

—aquella que se produce cuando la presión arterial es medida en la consulta médica por un médico y, en menor medida, por la enfermera, mientras que esta reacción no se evidencia cuando es el propio paciente quien se mide la tensión arterial en el domicilio⁶. Como ustedes mismos indican, otra de las ventajas de la automedición es la disminución en el número de consultas. Esto no sucedería si dicho aparato estuviese en la consulta de enfermería, limitando además la posible autonomía de que puede dotar esta técnica a los pacientes⁶. Por todos estos motivos, nos parecería más adecuado, y sin restarle interés al tema tratado en este artículo, si se incluyeran en el mismo algunos pequeños retoques, en el apartado «Material y métodos», aumentando así su calidad.

**L.M. Vaquero Roncero
y M.B. Sánchez-Montero**

Zamora.

1. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. FMC 1994; 1: 404-410.
2. Márquez E, Martín JL, Gutiérrez MC. Validación de un monitor automático no invasivo de presión arterial: el ACP-2200. Aten Primaria 1994; 14: 815-819.
3. Donner A Sample size requirements for comparison of two or more coefficients of inter-observer agreement. Statistics in Medicine 1998; 17: 1157-1168.
4. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1993.
5. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. American national standard for electronic or automated sphygmomanometers. Washington DC: AAMI, 1987.
6. Buitrago F, Martínez A. Utilidad de los aparatos de autocontrol de la presión arterial. FMC 1999; 6: 576-583.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos sinceramente el interés mostrado por los Dres. Mario Vaquero y Belén Sánchez por nuestro artículo¹, pues los comentarios que hacen en su carta nos han resultado de utilidad para aprender algo más sobre los aspectos metodológicos que analizan. Cuando nos planteamos realizar este estudio,

y tras hacer una extensa revisión bibliográfica, no encontramos unas directrices claras sobre cómo predeterminar el tamaño muestral necesario en este tipo de trabajos. Por ello decidimos escoger un tamaño de muestra lo suficientemente grande como para que no tuviéramos problemas en la precisión de nuestras estimaciones, como de hecho así ha sucedido. Si el trabajo de investigación lo hubiéramos llevado a cabo ahora, probablemente tendríamos más elementos y conocimientos en los que basar nuestras asunciones. Por ejemplo, Norman y Streiner² postulan para calcular el tamaño muestral en diseños de medidas repetidas de un factor, como muy bien se podría considerar nuestro caso, utilizar la fórmula para el *t* test para datos apareados. Nosotros hemos efectuado los cálculos *a posteriori*, con ayuda de un programa informático³, para de este modo comprobar la potencia de nuestro estudio y así, si tenemos en cuenta las cifras de tensión arterial sistólica medias y la desviación típica obtenidas en nuestro estudio, para un error alfa del 5% y una hipótesis bilateral, la potencia con la que trabajamos con un tamaño de muestra de 300 sujetos es del 97,5% (riesgo beta del 2,5%).

Respecto al posible sesgo de selección al que aluden nuestros colegas, nosotros pensamos que es imprescindible que éste se haya producido, al menos de manera significativa, pues se sabe que la mayor parte de la población general adscrita a una zona básica de salud (aproximadamente un 80% en un año y el 95% al menos una vez cada 5 años), contacta con los servicios de atención primaria de salud por diferentes motivos, ya sean clínicos o de carácter burocrático⁴.

Por último, creemos que no se ha interpretado bien la propuesta que hacemos sobre el lugar de ubicación del aparato de medir la presión arterial, pues en ningún lugar de nuestro artículo proponemos que los aparatos semiautomáticos se coloquen en la consulta de enfermería; es más, asumimos esto como una de las limitaciones del trabajo; lo que decimos es que lo deseable hubiese sido que el esfigmomanómetro estuviera situado en la sala de espera o en la farmacia.

Esperamos que estas aclaraciones sirvan para despejar dudas sobre los aspectos que señalan en su amable

carta, reiterándoles nuestro agradecimiento por su interés.

