. Elia Martínez, Dra. Luisa González, Dr. Manuel Martínez-Sellés, Nach Solis, Dra. Monica Dones y José Carlos López Seisdedos.



De izquierda a derecha: el Dr. Luis Alfonso Árraez; Mª Ángeles Gómez; Dra. Reyes Ferreiro; Dr. Manuel Martínez-Sellés; Dr. Pedro Guillén, Dr. Francisco Reinoso y Dr. Antonio Pérez. / Jennifer Baptista.

Entrega de Premios Dr. Vicente Pozuelo a las iniciativas en humanización de la medicina 2023

La 'Escuela de Pacientes de Cáncer Colorrectal' del Hospital Ramón y Cajal, galardonada por la Fundación ICOMEM

Jennifer Baptista

LA FUNDACIÓN ICOMEM Y EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID (ICOMEM) entregaron el "Premio a las Iniciativas de Humanización de la Medicina Doctor Vicente Pozuelo Escudero 2023" al trabajo de la 'Escuela de Pacientes de Cáncer Colorectal' que coordina la Dra. Reyes Ferreiro Monteagudo.

El presidente del ICOMEM, el Dr. Manuel Martínez-Sellés, destacó el nivel excepcional de los proyectos presentados y la creciente labor en humanización que se registra en la Comunidad de Madrid. Además, el trabajo ganador se considera viable, ético y beneficioso para los pacientes porque "favorece el intercambio de información y emociones entre pacientes y el equipo multidisciplinar", indicó el jurado en su dictamen.

La Dra. Ferreiro dijo que este premio proporcionará a todo el equipo "mayor autonomía para dar continuidad a la Escuela". Explicó que el dinero se destinará "al desarrollo de talleres y a la mejora de la atención a los pacientes a distancia, a través de plataformas virtuales, contribuyendo así a ayudarles a enfrentar su enfermedad".

En el acto estuvo Dña. Mª Ángeles Gómez, jefa del área de coordinación de proyectos de humanización de la medicina de la Consejería de Sanidad, y el Dr. Pedro Guillén García, representante del memorial Dr. Vicente Pozuelo.

Dña. Mª Ángeles Gómez agradeció al Colegio su destacada sensibilidad hacia la humanización. "Los profesionales tenemos claro que hay que volver a centrarse en mirar y escuchar al paciente, demostrar empatía, compasión y ética en la asistencia médica. Observar que compartimos esta visión y que el mensaje ha calado tan profundamente es motivo de gran satisfacción. Al final, son los profesionales quienes generan iniciativas y, verdaderamente, son ellos quienes transforman la cultura. Ahora se pone en valor este compromiso".

En este sentido, el Dr. Pedro Guillén García expresó su satisfacción por estar en este certamen y expresó su pasión por la medicina de proximidad. "El acto médico nace del dúo entre una persona necesitada y otra persona que puede satisfacer sus necesidades", dijo el Dr. Guillén.



Imagen de familia junto a las distinguidas autoridades que respaldan a la ganadora, la Dra. Reyes Ferreiro, y a los colaboradores destacados del proyecto ganador del Hospital Universitario Ramón y Cajal.







Entrega de los diplomas a los finalistas y ganadora del certamen, por parte de las autoridades:
El Dr. Manuel Martinez-Sellés, presidente del ICOMEM, y el Dr. Antonio Pérez (finalista).
El Dr. Pedro Guillén, representante del memorial Dr. Vicente Pozuelo, y el Dr. Luis Alfonso Árraez (finalista).
Mª Ángeles Gómez, jefa del Área de Humanización de Proyectos de Humanización de la CM, y la Dra. Reyes Ferreiro (ganadora).

ESCUELA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE COLÓN

En España, el cáncer colorrectal es el más diagnosticado y la segunda causa de muerte por cáncer. Aproximadamente más de 40.000 personas al año en nuestro país son diagnosticadas de cáncer colorrectal.

Dada esta enorme prevalencia, el Hospital Universitario Ramón y Cajal inició, en marzo de 2022, la Escuela como un espacio de encuentro más humano y cercano entre profesionales y pacientes. El objetivo es complementar la atención sanitaria multidisciplinar que reciben a lo largo de todo el proceso de su enfermedad, implicarles activamente en el cuidado de su salud, y favorecer la cohesión y el enriquecimiento en un ámbito más participativo.

