



EL DIÁLOGO EN LA AMISTAD TERAPÉUTICA: ESTADÍSTICA, RIESGO Y FELICIDAD

DIALOGUE IN THERAPEUTIC FRIENDSHIP: STATISTICS, RISK AND HAPPINESS

ANTONIO PARDO CABALLOS

Unidad de Humanidades y Ética Médica, Universidad de Navarra

Irunlarrea, 1

31008 Pamplona

Tf. 948425600 ext. 806203

Correo: apardo@unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Diálogo médico-paciente, estadística, comunicación de riesgos, felicidad

Recibido: 27/04/2024

Aceptado: 25/05/2024

Es casi universal expresar los efectos preventivos o perniciosos para la salud de una conducta o de un medicamento como porcentaje de variación entre la situación de partida y la que considera ese factor añadido. Esta cifra de variación relativa, aislada, no permite hacerse cargo de la relevancia de dicho cambio, que puede ser cuantitativamente exiguo. En la difusión de las ciencias de la salud, y especialmente en el diálogo con el paciente, base de todo consejo preventivo o terapéutico, apoyarse en o emplear sólo dicha cifra relativa es desorientador. Al hablar con el enfermo, éste debe poder hacerse cargo de los beneficios esperados o de los riesgos que corre, sin referencia porcentual a otra situación, es decir, de las ventajas o peligros absolutos, de modo que se pueda tomar una decisión conjunta bien fundamentada. En este diálogo deben aparecer, con las debidas medidas de prudencia, cuestiones relativas al "estilo de vida" del paciente: su omisión sólo puede impedir posibles beneficios al paciente.

SUMMARY:

Keywords:

Doctor-patient dialogue, statistics, risk communication, happiness

It is almost universal to express the preventive or harmful health effects of a behavior or a medication as a percentage of variation between the starting situation and the one that considers this added factor. This figure of relative variation, isolated, does not allow us to take into account the relevance of said change, which may be quantitatively small. In the dissemination of health sciences, and especially in the dialogue with the patient, the basis of all preventive or therapeutic advice, relying on or using only this relative figure is misleading. When talking to the patient, he or she must be able to take into account the expected benefits or the risks he or she runs, without percentage reference to another situation, that is, the absolute advantages or dangers, so that a well-founded joint decision can be made. In this dialogue, issues related to the patient's "lifestyle" must appear, with due precautionary measures: omission of this can only prevent possible benefits for the patient.

1. Introducción

Al analizar cómo se comunica la utilidad de tomar estatinas, aparecen enseguida los conceptos de reducción absoluta de riesgo y reducción relativa de riesgo, y cómo ambas cifras de reducción son muy diferentes para expresar el mismo hecho. Esta posible descripción doble aparece también cuando se estudia el aumento de la frecuencia de cáncer de mama en las mujeres que toman contraceptivos, que también se expresa del mismo modo. A pesar de tratar el asunto con la misma frialdad objetiva (variaciones del riesgo), en numerosas ocasiones las actitudes de los médicos y las reacciones de los pacientes ante estos datos son radicalmente opuestas según se trate de un caso u otro. ¿Cuál es el motivo? Para encontrarlo, deberemos remontarnos a las personas, protagonistas de lo que sucede, a sus relaciones (entre las que está la relación médico-paciente) y a sus actitudes ante la vida.

Al hilo de este desarrollo encontraremos algunas cuestiones bioéticas “menores”, es decir, que no se refieren directamente a temas radicales de la ética médica, como el respeto a la vida. Pero que podemos considerar cuestiones “mayores” pues, dependiendo de cómo se enfoquen, modulan toda la acción del médico.

Para poder desarrollar la argumentación que vendrá a continuación, deberemos introducirnos en primer lugar en algunas cuestiones de estadística, y aclarar someramente lo que se quiere decir al hablar de significación, relevancia, y de aumento o reducción absoluta o relativa del riesgo, para posteriormente emplear estos conceptos en el discurso.

2. Significación y relevancia

Para una experimentación animal realizada de modo éticamente correcto, además de las medidas pertinentes para minimizar el sufrimiento de los animales empleados, es necesario emplear el número de animales correcto¹. El suficiente para que los resultados sean significativos y extrapolables al conjunto general, pero no tan

¹ Planteo un ejemplo de experimentación animal para guiar el argumento, aunque sería igualmente válido un caso de experimentación clínica.

grandes que se emplee un número ingente sin necesidad. El motivo consiste en que, si medimos el sufrimiento que se genera en los animales, debe multiplicarse la afectación individual por el número empleado. Por esta razón, es importante emplear una cantidad adecuada como para minimizar su número, pero no tan pocos que los resultados no sean significativos: el fatídico $p < 0,05$ que buscan los estudios experimentales².

En alguna ocasión, una vez terminado un experimento que no ha llegado por poco al valor de $p < 0,05$, los investigadores solicitan al comité de ética de experimentación animal la posibilidad de repetir los experimentos en algunos animales más: son conscientes de que, manteniendo la proporción de los resultados, si la muestra fuera algo mayor, las diferencias entre el grupo de animales control y el grupo experimental sí serían significativas.

La respuesta que se les suele aportar en estas ocasiones consiste en hacerles apreciar la diferencia entre significación y relevancia. Efectivamente, aumentando el tamaño de la muestra se podría conseguir que las diferencias entre los grupos empleados fueran significativas. Simultáneamente, dicho aumento haría que se apreciaran diferencias pequeñas entre los grupos como significativas. Pero esas diferencias pequeñas, significativas, pueden carecer de utilidad práctica, por ser irrelevantes.

En Medicina conocemos bien esto, que sería una aplicación del principio de Pareto³: existen diversos tratamientos que pueden conseguir realmente que el paciente mejore en una patología que padece. Ahora bien, entre estos, algunos pueden conseguir unos resultados muy sustanciales, mientras otros sólo pueden aportar

² Entre los investigadores está muy arraigada la equiparación de significación con el valor de $p < 0,05$, a pesar de que esta simplificación no es correcta: una cifra superior a 0,05 no implica que no haya diferencias. Cf. Amrhein V, Greenland S, McShane B. “Scientists rise up against statistical significance”. *Nature*. 2019; 567: 305-307. doi: 10.1038/d41586-019-00857-9. Una búsqueda sobre este tema en los últimos años de esta revista proporciona bastantes resultados, que coinciden en matizaciones importantes al modo simplificado como se suele entender.

³ Dependiendo del campo al que se aplique, dicho principio se formula de un modo u otro. Es algo muy frecuente de considerar en ámbitos como la planificación o la ingeniería: eficacia (conseguir un resultado) no es lo mismo que eficiencia (esfuerzo mínimo necesario para conseguirlo).

beneficios marginales: el principio de Pareto afirma que el 20% de las medidas, que podríamos considerar básicas, consiguen el 80% de los resultados, mientras que el 20% restante exige un esfuerzo muchísimo mayor. Obviamente, compensa poner primero en marcha el remedio que puede conseguir el 80% del beneficio, en vez del que sólo puede aportar el 20%⁴.

3. Variación absoluta y relativa del riesgo

Los estudios observacionales son un punto de partida obligado a la hora de plantearse explicaciones científicas de los fenómenos. Normalmente, estas explicaciones parten de unas observaciones aparentemente asociadas que nos hacen pensar si estamos ante una posible causa. El primer paso es comprobar que dicha observación de aparente relación no es una casualidad, por lo que es necesario un estudio estadístico de una muestra suficientemente amplia que compruebe si realmente existe conexión entre ambas observaciones. Si se consigue demostrar dicha conexión, se puede entrar en el penoso proceso de buscar el nexo causal entre ambas. Este último paso, por su dificultad, se da proporcionalmente en pocos casos, dejando a la Medicina muchas veces en las meras asociaciones comprobadas, que muchas veces se toman incorrectamente como causas, especialmente en cuestiones como la conexión entre nutrición y enfermedad⁵.

Los resultados de los estudios que corroboran la asociación suelen aportar datos como “los fumadores tienen un riesgo de cáncer de pulmón 150 veces mayor que los no fumadores” (por mencionar una cifra aproximada y plausible)⁶. Esto supone un aumento de 3 casos por

100.000 personas a 450, y está claramente expresado sin confusión posible.

Sin embargo, en otros casos, las cifras no son tan brutales, y no se expresan adecuadamente diciendo que el riesgo de “a” es *n* veces el de “b”, pues saldría un número fraccionario bastante poco indicativo. Para esas otras situaciones, las más frecuentes, se prefiere hablar de la variación del riesgo de padecer una enfermedad por medio de un tratamiento, con afirmaciones del tipo “este medicamento baja el riesgo un 7%”.

Ahora bien, dicha variación se puede expresar de modo absoluto y de modo relativo. Así, si nos referimos a la disminución de riesgo de infarto gracias a la ingesta de estatinas, y la describimos en términos relativos (reducción relativa de riesgo), podemos afirmar que producen una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular del 20 al 30%⁷. Pero cuando examinamos dicha reducción de riesgo de modo absoluto (reducción absoluta de riesgo), comprobamos que baja de un 3% a un 2,25%. Una disminución bastante exigua, pero que cumple lo dicho anteriormente con la descripción en términos relativos: si quitamos el 25% a 3, nos quedamos con 2,25%.

En ese orden de magnitudes, expresar estos resultados en términos relativos es propagandístico, pues da una impresión de eficacia mucho mayor que la real. Pero ya entraremos más adelante en esta cuestión.

4. El caso de la contracepción

La difusión contemporánea de la contracepción hormonal es amplísima. Como todos los productos far-

4 Es muy frecuente que los pacientes no enfoquen adecuadamente las cosas desde este punto de vista; se ve mucho en la obesidad, en que pretenden solventar el problema con un detalle (una infusión, un suplemento, un alimento *light*), olvidando el 80%: disminuir la ingesta total de calorías de modo sostenible y hacer entrenamiento de fuerza 2-3 veces por semana. Obviamente, no consiguen resultados. También es frecuente este error en las indicaciones médicas, como veremos más adelante.