**G. Montes Redondo,
J.A. Fernández García, A. Prada
Vigil, R. Polonio Enríquez,
D. Rodríguez Hornero
y L.A. Pérula de Torres.**

Unidad Docente de Medicina Familiar y
Comunitaria de Córdoba.

1. Montes G, Fernández JA, Prada A, Polonio R, Rodríguez D, Pérula LA. Fiabilidad en la medición de la presión arterial: paciente frente a profesionales de atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 73-77.
2. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid: Mosby, 1996.
3. Letón E, Pedromingo A. Programa C4 Study Design Pack Versión 1.1. Cálculo del tamaño muestral. Madrid: Glaxo Wellcome, 1998.
4. Martín A, Huguet M, García F. La organización de las actividades en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.ª ed.). Barcelona: Mosby-Doyma, 1994; 34-47.

Aspectos éticos en la prescripción médica y nuestra relación con la industria farmacéutica

Estadística; Ética; Industria farmacéutica;
Investigación; Prescripción
farmacológica; Tamaño muestra.

Sr. Director: En relación al editorial publicado por M.L. Rubio y F. Cerdón, titulado «Relación con la industria farmacéutica: ¿un dilema ético?»¹, quisiéramos hacer algunas consideraciones. La actividad de los médicos de familia se ve sometida con frecuencia a diversas cuestiones éticas. La ética no es otra cosa que la pregunta acerca de cómo debemos comportarnos². Como apuntan los autores, existen unos principios éticos sustentados en un plano privado (el de *beneficencia*, la actuación del médico debe tender al bien de su paciente y el de *autonomía*, tener en cuenta la capacidad de las personas de decidir en relación con su vida) y otros principios sustentados en el plano público (el de *justicia*, tratar a todos por igual sin hacer discriminaciones, y el de *no-maleficencia*, no hacer mal a otro). Por tanto, este último sería el nivel de la ética del bien común, la ética de mínimos que obliga-

ría a todos incluso en contra de la voluntad de las personas. Si de los diversos factores que influyen en la prescripción del médico dejamos a un lado la relación médico-paciente, con un paciente cada vez más exigente con los servicios sanitarios (cliente), y la relación con la sociedad, que abandona en manos del médico la distribución de un recurso público sin prácticamente control alguno, el factor que nos queda es el de la industria farmacéutica³.

La industria farmacéutica establece con el médico unas peculiares relaciones. Los autores del editorial repasan acertadamente las actividades que la industria realiza para la promoción de sus productos: directas (información, vínculo personal con el médico y hacer saber la disposición a «invertir») e indirectas (seudoestudios, organización de congresos y patrocinio de sociedades científicas). Respecto a la información sobre medicamentos, es cierto que el médico dedica un tiempo a los visitantes y recibe una información que, en general, tiene escaso valor, por lo que se pide algo más a cambio. Por tanto, la relación no es meramente informativa. Pero, ¿qué puede el médico solicitar al laboratorio? y ¿qué puede el laboratorio ofrecer al facultativo? Ambas preguntas deben tener un referente inicial en el Real Decreto 1.416/1994 de 25 de junio⁴, en el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. En sus artículos 17, 18 y 19 se especifica que queda prohibido otorgar primas o ventajas pecuniarias o en especie a los médicos con la excepción de aquellos que sean de un valor insignificante, que la hospitalidad en las reuniones científicas deberá ser siempre moderada en su nivel y subordinada al objetivo principal de la reunión, que las subvenciones se aplicarán exclusivamente a actividades de índole científica y que los médicos no podrán solicitar o aceptar estos incentivos prohibidos. Las preguntas inmediatas son: ¿qué es un regalo de valor insignificante?, ¿todos los gastos de hospitalidad en nuestros congresos científicos son moderados y subordinados al objetivo de la reunión?, ¿se subvencionan sólo actividades de índole científica? Claro que también surge inmediatamente esta otra: ¿por qué renunciar a las ayudas que se ajusten a los requisitos del Real Decreto cuando la propia empresa no las proporciona como parte

de la formación continuada? También se podría profundizar en cuál es el beneficio que obtiene la empresa de esa formación y si el aprovechamiento científico de los médicos es siempre el óptimo. En cualquier caso, compartimos la opinión de que la formación continuada debe llevar inherente un esfuerzo por parte del profesional, y parece adecuado que él mismo colaborara también en su financiación, al menos en parte.