"Es una iniciativa que busca ofrecer una visión diferente a los pacientes, permitiéndoles hacer preguntas y conectarse con otros enfermos. Este enfoque no solo mejora su calidad de vida, sino que brinda a los profesionales sanitarios una mejor compresión de la enfermedad", agregó la Dra. Reyes. •

MIS PACIENTES DEL PRADO
Dr. Javier Barbado Hernández



LA FAMILIA DEL PINTOR

Jacob Jordaens
(Amberes, 1593- 1678)

1621-1622
Óleo sobre lienzo, 181 x 187 cm
P–1549

PATOLOGÍA EN LA PINTURA

La familia del pintor

EL PRADO tiene más de mil cuadros, muchos obras maestras, de la pintura flamenca, el territorio que se conocía en España como Flandes, actual Bélgica, y de pintura holandesa, lo que se denomina hoy, Reino de los Países Bajos. Datan de los siglos XV al XVII.

En la Sala 16 B visitamos a la familia del pintor Jacob Jordaens, junto a Rubens, Van Dyck y Jan Brueghel el Viejo, los pintores más importantes del siglo XVII.

Jacob Jordaens, hijo de un comerciante de tejidos, nació en Amberes el 19 de mayo de 1593, y murió el 18 de octubre de 1678, a los 85 años, de fiebre tifoidea (Castillo Ojugas, 1998) o quizá de la peste que azotaba la ciudad (Christopher Brown, 2013). Fue pintor, dibujante y grabador, autor de cuadros de altar, asuntos de mitología y el mundo clásico, escenas de género y retratos. De joven, en 1607, ingresó en el taller de pinturas de Adrian van Noort, destacado pintor y también maestro de Rubens.

> El cuadro nos parece maravilloso, rico de color y alegre en su ideación.Todas sus figuras nos miran con encanto

Permaneció en el taller hasta los 23 años, en que se casó con Catalina, la hija mayor del maestro, práctica habitual entre las familias de artistas flamencos. Fue un apasionado discípulo de Rubens con quien colaboró en diversas ocasiones.

Jordaens llegó a ser un pintor rico y respetado socialmente, como vamos a ver en su autorretrato junto a su familia. Aunque no salió de su país, fue famoso y vendió pinturas y tapices a las cortes europeas. Francisco Pompey (1945) afirma que Jordaens "es el gran burgués en banquete y en fiesta báquica".

EL ESTILO

"Aunque cambiante a lo largo de su trayectoria artística, su estilo es muy original: pinta figuras grandes, frecuentemente desnudas, con pincelada suelta y colores intensos, a menudo realzado por una iluminación dramática (Christopher Brown, 2013).

A primera vista, el cuadro "La familia del pintor" nos parece maravilloso, rico de color y alegre en su ideación. Todas sus figuras nos miran con encanto. Para Antonio Muñoz Molina (Rondas del Prado, 2022) el pintor se autorretrata en un entorno menos doméstico que monumental, y todo alude a la abundancia, a la buena salud y a la prosperidad. El dintorno es ajardinado y elegante, con esculturas y animales, reflejo de un elevado ambiente social, en el cénit de su éxito profesional. Jordaens no se retrata como pintor pero destaca su afán para dignificar su profesión.

A la derecha vemos al pintor de pie, con aspecto de plena salud, y con gesto regio, altivo, de orgullo y suficiencia. Sostiene con la mano izquierda un laúd, símbolo de nobleza, holganza señorial y armonía familiar. Apoya la mano derecha en el respaldo de un sillón y sujeta una finísima púa con la que se dispone a tocar el laúd.

Su esposa Catalina, con gesto de satisfacción y una amplia gorguera, aparece sentada con su hija Isabel de cuatro años. Lleva lujosos adornos, pulseras, pendientes, anillo y un collarete en la cabeza. La niña sonríe y mira con picardía al espectador, parece que está quieta por un instante y a punto de huir del tierno abrazo de su madre. Tiene un gracioso serillo con flores, y en su mano izquierda una fruta a medio pelar. Lleva una pulsera y un collar con perlas de color rosa del que cuelga un crucifijo.