5 Ioannidis, JPA. “The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research”. *JAMA*. 2018; 320(10): 969-970. doi:10.1001/jama.2018.11025 Asociaciones que, además, muchas veces parten de datos muy errados. Al respecto, puede verse Archer, E. Lavie, C.J. Hill, J.O. “The Failure to Measure Dietary Intake Engendered a Fictional Discourse on Diet-Disease Relations”. *Frontiers in Nutrition*. 2018; 5: 105. doi: 10.3389/fnut.2018.00105

6 Esto no quiere decir que hoy no se sepa el papel etiológico del tabaco en el cáncer de pulmón. En este caso, se sabe fehacien-

temente. Véase, por ejemplo, un resumen de la cuestión en Zinser-Sierra, JW. “Tabaquismo y cáncer de pulmón”. *Salud pública México*. 2019; 61: 303-307. doi: 10.21149/10088. Disponible en <https://scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n3/303-307/es> [Consulta: 23 de mayo de 2023]. Aportamos el dato sólo como muestra de lo que puede afirmar un estudio meramente observacional.

7 La cifra exacta depende, entre otras cosas, de qué tipo de enfermedad consideremos (ictus, infarto), de los valores iniciales de colesterol del sujeto al que se administra, la edad y otros factores, pero podemos aceptar esas cifras de modo general: para el presente argumento, no se precisa afinarlas especialmente. Cf., por ejemplo, Chou, R. Cantor, A. Dana, T. Wagner, J. Ahmed, A. Fu, R, Ferencik, M. US Preventive Services Task Force, et al. “Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement”. *JAMA*. 2022; 328(8): 746-753. doi: 10.1001/jama.2022.13044

macéuticos, tiene efectos secundarios. Entre ellos se encuentra el aumento de riesgo de padecer cáncer de mama⁸. Es un dato poco divulgado, pero fácil de encontrar en la literatura. Por mencionar alguna cifra, se habla de un aumento de riesgo de padecerlo de un 50%⁹. Se oye hablar incluso de que estamos asistiendo a una auténtica epidemia de tumores de mama¹⁰.

Cuando este dato, científico y objetivo, se somete a la consideración de quienes consideran la contracepción como un avance que ayuda a la liberación de la mujer, las cifras de aumento se consideran irrelevantes o poco relevantes. En efecto, ese 50% de aumento es relativo. Si se traduce a aumento absoluto, de una cifra de aproximadamente 0,75 por 1000 habitantes, sube a 1/1000 habitantes¹¹, cifra que, en efecto, puede ser asumible por la mujer que los solicita.

Ambas cuestiones, el cambio de riesgo de infarto con las estatinas y el cambio de riesgo de cáncer de mama con los contraceptivos, comparten el hecho de ser claramente significativos, pero posiblemente irrelevantes para el paciente concreto. Significación y relevancia, como vimos al comienzo, son cuestiones muy distintas.

No deja de ser sorprendente el empleo de la misma técnica propagandística de la publicidad de las estatinas al referirse al aumento de prevalencia del cáncer de mama: hablar sólo o preponderantemente del aumento

relativo de riesgo y esquivar las cifras absolutas, que dan una imagen más realista de la situación, es claramente desorientador. Pero necesitamos más reflexiones previas antes de poder aclarar esta extraña coincidencia en el procedimiento de comunicación.

5. Ciencia y salud

Vivimos en un mundo modulado por planteamientos científicos. En el imaginario colectivo actual, éstos tienen la fama de ser el modo de conocimiento más seguro, el que proporciona más certeza. Esto puede provocar confusiones: la ciencia actual, y en particular y especialmente la ciencia biomédica, se basa en análisis estadísticos de estudios de distinto tipo para obtener, en primer lugar, relaciones que levanten pistas sobre las causas de los fenómenos observados, causas que a continuación se deben probar, también con métodos estadísticos, empresa nada fácil en muchas ocasiones. El resultado es que estamos seguros de una afirmación con un cierto margen de error, que podemos intentar disminuir, pero que siempre existirá (y dejamos aparte errores de planteamiento que pueden sesgar completamente afirmaciones presuntamente seguras desde el punto de vista científico¹²). Esto es el polo opuesto a la certeza total de la percepción común de la realidad. Por poner algunos ejemplos rudimentarios: “estoy en casa”, “mi madre me quiere”, “es de día”. Pero, aunque convivimos diariamente con esta certeza total de la percepción común, y desarrollamos nuestra vida de acuerdo con ella, paradójicamente no la asociamos con un conocimiento seguro.

La idea de salud que circula entre médicos y pacientes suele estar arraigada en la noción de que ésta admite

8 Además de éste, la contracepción se asocia a otros efectos secundarios. Aunque pueden haber dudas de que la asociación de algunos de dichos efectos con la contracepción realmente responda a causalidad, es interesante tener en cuenta estos datos. Cf. Segarra, I. Menárguez, M. Roqué, MV. “Women’s health, hormonal balance, and personal autonomy”. *Frontiers in Medicine*. 2023: 10 (30 June 2023). doi: 10.3389/fmed.2023.1167504

9 Nuevamente, no tratamos de afinar aquí este dato, sino simplemente de apuntar una cifra plausible que nos pueda servir de orientación para la reflexión posterior. Cf. Segarra I, et. al., cit.

10 Como testimonio de la difusión de esta idea, puede verse Millet A. [Publicación en línea]. “Un poco de sensatez entre tanta desinformación. Cáncer de mama”. <<https://clinicamillet.es/blog/poco-sensatez-tanta-desinformacion/>> Julio 2017. [Consulta: 2/4/2024]. En este aumento de incidencia también influyen otros factores, como los disruptores hormonales de efecto estrogénico, como ya divulgaba El País el 18 de enero de 1995: Anónimo. [Publicación en línea]. “Los estrógenos artificiales, sospechosos de causar la epidemia de tumores de mama”. <https://elpais.com/diario/1995/01/18/sociedad/790383615_850215.html> [Consulta: 2/4/2024].

11 Cf. Anónimo. [Publicación en línea]. “El cáncer de mama en España, en gráficos”. <<https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106>> [Consulta: 8/8/2023]. Seguimos interesados sólo en unas cifras orientativas para el razonamiento que sigue.

12 Por continuar con el ejemplo de las estatinas, está comprobada desde hace años la asociación de determinados tipos de colesterol sanguíneo con el riesgo de infarto, pero la explicación fisiopatológica que habitualmente se baraja como causa de dicha asociación es más que cuestionable. Quizá el colesterol sanguíneo sea solamente un indicador del factor realmente causal. Puede que estemos haciendo algo como “¡La caldera está a punto de explotar! ¡Rápido, enfriemos el termómetro!”. Y las estatinas producen más efectos aparte del descenso del colesterol sanguíneo, como la disminución de la inflamación endotelial, que pueden explicar la disminución de problemas cardiovasculares... del mismo modo que tienen efectos secundarios que hacen que no disminuyan la mortalidad por cualquier causa, como veremos.

una descripción puramente científica. Lo más habitual es que se piense que consiste en la integridad orgánica¹³. Dada la profusión de datos y enfoques técnicos en medicina, termina calando esa versión de salud que podríamos llamar científica o, con más propiedad, científicista. Se trataría de tener ciertos parámetros fisiológicos dentro de rangos normales.

Dentro de esta tónica, cuando el paciente acude al médico, se le escucha para poder identificar qué va mal en su organismo y, según esa identificación preliminar, se solicitan análisis y otras pruebas complementarias. Los resultados de estos estudios determinan la indicación final del médico: un medicamento, una intervención quirúrgica, etc. La queja del paciente ha quedado enterrada en toda esta parafernalia (innecesaria en bastantes casos), y en muchas ocasiones no ha sido adecuadamente atendida, cuando era lo que se debía tener en mente en primer lugar. Esto no quita que este modo de proceder identifique a veces una causa seria que se impone tratar, pero esta situación no es lo habitual en las consultas corrientes al médico de cabecera por parte de personas de edad, por ejemplificar mediante una situación muy frecuente y bien conocida.

Como reflexión marginal, esto permite entender el desenfoque con que se aborda habitualmente la medicina paliativa. En la atención al paciente, primero se intenta el enfoque "científico" que hemos descrito y, cuando "ya no hay nada que hacer" (desde este punto de vista), entra la rama de la medicina que se ocupa de aliviar síntomas (exageramos esta dicotomía para que quede más clara). En realidad, la medicina paliativa tiene su papel desde el primer momento, pues todo médico debe preocuparse en primer lugar de la queja del paciente, y no limitarse a marginar este aspecto básico hasta después de haber resuelto el problema que le sugieren las analíticas¹⁴.

En realidad, la salud no es la integridad orgánica, que nadie tiene. Y menos todavía el bienestar, como

¹³ De aquí el dicho que, aunque penoso por su trasfondo, no deja de tener cierta gracia: "No vayas al médico, que seguro que te encuentra algo".

¹⁴ En muchos casos, además, dicho aspecto básico se obvia con afirmaciones como "son cosas de la edad".

propugna la OMS. Estar sano es poder vivir la vida humana concreta y personal¹⁵. Un enfermo acude al médico cuando no puede desarrollar las actividades habituales de su vida cotidiana: le duelen los riñones tras estar un rato trabajando, no puede comer por un dolor de muelas, etc. En algunos casos, una sensibilidad mayor puede hacer pensar en exageración por su parte, pero eso es su vivir: si no hay tolerancia a ciertas molestias, su vivir se ve afectado y no puede desarrollarse adecuadamente. Aunque el médico piense inicialmente que el paciente es un melindroso. Es el auténtico significado de "el paciente siempre tiene razón": lo que a él le impide vivir es lo que a él le impide vivir, no lo que el médico piense al respecto¹⁶.

Cuestión distinta es si ese modo de vivir contiene elementos más o menos discutibles por el motivo que sea. Habitualmente se piensa que, al aceptar modos de vivir diversos, el médico actúa con pura tolerancia indiferente, como un mero técnico que aplica sus conocimientos para que el paciente vea satisfechas sus pretensiones. Como veremos luego, en el diálogo con el paciente existe influencia mutua, y hay posibilidad de diálogo y de animar al paciente a cambiar, en cualquier campo¹⁷.