Por otro lado, es la propia industria la que escoge el tema y las personas. Esto nos llevaría a la siguiente cuestión: ¿financiación al facultativo o a la institución? Reconociendo que es necesario el apoyo por parte de la industria a la formación continuada dados los escasos recursos de la organización sanitaria, si la financiación se canalizara desde el Servicio Nacional de Salud, las ayudas dejarían de utilizarse como premios a los que se han mostrado más receptivos a la oferta comercial, y podría dirigirse hacia aquellos que más se adecuasen al perfil del curso correspondiente, dentro del plan de formación del área o distrito sanitario.

Para finalizar, fijémonos en lo que sobre los regalos de los laboratorios se dice en la obra *Principios de medicina interna* (Harrison), donde, como en casi todos los textos de medicina modernos, hay un capítulo dedicado a la ética: «Los médicos pueden recibir ofertas de regalos que pueden ir desde bolígrafos hasta fiestas derrochadoras. Las críticas se concentran en si el regalo puede deteriorar la objetividad o aumentar el coste de los cuidados de salud y dar la apariencia de un conflicto de interés. Una regla útil a seguir sería considerar si los pacientes lo aprobarían si ellos supieran que los médicos aceptaron tales regalos.» En resumen, la ética de la prescripción debe tratar de guiarse siempre por los principios antes reseñados. Esto quiere decir que dicha prescripción debe ser eficaz y efectiva (no-maleficencia), eficiente (justicia) y realizada en el marco de la teoría del consentimiento informado (autonomía-beneficencia). Sólo desde este marco podremos saber si los «regalos» de la industria farmacéutica nos comprometen o no moralmente.

**J.A. Cortés Rubio
y P. Simón Lorda**

Médicos de Familia. Áreas 11 y 7 de
Atención Primaria. Madrid.

1. Rubio ML, Cordon F. Relación con la industria farmacéutica: ¿un dilema ético? *Aten Primaria* 2000; 25: 135-136.
2. Altisent R, Martín M, Serrat D. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez P, editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 183-203.
3. Solin R. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. En: Altisent R, Delgado MT, Jolin L, Martín MN, Ruiz R, Simón P et al, editores. *Sobre bioética y medicina de familia*. Palma de Mallorca: Documentos semFYC n.º 7; 1996; 75-81.
4. Real Decreto 1.416/1994 de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Con relación a la carta «Aspectos éticos en la prescripción médica y nuestra relación con la industria farmacéutica», remitida por J.A. Cortés Rubio y P. Simón Lorda, quisiéramos hacer un pequeño comentario. Compartimos con los autores la creencia de que la prescripción médica se debe contemplar desde la perspectiva de la eficacia –dar el mejor tratamiento posible–, la eficiencia –de entre los diferentes tratamientos posibles, escoger el que tenga un mejor perfil coste-beneficio– y la autonomía, considerando las preferencias del paciente una vez informado de la situación a la que se enfrenta.

La consulta médica acaba frecuentemente con la prescripción de un medicamento determinado; en ese momento es innegable que, de un modo consciente o no, el médico entra en contacto con la industria farmacéutica. La realidad impone que un determinado fármaco se encuentre en el mercado en forma de varias presentaciones de diferentes casas farmacéuticas. Así, es inevitable que en el acto de la prescripción se favorezca a una empresa u otra.

En un mercado de alta competitividad no debemos esperar ofertas desinteresadas de regalos. Para la industria farmacéutica somos clientes y sus regalos responden más bien al concepto de prima o incentivo. El objetivo de éstos puede dividirse en tres categorías: la primera, la apertura al mercado de una novedad terapéutica; la segunda, ampliación del mercado de un producto; la tercera,