Al fondo una sirvienta, a contraluz, con un cierto gesto de resignación lleva una canastilla con uvas y flores. Detrás del pintor, debajo del sillón, vemos un perro con mirada triste. En el ángulo superior izquierdo, un guacamayo de color azul y rojo con cuello blanco, mira a la estatua de Cupido que cabalga en un delfín y es un símbolo del amor que une al matrimonio.

VISITA MÉDICA

Nuestra visita médica se centra en la criada del pintor. Es una mujer joven, con aire melancólico, que empaña la exuberante felicidad de la escena y en la que observamos con inquietud sus manos. A pie de cuadro se advierte una intensa inflamación de las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas, sobre todo en la mano derecha, con tumefacción en el carpo y una evidente deformidad en el "dorso de tenedor". Se nota la dificultad de la sirvienta para sujetar bien la cesta de frutas que lleva. Estos signos físicos son compatibles con una poliartritis crónica y sugieren, según el profesor Castillo Ojugas, una artritis reumatoide, aunque surgen algunas objecciones. La rubicundez facial de la criada no favorece que tenga anemia normocítica y normocrómica, una manifestación común en la artritis reumatoide, propia de un trastorno inflamatorio crónico. También causa desazón cierta bastedad pictórica de las manos de la esposa.

Al salir del Prado, entro en una anagnórisis. Escucho la composición musical barroca que toca el romántico y orgulloso pintor flamenco, y cómo al final de la serenata le dice con sorna a su esposa: "España y yo somos así, señora", adelantándose casi trescientos años a Eduardo Marquina. •

Sala de espera

ACCEDE A LOS PLANES A TRAVÉS DE LOS CÓDIGOS QR

¿A DÓNDE IR?



SAFARI MADRID

Aldea del Fresno

Ahora que se acercan las Navidades, se acaban los colegios y los niños vuelven a tener mucho tiempo libre, Safari Madrid ofrece la posibilidad de pasar un magnífico día al aire libre observando animales en semilibertad, que ni imaginamos que se pueden ver en España. Desde la comodidad de nuestro coche podremos observar su conducta como si estuvieran en su hábitat natural. Veremos leones, cebras, tigres, elefantes, jirafas, bisontes, hipopótamos, rinocerontes... Y este caso, los "enjaulados" seremos nosotros.

¿QUÉ COMER?

GYOZAS

Los 7 mejores restaurantes de Madrid

¿Gyozas, dim sum o *dumpling?* Las llamemos como las llamemos, ya todo el mundo sabe de lo que hablamos. Son esas empanadillas asiáticas, generalmente cocinadas al vapor, que proceden de China, Japón y Corea. En origen se elaboraban para las fiestas de primavera chinas y se elaboran para las reuniones familiares, pero son tan fáciles de comer y están tan ricas que se han hecho un hueco en la gastronomía local. De hecho, en los últimos tiempos son muchos los restaurantes que se han especializado en su producción. Y aquí os dejamos, de la mano de *Madrid Secreto*, una relación de los mejores.



¿QUÉ VER?

EXPOSICIÓN

REVERSOS

Hasta el 3 de marzo de 2024.

Museo del Prado

Una exposición diferente que nos permite ver la cara "B" de los cuadros, algo que hasta ahora era una especie de espacio privado e íntimo del cuadro. En esta muestra podremos ver detalles que dicen mucho de las pinturas y que solo el artista y, subsidiariamente, el coleccionista, conocían. En algunos casos es el secreto escondido y vedado a los demás. La investigación incluye la documentación fotográfica completa y las tareas de restauración que han desvelado representaciones, mensajes, pruebas y datos hasta ahora ocultos en esa espalda del arte a la que no se había prestado atención.



EXPOSICIÓN

REALISMO AMERICANO: BEN SHAHN, "DE LA NO CONFORMIDAD"

Hasta el 26 de febrero de 2024.

Museo Reina Sofía

El Museo Reina Sofía presenta una retrospectiva del artista Ben Shahn (Kaunas, 1898-Nueva York, 1969), bajo el título 'De la no conformidad', que acoge 200 obras procedentes de 50 museos, galerías, archivos y colecciones privadas de Estados Unidos y España. La exposición de la obra de Shahn, representante del "realismo" social americano y de la "justicia" social, se adentra en la poliédrica obra de este artista, emigrante judío de clase trabajadora de la Europa del Este, que se convirtió en uno de los más destacados, prolíficos y progresistas de Estados Unidos entre las décadas de 1930 y 1960.