6. Los grandes números

El paso prácticamente automático que se suele realizar del análisis o prueba complementaria a la prescripción, que hemos descrito en el apartado anterior, exige alguna reflexión adicional.

Detrás del olvido del paciente se oculta muchas veces la estadística. Hemos mencionado su papel para poder confirmar primeras impresiones. El estudio estadístico

¹⁵ Pardo, A. "¿Qué es la salud?" *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 1997; 41(2): 4-9. Disponible en línea: <https://www.academia.edu/7150548/_Qu%C3%A9_es_la_salud> [Consulta: 8/8/2023].

¹⁶ Aquí tratamos de cuestiones que tienen que ver con la idiosincrasia del paciente, y no con intentos de satisfacción de aspiraciones, cuyo cumplimiento ve factible mediante la técnica médica, como puede suceder con el deseo de cambiar de sexo físicamente (sin entrar al problema que provoca dicho deseo), o las pretensiones de mejora transhumanista.

¹⁷ Aquí caben cosas muy heterogéneas, que van desde intentar fomentar una mayor actividad física y menor sedentarismo al consejo de mejorar las relaciones personales o de modificar las actitudes ante situaciones causantes de estrés o ansiedad con la consiguiente implicación de replantear las metas de la vida.

nos asegura si existe o no asociación real entre las enfermedades y sus causas potenciales, aunque esta asociación inicial no pruebe causalidad. Actualmente, sin embargo, muchas veces la asociación demostrada se toma como causalidad, omitiendo el obligado “puede que”, especialmente a la hora de divulgar o resumir.

De esta confusión se deriva la recomendación directa de un “tratamiento” para el factor asociado a la patología que, teóricamente, evitará su aparición posterior¹⁸. En gran medida, este “tratamiento” suele consistir en medicamentos¹⁹. En realidad, este tipo de indicación no es atención a la salud, sino Medicina preventiva. El paciente llegó a la consulta con alguna molestia, se descubrió un análisis alterado (colesterol alto, por seguir con ese ejemplo), recibió una medicación²⁰ ... y, si no aquejaba ningún síntoma derivado de este último, sigue exactamente igual que antes, pero con un medicamento para tomar de modo crónico.

Es plausible que estas recomendaciones preventivas estén también influidas por la mezcla entre estadística y psicología: si se calcula el número de vidas salvadas con ellas en la población general, salen cifras muy elevadas. Estas cifras, de indudable interés, pueden desviar la atención del

médico y hacerle pensar que, en la atención del paciente concreto, están recomendando lo mejor cuando, en realidad, visto el asunto desde el punto de vista del paciente individual, puede que prolonguen su vida, pero a costa de que padezcan los efectos secundarios de los medicamentos prescritos. El médico ignora muchas veces estos efectos, porque se le ocultan gracias a las maniobras de las compañías farmacéuticas²¹. Por mencionar algunos de estos efectos, no banales: estatinas y el cansancio y problemas musculares y articulares²², betabloqueantes y la languidez y depresión²³, psicofármacos recetados innecesariamente a largo plazo y la obesidad –con sus complicaciones– y la prolongación de los síntomas psiquiátricos por el medicamento mismo²⁴, etc. Este lado oscuro de la industria farmacéutica se encuentra bien contrastado desde hace años²⁵. Actualmente continúa y ha dado resultados aterradores con la oxicodona²⁶. No deja de ser llamativo el dineral que se dedica a medicamentos que podrían sustituirse con enorme ventaja por deporte bien pautado y comida sana, cosas en las que todavía pocos médicos saben asesorar.

Muchas veces, además, aunque la medicación preventiva consigue disminuir la frecuencia del evento que

18 Habitualmente, el número de muertes que se evita es significativo pero ínfimo. Cf. Kristensen, ML. Christensen, PM. Hallas, J. “The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement”. *BMJ Open* 2015; 5: e007118. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007111 Existen trabajos que afirman un aumento sustancial de la supervivencia con las estatinas (como Chang, SC. Wang, M. Beckerman, JG. Sanz, M. Gluckman, TJ. Grunkemeier, GL. “A method to estimate the mean lifetime survival increase of statin therapy”. *Future Cardiology*. 2016; 12(5): 539-44. doi: 10.2217/fca-2016-0016. Disponible en <<https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/fca-2016-0016>> [Consulta: 11/4/24]), que obtienen este resultado extrapolando a partir de estudios de relativamente poca duración; además, no tienen en cuenta la situación de los pacientes por los efectos secundarios, dato vital como veremos más adelante.

19 En otras ocasiones, se trata de dietas, como la dieta mediterránea, de tanto predicamento actualmente, aunque se apoya en una mera asociación y quizá sus efectos benéficos se deban solamente al aceite de oliva. Cf. Flynn, MM. Tierney, A. Itsiopoulos, C. “Is Extra Virgin Olive Oil the Critical Ingredient Driving the Health Benefits of a Mediterranean Diet? A Narrative Review”. *Nutrients*. 2023; 15(13): 2916 (Jun 27). doi: 10.3390/nu15132916.

20 Esto no es un ataque cerrado contra las estatinas. El problema se da también, quizá de modo menos llamativo, en bastantes otros campos. Cf., por ejemplo, Sheppard, JP. Stevens, S. Stevens, R. et al. “Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients with Mild Hypertension”. *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(12): 1626-1634 (December 2018) doi:10.1001/jamainternmed.2018.4684, y podríamos añadir cuestiones sobre los betabloqueantes, los antidepresivos o los ansiolíticos; y hay muchos más ejemplos.

21 Cf. Gøtzsche, PC. *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Copenhagen, Institute for Scientific Freedom, 2022.

22 Cf., entre muchos, Patel, KK et al. “Molecular targets of statins and their potential side effects: Not all the glitter is gold”. *European journal of pharmacology*. 2022; 922: 174906. doi:10.1016/j.ejphar.2022.174906

23 Revisiones recientes no encuentran asociación entre la administración de betabloqueantes y la aparición de depresión (Riemer TG, Villagomez Fuentes LE, Algharably EAE, et al. “Do β -Blockers Cause Depression?: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychiatric Adverse Events During β -Blocker Therapy”. *Hypertension*. 2021 May 5; 77(5): 1539-1548. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16590), aunque la cuestión todavía no está clara (Andrade C. “ β -Blockers and the Risk of New-Onset Depression: Meta-analysis Reassures, but the Jury Is Still Out”. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021 Jun 1; 82(3): 21f14095. doi: 10.4088/JCP.21f14095). Sin embargo, estas revisiones reconocen que era algo admitido durante los últimos decenios, probablemente por confusión diagnóstica con otros efectos secundarios frecuentes, como fatiga o cansancio y también pesadillas, insomnio y trastornos del sueño. A efectos prácticos, desde el punto de vista de la salud del paciente, la situación es la misma, sólo cambia el rótulo diagnóstico.

24 Cf. Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid, Capitán Swing, 2015.

25 Cf. Angell, M. *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It*. New York, Random House, 2004.

26 Abramson, J. *Sickening: How Big Pharma Broke American Health Care and How We Can Repair It*. New York, HarperCollins Publishers, 2022.

se intenta evitar, no consigue cambiar las cifras de mortalidad por cualquier causa²⁷. En revisiones específicas, cada vez más numerosas, se encuentra este dato sobre el efecto mínimo en la prevención primaria, junto con la observación de la influencia negativa de la investigación financiada por la industria farmacéutica²⁸.

En esta misma línea, aunque a la inversa, los análisis estadísticos que asocian mortalidad con ciertas conductas sólo consideran algunos factores, no toda la realidad. Esto es muy frecuente en estudios nutricionales, como los que afirman la mayor mortalidad de quien no desayuna (hay cientos), sin considerar cosas como la ansiedad, una vida desordenada, con estrés excesivo, o trastornos de la conducta alimentaria que se intentan compensar ayunando, etc.²⁹.

Esta cuestión de los grandes números debe ser preocupación de los responsables de políticas sanitarias; el médico de a pie atiende a su paciente, no es un mejorador de estadísticas de sanidad pública... a costa de

27 Cf., entre otros artículos posibles, Diamond, DM, Ravnskov, U. "How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease". *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2015; 8(2 Mar): 201-10. Este artículo no trata específicamente de la prolongación de la vida, pero menciona el dato de campo, y no las extrapolaciones sesgadas de la mayoría de los artículos, que se fijan sólo en la mortalidad cardiovascular, omitiendo mirar la mortalidad por cualquier causa (cuestión que los laboratorios ocultan cuidadosamente).

28 La página The NNT (Number-Needed-to-Treat) [Publicación en línea] <<https://thennt.com>> [Consulta: 20/6/2024], que evalúa independientemente diagnósticos y tratamientos expresando su eficacia como número de pacientes que es necesario tratar para obtener utilidad para uno, sólo valora las estatinas como beneficiosas cuando se emplean en pacientes que ya han padecido un infarto o ictus: Abramson, J. [Publicación en línea] "Statins in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease". 2017. <<https://thennt.com/nnt/statins-persons-low-risk-cardiovascular-disease/>> [Consulta: 2/4/2024]. En todo caso, las cifras que aportan para valorar como positiva la prevención secundaria no son muy diferentes a las de la prevención primaria, y se podrían valorar de modo distinto si nos fijamos en el paciente concreto, como veremos más adelante. Llama la atención que las lesiones musculares que cuentan como efecto secundario se dan en 1 de cada 10 pacientes.

29 Cf. como ejemplo reciente buscado al azar Rong, S. Snet-selaar, LG. Xu, G, et al. "Association of Skipping Breakfast With Cardiovascular and All-Cause Mortality". *Journal of the American College of Cardiology*. 2019; 73(16): 2025-2032. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.065, que no contempla los factores que mencionamos, y que remite a otros muchos artículos de esa índole (en sus notas 2 a 13). Son abundantísimos los artículos con este tipo de errores de fondo. Cf. Archer, E. Lavie, CJ. Hill, JO. *op. cit.* Este tipo de omisiones no es necesariamente un fallo de los investigadores o promotores de la investigación, sino que se trata de algo inevitable en ciencia: la formalización científica no puede abarcar toda la realidad, siempre deja cosas fuera.

su paciente. Pero el problema ético principal de esta prevención no reside en que se debe buscar el bien del paciente concreto que se atiende, sino precisamente en los grandes números que se barajan: para evitar una muerte en n años, se somete a un medicamento a una cincuentena de sujetos (por mencionar una cifra cualquiera) durante ese periodo. Que sufren los efectos secundarios de dicho medicamento³⁰, aunque a ellos no les va a beneficiar. Se olvida de este modo que, aunque las intenciones y decisiones médicas sean buenas, debe existir proporción entre lo que se intenta y lo que se tolera. Y no existe proporción entre el aumento exiguo de esperanza de vida de un paciente (suponiendo que exista) y tener a muchos sufriendo los problemas de un medicamento que no les reportará beneficios.