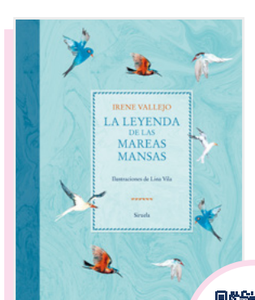
¿QUÉ LEER?



LA HISTORIA QUE HABÍA QUE CONTAR

Francisco Coronel — Editorial Círculo Rojo

El Dr. Coronel, nefrólogo y colegiado de Madrid, vuelve al mundo de la literatura con un novela, *La historia que había que contar,* basada en hechos reales. Trata sobre una familia húngara residente en Budapest en los tiempos del dominio soviético y la revuelta de 1956, con la entrada masiva de los tanques rusos. Se trata de una familia noble cuyo cabeza de familia, director general de Bosques y Minería del país, a pesar de sus ideas anticomunistas, tiene amistad con el representante ruso en Hungría Yuri Andropov que luego sería presidente de la Unión Soviética. Es una novela basada en hechos reales, cuyos protagonistas, que terminaron en España, son la familia política del escritor. La novela tiene importantes referencias históricas y está cargada de valores humanos.



LA LEYENDA DE LAS MAREAS MANSAS

Irene Vallejo — Siruela

Irene Vallejo, aclamada autora de *El infinito en un junco*, recupera esta historia de las *Metamorfosis* de Ovidio, para ofrecernos una luminosa versión, llena de poesía, ilustrada por Lina Vila. Es una historia para lectores valientes de cualquier edad que se atrevan a embarcarse hacia lo desconocido. Para quienes han guardado secretos y han añorado a alguien a orillas del mar. Para aquellos que han visitado el país de los sueños y han permanecido ahí incluso tras despertar. Para padres y madres que se alegran con el regreso de las aves migratorias. Para abuelas que olvidan lo que hicieron ayer, pero recuerdan los cuentos de su infancia. Para apasionados de los mitos clásicos y para amantes del arte que quieran sumergirse en las acuarelas de una ilustradora mágica. Para todos los que han visto con sus propios ojos el plumaje azul y anaranjado de un martín pescador.



Javier García Alegría,
internista, presidente de FACME

“Lo que más valoro es la capacidad de esfuerzo”

Javier García Alegría nació en Cuenca, algo que sin duda ha influido en su devoción por la naturaleza y en su gusto por unas “buenas migas manchegas”. También en su pasión por el arte abstracto.

La Medicina le vino de familia –padre, tío, hermano, prima– pero confiesa que la Medicina Interna fue un impulso. Ejerció de médico rural, preparó el MIR por las tardes y durante los fines de semana e hizo su residencia en La Paz con el Prof. D. Julio Ortiz Vázquez. Allí le transmitieron la necesidad de estudiar permanentemente y los valores propios de la especialidad, “que requiere una aproximación sistemática y holística a los pacientes”. Trabajó en los hospitales de Elda (Alicante), y en Pozoblanco y Reina Sofía (Córdoba).

Desde 1994 es jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Costa del Sol de Marbella (Málaga), un proyecto sanitario pionero e innovador que no se ha extendido, lo que considera poco entendible.

En Andalucía, su tierra de adopción, descubrió entre otras cosas, “la importancia de la felicidad como un proyecto propio y compartido, un cierto hedonismo y el mar”.

Ha sido presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) (2010-2012), impulsor y coordinador del proyecto "No Hacer" en el Sistema Nacional de Salud, “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas” con el Ministerio de Sanidad, y actualmente preside la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME). Defiende con ardor la importancia de las Sociedades Científicas para la colectividad.

Se considera afortunado por haber ejercido la Medicina y por haber sido testigo y protagonista de la transformación sanitaria de nuestro país, que asegura “actualmente necesita una renovación”. Echa de menos los tiempos “en los que teníamos mayor influencia”.

Cree que le debe mucho tiempo a su familia y está muy orgulloso de haber escrito durante años un libro de Pintura y Medicina, que está actualmente en la imprenta, y trabaja en otro acerca de la historia familiar paterna desde mediados del siglo XIX. Originarios de Salvacañete, un pequeño pueblo de la sierra conquense, su padre fue discípulo del Dr. Carlos Jiménez Díaz...

El peor momento de su vida fue su ingreso por una bronconeumonía COVID. En aquellos amargos días, pensaba que había sido agraciado en la lotería de la vida. Hoy sigue pensando lo mismo con mayor razón

Estas fueron sus respuestas a Madrid Médico:

1.- *¿Qué es lo que más admira en la gente?*
La inteligencia con humildad.

2.- *¿Y lo que más valora?*
La capacidad de esfuerzo.

3.- *¿Qué no soporta?*
La mala educación.

4.- *¿Por qué se hizo internista?*
Por un impulso en el momento de la elección.

5.- *¿Cuál ha sido su peor momento en la vida?*
Mi ingreso por un COVID grave.

6.- *¿Qué es lo más grande que le ha dado su profesión?*
El reconocimiento de los pacientes.

7.- *¿Quién es cuando sale de la consulta?*
Una persona agradecida por estar al otro lado de la mesa.

8.- *¿A qué dedica su tiempo libre?*
A leer, escribir y a escuchar música.

9.- *¿Qué le provoca?*
Las injusticias.

10.- *¿Qué es lo más importante que ha hecho en su vida?*
Tener a mis hijas.

11.- *¿Qué consejo da a sus hijas?*
El de mi abuela: trabaja duro y sé una buena persona.

12.- *¿De qué le gusta hablar en las sobremesas?*
Nada humano me es ajeno.

13.- *¿Cuál es su idea de la felicidad?*
Estar en mi paz.

14.- *¿Qué le gusta leer?*
Ensayo, historia y novela.

15.- *¿Cuál cree que es o ha sido la mejor etapa de su vida?*
La actual: ¡Están mis nietos!

16.- *¿Tiene alguna asignatura pendiente?*
La Física de tercero de Bachillerato en un sueño recurrente.

17.- *¿A quién le gustaría conocer o haber conocido?*
Albert Einstein.

18.- *¿Qué es lo que más le gusta de sí mismo?*
La capacidad de diálogo.

19.- *¿Qué persona ha influido más en su vida?*
Mi padre.

20.- *¿Cuál es su plato favorito?*
Migas manchegas – “¡bien hechas!”– con huevo y uvas.

21.- *¿En qué país o dónde le gustaría vivir?*
Por supuesto en España, entre Marbella y Cuenca.

22.- *Si no fuera médico, ¿qué le gustaría haber sido?*
Arquitecto.

23.- *Lo que es, ¿se parece a lo que soñaba de niño?*
Sigo siendo un niño con sueños renovados. •

1/6
Este número es indicativo del riesgo del producto siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco Santander está adscrito al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. Para depósitos en dinero el importe máximo garantizado es de 100.000 euros por depositante en cada entidad de crédito.

Santander



En el Santander
os tenemos en cuenta.

Por ello, tenemos una cuenta que se adapta a ti: la **Cuenta Corriente Colectivos del Santander**, **sin comisión de administración ni mantenimiento de la cuenta[1], sin comisión por transferencias en euros, nacionales y UE realizadas por internet, banca móvil o cajeros.** **No aplica a urgentes e inmediatas,** y con las tarjetas*:

- **Tarjeta Débito Santander**
  Comisión de emisión y mantenimiento: 0€
- **Tarjeta Crédito Santander[2]**
  Comisión de emisión y mantenimiento: 0€

También tenemos una **oferta preferente de financiación** para ti.

Infórmate en el **915 123 123** o en nuestras oficinas.

1. Cuenta no remunerada. TIN 0% **TAE 0%.** Para un supuesto de que se mantenga de forma constante durante 1 año un saldo diario de 7.000€, aplicando un tipo de interés nominal anual de 0% y una comisión de mantenimiento de 0€. 2. Concesión de la tarjeta sujeta a previa aprobación del Banco. Esta tarjeta permite el pago aplazado. Ten en cuenta que, si eliges una cuota demasiado baja, tu deuda puede alargarse en el tiempo más de lo previsto, ya que la cuota mensual se destinará en primer lugar al pago de intereses y comisiones y en una cantidad menor a la amortización del capital. Recuerda usar tu tarjeta de crédito de forma responsable. El uso abusivo de financiación implica un riesgo de sobrendeudamiento con consecuencias a largo plazo que pueden afectar a tu planificación financiera.
*Consulta resto de condiciones en tu oficina más cercana.