Aparecen también otras alianzas que llevan al mismo resultado, como la que se da con las directivas profesionales. Algunas son de tipo puramente administrativo, como las que menciona Herranz que pueden suponer un peligro para la independencia profesional³¹. Pero otras, presuntamente orientadas a un mejor tratamiento del paciente, terminan también en prescripciones inadecuadas, pues su confección está lastrada también por el espejismo de los grandes números que acabamos de mencionar, y hace que el médico se limite a aplicarlas, sin reflexionar las peculiaridades de su paciente concreto ni los efectos indeseados con que lastra al resto de quienes reciben esa indicación. Por estos motivos, este comportamiento a la hora de prescribir es un error serio.

Suponemos razonablemente que, en su fuero inter-no, el médico busca el bien del paciente. En el ejercicio de la Medicina, este bien es la salud. Es poder vivir, lo

30 Cf. nota 21. Aquí se debe tener en cuenta que la atención médica a los pacientes no es Salud pública. Mientras que la primera tiene como objeto el paciente concreto y su salud, la salud pública se ocupa de las grandes cifras y de las medidas oportunas para mejorarlas, pero éstas no deben interferir en la atención sanitaria del paciente individual.

31 Hablando de conflictos entre derechos de los médicos y los derechos fundamentales, el Dr. Herranz señala entre los factores para tener en cuenta "La obsesión burocrática por la uniformidad, no por la justicia; el riesgo siempre presente de aliarse el médico con la maquinaria administrativa en perjuicio del enfermo": Herranz, G. [Publicación en línea] "Los derechos humanos de los médicos". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/los-derechos-humanos-de-los-medicos>> [Consulta: 2/11/2023].

que implica un mínimo bienestar, pero que no permite igualar bienestar y salud. Estar sano es un bien útil, un medio necesario para vivir la vida humana, que varía de persona a persona. Y acabamos de ver cómo la indicación preventiva del médico consigue dificultar la vida del paciente (o del resto de la población) por los efectos secundarios de lo que receta, justo lo contrario de lo que debería ser. Al final, en este planteamiento “científico” existe cierta indiferencia por el paciente: yo le doy los medios para funcionar (no hay tal, por los errores mencionados, no pocos), usted luego, con su vida haga lo que quiera. Ahora bien, estos consejos y prescripciones son generalmente admitidos, y los pacientes los encuentran justificados, por tratarse de algo “fundamentado científicamente”. Y la vitola actual de la ciencia como sabelotodo hace pensar que son razonables.

7. Estilo de vida

Hemos partido de dos ejemplos distintos de aplicación del hincapié en la reducción relativa del riesgo. Uno de naturaleza “científica”, por decirlo de alguna manera, y otro que podríamos considerar derivado del “estilo de vida”, por emplear una frase sencilla. Se trata ahora de glosar este segundo motivo.

El actual Código de Deontología Médica³², en su artículo 62, prescribe taxativamente que “En materia de sexualidad y reproducción, el médico no debe interferir desde su ideología en la conciencia de las personas”. Cualquier idea sobre el modo adecuado de vivir la sexualidad es tachada, sin más, de ideología. La racionalidad queda reservada para los aspectos físicos y científicos, que se explicitan a continuación: “Debe intervenir informando lealmente, o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para ellas o para su futura descendencia”³³.

32 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial Española, 2022. 162 pp. Disponible en línea: <<https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/a8774a7d-9930-469e-8753-eb9e51d29318/codigodeontologia/2/index.html>> [Consulta: 18/10/2023].

33 Siguen algunas prescripciones más bien legales: “Está obligado, si se solicita, a informar acerca de todas las prestaciones a las que tengan derecho en materia de procreación, embarazo, parto,

Tras leer este texto, se plantea una duda: ¿qué es beneficio de las pacientes en este contexto? Dado que un contraceptivo no trata ni previene ninguna enfermedad, no estamos hablando de un beneficio de salud, como en el apartado anterior. Es simplemente que esas pacientes desean mantener relaciones sexuales, pero evitando la descendencia. De modo sencillo: beneficio es lo que la paciente desea.

Esto encaja perfectamente con el significado más coherente de los principios de la bioética de la Beauchamp y Childress, bien conocidos: beneficencia es proporcionar al paciente lo que él desea “autónomamente”³⁴. Es el planteamiento ilustrado de la sociedad: una unión por mera conveniencia de individuos *per se* asociales, en que el nexo de unión se limita al intercambio de bienes y servicios. Sus reglas, dentro del ámbito biomédico, son los principios de la bioética.

El médico, según este planteamiento, queda reducido a un mero técnico. Posee una técnica que puede ser deseable, y debe proporcionarla a quien la solicita, sin entrar en cuestiones “ideológicas”. Con lo que terminamos encontrándonos con algo muy parecido a la conclusión del apartado anterior. En él, el bien quedaba definido por motivos científicos que apuntan, en último término, a que el cuerpo funcione. Pero lo que haga el paciente con su vida no forma parte del proceso de decisión que lleva a la indicación de un medicamento preventivo. En el caso actual, el modo de vivir de la paciente tampoco entra en el proceso de indicación del contraceptivo, que está regido, no por datos científicos, sino por su voluntad. En ambas situaciones, la práctica de la medicina queda reducida a una mera actuación técnica.

puerperio e interrupción voluntaria del embarazo”. Aquí no cabría argumentar sobre riesgos para la salud contrastados científicamente para que el médico se muestre reticente al aborto, la contracepción, etc.: el código considera que esa actitud es ideología. Y, en todo caso, hablar de riesgos en el contexto de la contracepción es algo que la mujer puede asumir, dado que el aumento absoluto de riesgo no es grande, como ya vimos anteriormente.

34 La argumentación que permite llegar a esta conclusión se puede encontrar en Pardo, A. “La ambigüedad de los principios de la bioética”. *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(1): 39-48. Disponible en línea: <<http://aebioetica.org/revistas/2010/21/1/71/39.pdf>> [Consulta: 15/11/2022]. Ponemos las comillas a la palabra autónomamente porque la pretensión de que podemos tomar decisiones genuinamente autónomas se demuestra persistentemente ilusoria.

8. Salud y amistad terapéutica

Se ha alegado, con motivo, que la atención clínica clásica, que partía de una relación de tú a tú del médico con el paciente, hoy es poco viable. En efecto, el contexto de cadena de médicos, desde la atención primaria hasta el especialista, la complejidad de la atención hospitalaria, y la multitud de personas que interviene en la atención a un solo paciente hace muy difícil esa relación clásica de tú a tú³⁵. Ésta queda reducida a una conexión, muchas veces bastante anónima, con el sistema sanitario.

Sin embargo, si examinamos la situación con cierto detalle, vemos que esto no es tan radical: siempre, en este sistema complejo, con muchos intervinientes, el paciente encuentra momentos de auténtico diálogo, unas veces con su médico de familia, otras veces con el especialista o los especialistas que atienden sus problemas concretos, cuyas consultas se repiten en el tiempo. Con ellos, se vuelve a abrir el panorama clásico: el médico, un hombre bueno experto en cuidar³⁶, dialoga con el enfermo para conducirlo hacia la salud; aunque hoy no toma la forma del médico único que atiende al paciente, sino que se ha fraccionado en diversos dialogantes³⁷.

Vimos anteriormente que la salud consiste en estar en condiciones de desarrollar las actividades de la vida humana, que van desde las cuestiones orgánicas más básicas, pasando por las lúdicas, familiares, laborales, hasta las intelectuales más elevadas. De hecho, los enfermos piden la ayuda del médico cuando no pueden desarrollar esas actividades diarias por problemas físicos o psíquicos³⁸. El diálogo con el paciente es vital para conocer

35 Herranz, G. [Publicación en línea] "Instituciones sanitarias y médicos: tensiones éticas". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/instituciones-sanitarias-y-medicos-tensiones-eticas>> [Consulta: 23/10/2023].

36 Es la definición clásica, *vir bonus medendi peritus*.

37 De ahí la insistencia de Herranz en que, en un equipo médico, debe haber un médico concreto que presente al paciente las cuestiones y que hable con él sobre lo que se ve y se decide en el equipo, de modo que se establezca este diálogo, imprescindible en la práctica. Cf. capítulo 3, artículo 13 de Herranz, G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*, EUNSA, Pamplona, 1992. Disponible también en <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/comentarios-al-codigo-de-etica-y-deontologia-medica/capitulo-3>> [Consulta: 23/10/2023]. Esto, además, es una exigencia de la ley española de sanidad.

38 La idea de partir del concepto de salud, y de la naturaleza de la actividad médica dirigida a recuperarla, permite ver las exigencias éticas de la actividad médica desde una perspectiva abar-

dichas actividades y, sobre todo, para poder entender el grado de importancia que el enfermo atribuye a cada una. Sólo así estará el médico en condiciones de adaptar su esfuerzo terapéutico de modo que sea verdadera ayuda a la vida del paciente. Porque la atención sanitaria debe tener siempre ese objetivo. Otros planteamientos más organicistas de la salud pueden, con mucha facilidad, dejar el problema principal del paciente sin tocar, como ya vimos.

9. El bien del paciente

El médico, por compromiso vocacional, intenta desarrollar dicha ayuda del mejor modo posible. Intentará aconsejar al paciente lo mejor. Y aquí empiezan los problemas: ¿qué es "lo mejor"?

Lo mejor no es lo técnicamente más avanzado o más eficaz, por mencionar ideas que se vienen enseguida a la cabeza. Esta idea coincide con la visión ilustrada que nos impregna y que termina afectando de raíz a la atención sanitaria: el médico es sólo un técnico que ofrece sus servicios, y es el paciente quien pone los fines de dicha intervención, o presta su aquiescencia a alguna propuesta del médico mediante el consentimiento informado³⁹. Pero el médico no sería quién para influir en su toma de decisión.

cante. Es una idea que se encuentra desde hace años en Pellegrino. Cf. Pellegrino, ED. "Toward reconstruction of medical morality". *American Journal of Bioethics*. 2006; 6(2): 65-71. Y también Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981. 341 pp. Un artículo mío, algo más desarrollado que el de Pellegrino, también parte de esta idea para conseguir una visión conjunta de la ética de la actividad médica: Pardo A. "La ética en la Medicina". *Persona y bioética*. 2011; 15(2): 166-183. Disponible en línea: <<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2158>> [Consulta: 18/7/2024].

39 Una consecuencia perversa, muy real, de este planteamiento ya fue denunciada por Marcia Angell en 2007: Angell, M. [Publicación en línea] "Longing for days when doctors still advised". *The Boston Globe digital*, 5 de marzo de 2007. <http://archive.boston.com/news/globe/editorial_oped/articles/2007/03/05/longing_for_days_when_doctors_still_advised/> [Consulta: 22/8/2023]. Se puede encontrar una versión resumida traducida al castellano en Angell, M. [Publicación en línea] "Del paternalismo al abandono del paciente (o sobre la perversión del consentimiento informado)". *Bioética y Derecho Sanitario*, 6 de marzo de 2007. <<http://bioeticayderechosanitario.blogspot.com/2007/03/del-paternalismo-al-abandono-del.html>> [Consulta: 22/8/2023]. En este artículo de opinión, esta profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard y ex directora del *New England Journal of Medicine* explica cómo es muy difícil conseguir hoy que un médico estadounidense dé al paciente su opinión sobre qué haría en su caso; sólo ofrece un menú. El paciente, que decida lo que quiera.

En realidad, la respuesta a qué es “lo mejor” sólo se puede encontrar cuando se concibe la relación con el paciente como un encuentro entre personas. El enfermo refiere sus quejas y el médico intenta hacerse cargo de ellas para ponerles remedio, si está en su mano, aconsejando lo que piensa más adecuado⁴⁰. Ahora bien, “lo más adecuado” en este caso no es “lo más adecuado técnicamente” para resolver el problema de salud (“orgánica”). Es “lo más adecuado” en sentido global. El médico es una persona que intenta ayudar a otra persona. Precisa hacerse cargo del vivir de la persona ayudada para ver cuál es su problema. Y, según de lo que se trate, propondrá un consejo u otro. Estos consejos pueden referirse a cuestiones técnicas (“sus dolores se solventarán operándose de vesícula”, por ejemplo) o a cuestiones humanas de la vida del paciente (“sus dolores de cabeza se aliviarían si usted no intentara controlar su entorno para aliviar su ansiedad; esto no es cuestión de una pastilla sino de un cambio de actitud ante las cosas”, por ejemplo).

Como puede inferirse con facilidad, este consejo sanitario es paralelo al que aparece espontáneamente en las relaciones sociales. En ellas, existen cuestiones técnicas y los consejos técnicos correspondientes (“—¿Cómo se monta un tensor de cadena en una bicicleta de piñón fijo? —Mira, lo tienes explicado en este vídeo de YouTube. Pero te puedo ayudar a hacerlo si no lo entiendes.”). Pero también aparecen cuestiones humanas y consejos sobre la vida (“No te agobies, todos hemos tenido hijos adolescentes. No intentes controlarlo, sólo conseguirás hacerte antipático. Déjalo estar por ahora, ya acudirá a pedirte consejo si no es tonto.”). Estos últimos no se limitan a aportar una ayuda técnica, sino que parten de un juicio sobre el modo de vivir del otro y aportan un consejo para cambiar esa manera de vivir.

Hoy, la mentalidad de liberación radical hace que, en bastantes casos, el consejo de tipo humano sea visto como una intromisión inaceptable en la vida personal. Sólo sería admisible la ayuda de tipo técnico o material; los fines y organización de la vida personal serían asunto privado. Pero un mundo sin esta interacción real entre

personas con influencias mutuas, en que cada uno establece sus propios fines, de modo presuntamente autónomo, es una utopía. Que, además, es profundamente deshumanizadora.

10. Los fines de la vida

Pero debemos profundizar más en los consejos sanitarios. Hemos mencionado que pueden ser de tipo “técnico” y de tipo “humano”. Sin embargo, realmente ambos tienen siempre un trasfondo de consejo sobre los aspectos humanos de la vida del paciente. En algunos casos, esto se percibe con facilidad, aunque en otros se encuentran entreveradas cuestiones técnicas que pueden hacer pensar que el consejo se refiere solamente a un aspecto técnico, pero no contiene una precisión sobre la necesidad de cambiar de vida, cuando en realidad sí la contiene. “Debería usted hacer ejercicio” –dentro de que así formulado no significa casi nada– es visto como algo saludable (orgánicamente saludable), pero sin relación estricta con el modo de vivir, cuando, en realidad, apunta también a fomentar hábitos morales, como desechar la pereza de iniciar la actividad física o fomentar la fortaleza y paciencia necesarias para llevar una vida más activa⁴¹.

Además, cuando el médico aporta un consejo que se puede rotular sobre todo de “técnico”, está apuntando a una ayuda a un problema orgánico que repercutirá en un vivir del paciente más pleno, que le dará más facilidad para el desarrollo de vida diaria; en suma, se trata de una ayuda humana a su vida cotidiana. Recordemos: salud es poder vivir, desarrollar las actividades habituales.

Cuando aporta un consejo que se podría rotular de “humano”, la correlación con el vivir del paciente es más clara: está apuntando directamente al motor de esas actividades diarias, aportando una idea que puede convertirlas en más adecuadas para la persona, que puede ver así enriquecida su vida⁴².

41 Lo que no quita que, en este ejemplo, y en otros similares, existan multitud de factores orgánicos o psicológicos. Así, si este consejo se dirigía a combatir la obesidad, ésta no es un mero problema de falta de fuerza de voluntad, aunque puede incluirla.

42 Esto no implica que el médico sea simultáneamente un consejero espiritual; el tema merece muchas matizaciones, que expresa muy bien Herranz. Cf. artículos 8.1 y 8.2 de Herranz, G. *Comentarios...*, op. cit.

40 Siempre dentro de que las intervenciones que decidan entre médico y paciente deben ser eficaces y estar en sintonía con los conocimientos científicos asentados.

Existe un aspecto de la ética que, aunque clásico, no se considera muchas veces: el motor de las acciones viene dado por los fines. Estos tienen diversa profundidad: pueden estudiar para aprender algo (un fin más inmediato), pero también lo hago para ser más culto (un fin más amplio y lejano), para ayudar mejor a mis pacientes (también entraría en esa categoría) y, en el fondo, para alcanzar una vida humana plena⁴³ (esto sería el fin último, que llamamos felicidad), o lo que yo, tras la adecuada reflexión, considero que lo es⁴⁴.

La filosofía ha identificado acertadamente este fin último con la felicidad desde la antigüedad pagana. En la reflexión occidental cristiana se ha continuado con esta idea, pero asumiendo que dicha felicidad completa se da por la redención; pasa a ser la bienaventuranza eterna⁴⁵, aunque el planteamiento de fondo es el mismo: debe haber un fin al que apunta la vida humana, que no depende de otros fines ulteriores.

Esta consideración del fin de la vida contrasta radicalmente con el planteamiento ilustrado actual, que pretende que no existe un fin único al que deba apuntar en último término el ser humano en sus acciones, sino que cada cual se debe plantear lo que quiere, sin ningun-

na cortapisa de ideas preconcebidas⁴⁶. Dejando aparte lo titánico de la empresa de diseñar la propia vida partiendo de cero⁴⁷, al final esas vidas "autodiseñadas" se revelan pasmosamente vulgares. Terminan adscribiéndose a vivir una vida placentera⁴⁸.

Por otra parte, si no existe un fin último, que incluye una vida virtuosa por la que debemos luchar, se da un vacío de sentido de la vida. Esto se manifiesta en muchas conductas contemporáneas bien conocidas, como las alarmantes cifras de suicidio en nuestro "Mundo feliz" o los fines de semana de borrachera sistemática en algunos países nórdicos entre jornadas de trabajo. Trabajo que es visto como una losa que no se puede evitar. John Locke, uno de los introductores del pensamiento ilustrado en la sociedad, se da cuenta de esta consecuencia, que hoy llamaríamos vacío existencial, y que intenta solventar con la posesión de bienes; Strauss resume la postura de Locke diciendo que "la vida es la triste búsqueda de la alegría"⁴⁹.

11. Los consejos médicos

En el acto médico, a la vez que damos un consejo técnico, estamos indicando al paciente, de modo más o menos directo, un modo de plantearse el fin de su vida. Cuál es el bien y la felicidad. Es absolutamente inevitable esta "contaminación" de cuestiones "ideológicas".

43 Aristóteles. "Ética a Nicómaco". En: *Aristóteles. Obras*. Aguilar, Madrid, 1977, p. 1172. (Libro I, capítulo 2º, BK 1094a-b): "Si es verdad que existe algún fin de nuestros actos que nosotros queremos por sí mismo, mientras que los demás fines no los buscamos más que orden a este mismo fin, si también es verdad que no en todas las circunstancias nos determinamos a obrar subiendo de un fin particular a otro –pues procederíamos hasta el infinito y nuestras tendencias se vaciarían de su contenido y quedarían sin efectividad–, es evidente que este último fin puede ser el bien e incluso el bien supremo". Aquí se limita a mostrar que debe haber un fin último, cuya naturaleza necesita muchas más precisiones: la felicidad es una actividad (cf. Libro X, capítulo 6) que se desarrolla conforme a la virtud y a la sabiduría (cf. id, capítulos 7 y 8).

44 Aristóteles recoge la variedad de ideas sobre la felicidad, muy influidas por las circunstancias de cada persona: "Acercas de la naturaleza misma de la felicidad no hay inteligencia ni unanimidad entre los sabios y la multitud. Unos creen que es un bien evidente y visible, como, por ejemplo, el placer, la riqueza, los honores; para otros es distinta la respuesta a esta cuestión; y aun a menudo varía en el mismo individuo; por ejemplo, cuando está enfermo, da sus preferencias a la salud; si es pobre, las da a la riqueza. Los que tienen conciencia de su ignorancia escuchan con admiración a los que hablan bien sobre sus pretensiones; algunos, por el contrario, creen que, por encima de todos estos bienes, hay otro que existe por sí mismo y que es la causa de todos los demás". Aristóteles, *op. cit.*, p. 1173 (Libro I, capítulo 4º, BK 1095a).

45 Cf. Tomás de Aquino. *Suma de teología*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1989, pp. 37-89. (Iª-IIª, qq. 1-5).

46 La existencia de un fin último común no significa que todos los seres humanos debamos tener los mismos fines personales intermedios: la variedad de caminos que lleva a la felicidad es inacabable. Pero, en todos los casos, como condición necesaria para la felicidad, deben implicar la actividad conforme a la virtud y a la sabiduría, que es el común denominador de todos esos caminos aparentemente dispares. Cf. nota 43.

47 Aparte del serio problema humano subyacente, siempre me han provocado cierta hilaridad todos los movimientos contra corriente, que intentan ser rompedores con lo establecido, pretendiendo una novedad radical de vida. Al final, terminan siendo profundamente uniformadores, además de dependientes del planteamiento al que se quieren oponer.

48 "La mayoría y la gente más burda ponen la felicidad en el placer": Aristóteles, *op. cit.*, p. 1174 (Ética a Nicómaco, Libro I, capítulo 5º, BK 1095b).

49 Al final del capítulo sobre Locke, Leo Strauss resume su salida hedonista y economicista: "The painful relief of pain culminates not so much in the greatest pleasures as «in the having those things which produce the greatest pleasures». Life is the joyless quest for joy" ("El doloroso alivio del dolor culmina no tanto en los mayores placeres como «en tener aquellas cosas que producen los mayores placeres»). La vida es la triste búsqueda de la alegría"). Strauss, L. *Natural Right and History*, University of Chicago Press, Chicago, 1953, 251. La traducción es nuestra.

La discusión sobre las estatinas exagerando su efecto al expresar su variación en cifras relativas en vez de absolutas es, a este respecto, exactamente igual a la exageración de los cánceres de mama mencionando cambios relativos y no absolutos. Y las discusiones en estos ámbitos, dejando aparte las mentiras de los laboratorios por intereses económicos⁵⁰ son, en el fondo, discusiones sobre la felicidad humana y cómo alcanzarla.

Muchas veces asombra lo agresivas que pueden ser algunas reacciones a los comentarios que hemos denominado “de tipo humano”. No hay más que ver cómo se discute sobre el aborto. O las reacciones de algunas personas cuando se pone en tela de juicio algo relativo a “estilos de vida”, como la vida sexual (quizá lo más fácil de encontrar, por hacer acto de presencia con el uso de la contracepción), u otras cuestiones que tocan vicios personales (pereza, avaricia, etc., aunque para incidir en esto en una conversación hay que conocer más a fondo a las personas).

En ese ámbito, no caben argumentos desapasionados, pues la propia vida de quienes discuten está implicada en ellos. A no ser que se haga renuncia a la racionalidad de modo que se establezca una indiferencia hacia todas las opiniones sobre la vida buena, rasgo deshumanizador muy típico de la sociedad actual. Pero, si queremos que la medicina siga siendo atención a las personas, no nos pueden ser indiferentes sus fines vitales, que serán, desde nuestro punto de vista, aceptables o rechazables, pero siempre dignos de diálogo para poder aportar nuestra mejor ayuda⁵¹. Y esto, bien mirado, es igualmente cierto con respecto a los consejos “técnicos” que, aunque no suelen desatar pasiones del mismo modo, también implican en mayor o menor medida la vida personal del paciente, muchas veces olvidada por arte de la fisiopatología.

Desechar de la atención médica el diálogo sobre los fines de la vida o sobre “las primeras cosas” por considerarlo superfluo, o por ser potencialmente irritante para el paciente, es hacerle un flaco servicio. Necesitamos la ayuda y los consejos de los demás para poder llegar a la

50 Cf. nota 21.

51 Quizá más importante todavía en psiquiatría. Cf. Frankl, VE. *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 2022.

madurez humana⁵². Esta madurez implica un desarrollo adecuado de la virtud⁵³, lo único que garantiza la felicidad.

El desarrollo de la virtud exige, entre otras cuestiones, la interacción con los consejos y la influencia de otras personas. Estas relaciones sociales, que tienen como telón de fondo la benevolencia mutua⁵⁴, no son necesariamente positivas con respecto a dicha meta. Vivimos inmersos en una telaraña de interacciones personales que influyen de modo muy variable en nuestra vida, en ocasiones para bien y en ocasiones para mal. Como la experiencia indica, hay sociedades en las que esta influencia mutua apoya mejor el avance en la virtud que otras; las hay que incluso pueden calificarse de corrompedoras. No se puede pretender, por tanto, que la interacción mutua en sociedad produzca automáticamente el buen resultado del correcto desarrollo personal. Pero sin estas relaciones que tocan realmente el núcleo de la persona y sus planteamientos vitales más profundos, es imposible aproximarse a la perfección personal antedicha. No podemos prescindir de la comunicación y los consejos de los demás sobre lo que parece más adecuado, o sea, consejos “humanos”. No hay felicidad plena en un mundo individualista⁵⁵.

No hablamos sólo de consejos del médico al paciente. También caben los consejos del paciente al médico. Aunque su relación no sea equilibrada (el médico se encuentra necesariamente en una posición dominante), la comu-

52 Hoy escasa, aunque muchas veces se opine que abunde, pues se confunde con poseer conocimientos técnicos para poder desarrollar un trabajo. En realidad, hoy es muy frecuente en los adultos jóvenes la inmadurez de no dar importancia debida a los valores más elevados; muchas veces no han abandonado la casa de sus padres y su horizonte vital no tiene la perspectiva de servicio que debe aportar una persona de criterio.

53 Cf. nota 43, entre otros muchos textos clásicos posibles.

54 Jaliff, A. *La amistad como vínculo político en Aristóteles*, Tesis doctoral, Pamplona, 1996. Excerpta en Jaliff Zeligueta, A. “La amistad como comunicación personal y consenso político en Aristóteles”. *Cuadernos de Filosofía. Excerpta e dissertationibus in philosophia*. 1999; 9: 179-267. Disponible en <<https://dadun.unav.edu/handle/10171/9704>> [Consulta: 15/11/2023].

55 “El justo necesita personas en que poder manifestar su sentido de la justicia; lo mismo hay que decir del hombre sobrio y del valiente y de todos los demás representantes de las virtudes morales; pero el sabio, aun abandonado a sí solo, puede aún entregarse a la contemplación, y cuanto mayor es su sabiduría, más se consagra a ella. Sin duda lo haría todavía de una manera muy superior, si pudiera asociar a otras personas a su contemplación”. Aristóteles, *op. cit.*, p. 1304 (Ética a Nicómaco, Libro X, capítulo 7, BK 1177a).

nicación es siempre bidireccional, porque el paciente no sólo habla para expresar una queja de salud. Es algo que los médicos prepotentes deberían tener en cuenta, presutando más oído a lo que les dicen los pacientes.

En el contexto sanitario, los consejos que se reciben son tan dispares como en las relaciones sociales. Así, en el caso de la atención a una embarazada con problemas económicos, laborales o familiares, podemos encontrar propuestas opuestas. En unos casos, el profesional sanitario apunta a la práctica del aborto como solución. En otros, a proporcionar ayuda para dichos problemas, evitando a la futura madre el trauma por la pérdida de su hijo, y la culpabilidad adjunta. ¿Por qué esos contrastes? Porque cada persona tiene unos fines en su vida, y aconseja de modo acorde a ellos. Según como vivan su vida personal, orientarán a sus pacientes.

12. Mundo ideal y mundo real

Las reflexiones filosóficas sobre la conducta humana que hemos visto pueden parecer irreales y descarnadas muchas veces. Parece describirse un mundo inexistente e inalcanzable, sobre el que no merece la pena detenerse excesivamente. La vida real está hecha de otras actuaciones humanas, muy lejanas a dichas reflexiones. Según muchos, habría que partir de ese mundo “duro” y “crudo” para intentar establecer cómo comportarnos en él. Los “idealismos” pintarían ahí muy poco.

Efectivamente, para lidiar con un mundo nada ideal es menester plantearse cuestiones muy pragmáticas que llevan a que las personas se comporten de un modo más civilizado⁵⁶. Pero esto significa que, al observar esas conductas “poco civilizadas”, que no conducen al bien o a la virtud, estamos juzgándolas como realmente negativas.

56 “Para la vida entera en general tenemos necesidad de leyes. La multitud, en efecto, obedece a la necesidad más que a la razón, y a los castigos más que al honor. [...] Los que desobedecen y se manifiestan rebeldes por naturaleza a la virtud deben ser castigados. [...] El malo, que no persigue más que su placer, será tratado y castigado como una bestia más. Por la misma razón, las penas infligidas deben ser las que más se oponen a los placeres que tanto ama el culpable”. Aristóteles, *op. cit.*, p. 1308 (Ética a Nicómaco, Libro X, capítulo 9, BK 1179b). Está obviamente casi ausente el componente cristiano de rehabilitación por la penalidad, aunque un poco antes se sugiere la reeducación en la virtud: “Trabajar el alma del oyente para hacerle concebir sentimientos de alegría y de aversión, igual que se revuelve la tierra que debe alimentar las semillas”: Aristóteles, *op. cit.*, p. 1307.

Esto lo podemos hacer sólo cotejándolas interiormente con un baremo ideal, no escrito, que todos alcanzamos por medio de la reflexión y la conciencia⁵⁷. Sin claridad en ese baremo, las medidas pragmáticas no serían posibles, pues no podríamos saber hacia dónde deberíamos dirigir las.

Como se puede deducir de aquí, la teoría, o la versión ideal, como queramos denominarla, es fundamental para poder regular la vida práctica y elaborar las normativas necesarias para poner orden y rectitud en ella. Es mirar la naturaleza de las cosas, para intentar ajustarse a ella cuando la conducta real de los hombres se aparta de lo que los hombres rectos descubren que debería ser. No es una utopía, es la regla a la que debemos ajustarnos, aunque pocas veces la alcancemos plenamente debido a la debilidad o a la malicia del ser humano. Si se prescinde de esa idea “teórica”, no hay una meta a la que apuntar para intentar ser felices.

Cada persona tiene una visión personal de la vida buena. La visión perfecta de ese ideal no está a nuestro alcance, pues está matizada por los hábitos personales, distintos para cada cual. Pero, por incompleta o defectuosa que sea, nadie puede prescindir mentalmente de ella. La visión presuntamente “objetiva”, sin contaminación por las ideas personales, es un planteamiento actual muy típico, pero es inviable: al final, el ser humano es una unidad, y termina actuando y hablando según sus hábitos.

13. Consejos sobre el fin

De lo dicho se deduce que, en la atención médica, no sólo planteamos consejos técnicos, sino también consejos que atañen a replantearse el fin de la vida, a veces de modo directo, otras veces de modo indirecto, incluidos dentro de una indicación aparentemente sólo técnica. Esto es inexorable, no se puede esquivar. La práctica de la medicina indiferente a la persona, que sólo aporta tecnología, es irreal e imposible. Nuestra respuesta a la pregunta “Doctor, ¿qué haría usted en mi caso?” está

57 Esta es una idea muy clásica en ética: ¿cómo podemos llamar injusta una conducta que no está tipificada como tal por la ley? Porque la justicia (ideal) no es sólo algo legal, sino que la percibimos en nuestro contacto con la realidad, y podemos juzgar la realidad a partir de ella.

siempre impregnada de nuestra visión de la salud y la felicidad, por mucho que intentemos meternos en la persona del paciente para ajustarnos lo mejor posible a su modo de ver el mundo.

Pero, si el diálogo con el paciente versa, de un modo u otro, sobre la felicidad y el fin de la vida, sobre lo más fundamental para orientarla, entonces las cuestiones de fondo deben hacer acto de presencia.

En este contexto, el recurso a la argumentación científica, hablar de los riesgos que tiene para la salud una determinada conducta, sea de tipo técnico (como el colesterol alto) o de tipo humano (como la cuestión de la contracepción), oculta al paciente, y puede que también a nosotros mismos, el concepto de salud o de vida buena que estamos aconsejando en el fondo. En el primer caso, pensamos en salud como integridad orgánica, pero ¿con las estatinas hacemos bien a los pacientes desde el punto de vista de mejorar su vivir? (por seguir con este ejemplo, uno posible entre muchos). En el segundo caso, como es un estilo de vida personal, el prurito actual nos lleva a no entrar en materia; si acaso, mencionamos el riesgo aumentado de cáncer de mama y abandonamos a la consultora a su albur. En ambas situaciones, la objetividad de las cifras relativas de variación riesgo nos lleva a defraudar la confianza del paciente, que se ve llevado hacia una versión concreta de la atención que precisa sin haber tratado propiamente sobre ella.

Además, si se puede y se debe dialogar sobre las cuestiones vitales de fondo, la aparición de lo religioso en la atención médica es posible, necesario (sobre todo en ciertos contextos), y en general muy útil (sobre todo desde el punto de vista psicológico). El diálogo humano es un intercambio de ideas que busca la cooperación para conseguir aproximar a los demás a lo que consideramos lo mejor para ellos, el fin pleno que es la felicidad. Pero esto, planteado por un médico cristiano⁵⁸,

58 Probablemente no se pueda aplicar este razonamiento a médicos de cualquier religión, pues no todas se encuentran en un marco de consecución de la felicidad. Así, hay planteamientos religiosos negativos que se limitan a intentar evitar el sufrimiento, de meras prácticas que crean una cohesión social, de sometimiento temeroso a un poder superior irracional, etc. Sólo el planteamiento judeo-cristiano parece contener potencia humana y racionalidad suficientes como para descubrir un ámbito real de felicidad.

implica mostrar al otro lo buena que es la vida cristiana, no sólo después de la muerte, sino también ahora⁵⁹.

Evidentemente este diálogo sobre cuestiones de orientación vital requiere un contexto adecuado para no provocar repulsa antes de entrar en materia. En el desarrollo del acto médico, esta conversación no se puede poner en marcha sin que haya habido cierto tiempo de trato. Pero esto no implica que no deba aparecer. Así, reducir el diálogo sobre los contraceptivos a los “riesgos para la salud”, que es escuchado y no causa rechazo fácilmente (se oye como “bueno, es lo que hay”), es una manera de evitarse un potencial mal rato (que no tiene por qué darse). Pero implica desconectar la relación médico-enfermo de su base, una relación humana en la que se comunican ideas. Y entre ellas está la versión de la vida buena⁶⁰.

El caso del diálogo con la paciente que solicita contracepción hormonal permite ver con nuevas luces la argumentación sobre el aumento de riesgo de cáncer de mama (que, como vimos, es pequeño y asumible). El tema clave aquí es el diálogo sobre el modo de vivir la sexualidad y su conexión con la felicidad humana. Esto es una cuestión de mucho más calado que el riesgo de enfermedad futura. Con el argumento epidemiológico este punto clave no se toca ni por asomo. Esto no impide que, en el diálogo sobre el punto crucial, puedan aparecer cuestiones más o menos técnicas o de oportunidad y circunstancias, como la objeción de conciencia (de poca entidad en este caso) o de conciencia (que se daría sólo tras un ultimátum de la paciente), la existencia del contexto de comunicación personal, el modo de comunicar respetuoso, etc.⁶¹

Limitarse a hacer indicaciones médicas sin el diálogo que nos permita conocer la vida del paciente (que intentamos fomentar) es lo que Platón describía como

59 Es desgraciadamente muy frecuente la idea de que la vida cristiana sólo logra la felicidad tras la muerte. No es así. Véase una muestra significativa: “Y serás feliz aquí y felicísimo luego, en la Vida”. Escrivá de Balaguer, J. *Camino*, Madrid, 2022. Disponible en <https://escriva.org/es/camino/255/> [Consulta: 20/11/2023]. Cf. Mt. 19,39.

60 En toda esta argumentación sólo hemos tocado las consecuencias de la contracepción relativas al modo de vivir la sexualidad. Hay otras, más serias, como el efecto antiimplantatorio, abortivo precoz, de estos productos.

61 Cf. como primera aproximación lo que menciona a propósito de esto el Dr. Herranz, nota 42.

medicina de esclavos: la que, sin diálogo, practicaban los esclavos de los médicos con sus compañeros de esclavitud, simplemente por imitación empírica de lo que veían prescribir a sus amos, pero sin conocimiento suficiente del arte médico ni del enfermo⁶². Ese modo de actuar sería descrito hoy como paternalismo, aunque esta denominación es un desacierto, pues un padre se preocupa por sus hijos teniendo en cuenta sus peculiaridades individuales, con lo que un sano paternalismo incluye el diálogo personal. Este término se ha convertido casi en un mantra para descalificar un consejo que no agrada. Propiamente, la conducta no dialogante del médico se debería calificar de prepotencia⁶³ o de abuso de la confianza del paciente.

14. Resumen conclusivo

El consejo de tomar estatinas y el de dejar de tomar contraceptivos, presionando al paciente subliminalmente mediante el argumento del aumento relativo de riesgo en vez de absoluto, no hace justicia a la naturaleza de la relación médico-paciente. En el primer caso, es una manera de subrayar que lo bueno, lo mejor, es que el organismo funcione bien (según parámetros que nos parecerán ridículos dentro de una generación) para vivir como se quiera; en el segundo, es un intento de que la paciente viva la castidad, olvidando que la virtud nace de dentro de la persona y no consiste en la mera conducta externa. Puede que esos datos sean propedéuticos de un diálogo más profundo, y esto no es nada desdeñable, pero, sin este diálogo, argumentar con los datos "científicos" es marrullería.

Ambos son una manifiesta falta de honradez con los pacientes, pues se les intenta llevar por un camino sin que haya habido una comunicación personal que sugiera racionalmente que dicha conducta es la más adecuada.

62 Puede verse un resumen de esta descripción platónica en Pardo, A. "Salud y calidad de vida". En: *Medicamentos, placebos y fraudes*. Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008, 31-48. Disponible en <https://www.academia.edu/36593329/Salud_y_calidad_de_vida> [Consulta: 13/11/23].

63 Debo esta interesantísima precisión a un comentario de la Dra. María Purificación de Castro, que fue directora del Comité de Ética Asistencial de la Clínica Universidad de Navarra.

En el primer caso, además, suele darse un penoso déficit de conocimiento de las cuestiones fisiopatológicas y farmacológicas de las que se está hablando, de modo que las normativas y guías profesionales ocupan el primer plano, mientras que el paciente y sus problemas de salud reales pasan inadvertidos⁶⁴. Deberíamos preocuparnos ante todo por el vivir del paciente, no por su análisis del colesterol (por ejemplo) que, en comparación, es muy irrelevante, como hemos visto.

En el segundo caso también se da un eclipse del paciente: parece que interesa su conducta cuando lo que realmente nos debe importar es su persona y su felicidad. Hacerle un comentario que apunte a lo nuclear puede causar indignación por tocarle la fibra ética, pues le recuerda un asunto que ya ha llamado a su conciencia y ha sido rechazado. Pero no podemos esquivar este tipo de contacto si queremos que nuestra relación con los enfermos sea verdaderamente humana: con oportunidad, hay que tocar los motivos que llevan al paciente a obrar así.

15. Recomendaciones éticas

De todo lo antedicho cabe deducir algunas consecuencias éticas para el médico durante su actividad clínica; algunas también son aplicables al científico que trabaja en cuestiones de salud y a otros profesionales sanitarios.

- Expresar los beneficios o perjuicios de un medicamento, dieta, conducta, etc., sólo en términos relativos de cambio es profundamente desorientador, a no ser que se acompañe, de modo claro, de las cifras absolutas de cambio, aunque sean solamente aproximadas.
- Los consejos o indicaciones médicas que parten sólo de las cifras relativas de beneficio o daño corren el riesgo de estar perjudicando al pa-

64 Las discusiones sobre la inteligencia artificial en medicina tienen este problema de fondo: aunque los algoritmos consigan una aproximación diagnóstica muy correcta, basada en todos los datos orgánicos que poseemos del paciente, sin la visión de la felicidad que se obtiene en el diálogo médico-paciente, que no se puede formalizar, la atención médica queda reducida a generalidades despersonalizadas. Como sucede en los casos de atención médica descuidada y superficial mencionados antes (cf. texto y nota 62).

ciente, pues, si se trata de cambios absolutos de riesgo bajos, que se intentan prevenir de algún modo, es fácil que los efectos secundarios de dicha prevención desborden los beneficios previstos.

- Las indicaciones médicas deben darse en diálogo con el paciente, de modo que se conozca su modo de vida y el consejo pueda, realmente, estar dirigido a mejorar los problemas sanitarios en su vida cotidiana (o sea, su salud real).
- El diálogo con el paciente que aparentemente versa sobre cuestiones técnicas también alcanza su vida personal. Actuar sin dicho diálogo es más bien prepotencia y abuso del paciente, aunque no es paternalismo, propiamente hablando, pues un buen padre se ocupa de sus hijos teniendo en cuenta sus peculiaridades.
- Es obligado dialogar con el paciente sobre los pros y los contras de los tratamientos, especialmente de los que ofertan sólo prevención sin beneficio real ahora.
- El diálogo con el paciente también debe plantearse para tratar cuestiones directamente personales, con las medidas de prudencia que señala Herranz y con otras muchas que sería fácil explicitar, entre las que figura en primer lugar que exista un grado de conocimiento personal y amistad que permita este tipo de diálogo.
- Emplear argumentos técnicos para convencer en cuestiones humanas puede ser retóricamente eficaz, pero no deja de ser un modo de engañar al paciente si la conversación no termina tocando también el plano humano.
- Toda indicación médica es conjunta de médico y paciente. No se puede alcanzar sin el diálogo personal, tanto sobre las cuestiones técnicas como humanas.
- El diálogo humano, en el fondo, siempre versa sobre la felicidad. Y el diálogo médico-paciente, que origina la amistad terapéutica, no es una excepción. Caben todos los temas de la vida humana. Por ambas partes.

Referencias

- Abramson, J. [Publicación en línea] "Statins in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease". 2017. <<https://thennt.com/nnt/statins-persons-low-risk-cardiovascular-disease/>> [Consulta: 2/4/2024]
- Abramson, J. *Sickening: How Big Pharma Broke American Health Care and How We Can Repair It*. New York, HarperCollins Publishers, 2022.
- Amrhein V, Greenland S, McShane B. "Scientists rise up against statistical significance". *Nature*. 2019; 567: 305-307. doi: 10.1038/d41586-019-00857-9
- Andrade C. "β-Blockers and the Risk of New-Onset Depression: Meta-analysis Reassures, but the Jury Is Still Out". *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021 Jun 1; 82(3): 21f14095. doi: 10.4088/JCP.21f14095
- Angell, M. [Publicación en línea] "Longing for days when doctors still advised". The Boston Globe digital, 5 de marzo de 2007. <http://archive.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2007/03/05/longing_for_days_when_doctors_still_advised/> [Consulta: 22/8/2023]. Versión resumida en español en Angell, M. [Publicación en línea] "Del paternalismo al abandono del paciente (o sobre la perversión del consentimiento informado)". *Bioética y Derecho Sanitario*, 6 de marzo de 2007. <<http://bioeticayderechosanitario.blogspot.com/2007/03/del-paternalismo-al-abandono-del.html>> [Consulta: 22/8/2023]
- Angell, M. *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It*. New York, Random House, 2004.
- Anónimo. [Publicación en línea]. "El cáncer de mama en España, en gráficos". <<https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106>> [Consulta: 8/8/2023]
- Anónimo. [Publicación en línea]. "Los estrógenos artificiales, sospechosos de causar la epidemia de tumores de mama". <https://elpais.com/diario/1995/01/18/sociedad/790383615_850215.html> [Consulta: 2/4/2024]
- Archer, E. Lavie, CJ. Hill, JO. "The Failure to Measure Dietary Intake Engendered a Fictional Discourse on Diet-Disease Relations". *Frontiers in Nutrition*. 2018; 5: 105. doi: 10.3389/fnut.2018.00105

- Aristóteles. *Obras*, Aguilar, Madrid, 1977.
- Chang, SC. Wang, M. Beckerman, JG. Sanz, M. Gluckman, TJ. Grunkemeier, GL. "A method to estimate the mean lifetime survival increase of statin therapy". *Future Cardiology*. 2016; 12(5): 539-44. doi: 10.2217/fca-2016-0016
- Chou, R. Cantor, A. Dana, T. Wagner, J. Ahmed, A. Fu, R, Ferencik, M. US Preventive Services Task Force, et al. "Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement". *JAMA*. 2022; 328(8): 746-753. doi: 10.1001/jama.2022.13044
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial Española, 2022. 162.
- Diamond, DM. Ravnskov, U. "How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease". *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2015; 8(2 Mar): 201-10.
- Escrivá de Balaguer, J. *Camino*, Rialp, Madrid, 2022.
- Flynn, MM. Tierney, A. Itsiopoulos, C. "Is Extra Virgin Olive Oil the Critical Ingredient Driving the Health Benefits of a Mediterranean Diet? A Narrative Review". *Nutrients*. 2023; 15(13): 2916 (Jun 27). doi: 10.3390/nu15132916
- Frankl, VE. *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 2022.
- Gotzsche, PC. *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Copenhagen, Institute for Scientific Freedom, 2022.
- Herranz, G. [Publicación en línea] "Instituciones sanitarias y médicos: tensiones éticas". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/instituciones-sanitarias-y-medicos-tensiones-eticas>> [Consulta: 23/10/2023]
- Herranz, G. [Publicación en línea] "Los derechos humanos de los médicos". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/los-derechos-humanos-de-los-medicos>> [Consulta: 2/11/2023]
- Herranz, G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*, EUNSA, Pamplona, 1992.
- Ioannidis, JPA. "The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research". *JAMA*. 2018; 320(10): 969-970. doi:10.1001/jama.2018.11025
- Jaliff Zeligueta, A. "La amistad como comunicación personal y consenso político en Aristóteles". *Cuadernos de Filosofía. Excerpta e dissertationibus in philosophia*. 1999; 9: 179-267. Disponible en <<https://dadun.unav.edu/handle/10171/9704>> [Consulta: 15/11/2023].
- Jaliff, A. *La amistad como vínculo político en Aristóteles*, Tesis doctoral, Pamplona, 1996.
- Kristensen, ML. Christensen, PM. Hallas, J. "The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement". *BMJ Open* 2015; 5: e007118. doi: 10.1136/bmjopen-2014-00711
- López Guzmán, J, ed. *Medicamentos, placebos y fraudes*, Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008.
- Millet A. [Publicación en línea]. "Un poco de sensatez entre tanta desinformación. Cáncer de mama". <<https://clinicamillet.es/blog/poco-sensatez-tanta-desinformacion/>> Julio 2017. [Consulta: 2/4/2024]
- Pardo, A. "¿Qué es la salud?" *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 1997; 41(2): 4-9. Disponible en línea: <https://www.academia.edu/7150548/Qu%C3%A9_es_la_salud> [Consulta: 8/8/2023]
- Pardo, A. "La ambigüedad de los principios de la bioética". *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(1): 39-48. Disponible en línea: <<http://aebioetica.org/revistas/2010/21/1/71/39.pdf>> [Consulta: 15/11/2022]
- Pardo A. "La ética en la Medicina". *Persona y bioética*. 2011; 15(2): 166-183. Disponible en línea: <<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2158>> [Consulta: 18/7/2024].
- Pardo, A. "Salud y calidad de vida". En: *Medicamentos, placebos y fraudes*. Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008, 31-48. Disponible en <https://www.academia.edu/36593329/Salud_y_calidad_de_vida> [Consulta: 13/11/23].

- Patel, KK et al. "Molecular targets of statins and their potential side effects: Not all the glitter is gold". *European journal of pharmacology*. 2022; 922: 174906. doi:10.1016/j.ejphar.2022.174906
- Pellegrino, ED. "Toward reconstruction of medical morality". *American Journal of Bioethics*. 2006; 6(2): 65-71.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981.
- Riemer TG, Villagomez Fuentes LE, Algharably EAE, et al. "Do β -Blockers Cause Depression?: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychiatric Adverse Events During β -Blocker Therapy". *Hypertension*. 2021 May 5; 77(5): 1539-1548. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16590,
- Rong, S. Snetselaar, LG. Xu, G, et al. "Association of Skipping Breakfast With Cardiovascular and All-Cause Mortality". *Journal of the American College of Cardiology*. 2019; 73(16): 2025-2032. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.065
- Segarra, I. Menárguez, M. Roqué, MV. "Women's health, hormonal balance, and personal autonomy". *Frontiers in Medicine*. 2023; 10 (30 June 2023). doi: 10.3389/fmed.2023.1167504
- Sheppard, JP. Stevens, S. Stevens, R. et al. "Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients with Mild Hypertension". *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(12): 1626-1634 (December 2018) doi:10.1001/jamainternmed.2018.4684
- Strauss, L. *Natural Right and History*, University of Chicago Press, Chicago, 1953.
- Tomás de Aquino. *Suma de teología*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1989.
- Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid, Capitán Swing, 2015.
- Zinser-Sierra, JW. "Tabaquismo y cáncer de pulmón". *Salud pública México*. 2019; 61: 303-307. doi: 10.21149/10088

Agradecimientos:

Agradezco al profesor Luis Echarte su detallada revisión del manuscrito y sus acertadas sugerencias.

El autor declara que no tiene conflictos de intereses.