

dieran ser pautas, razonadas a lo largo del artículo, de orientación para apoyar al criterio individual de los profesionales en algunas áreas de la relación de éste con los laboratorios:

1. Los regalos, el hospedaje o los subsidios ofrecidos a los médicos por la industria farmacéutica no deberían ser aceptados por éstos cuando pudieran llegar a influir, o a parecer a otros que influían, en la objetividad de su juicio de práctica clínica. Un criterio útil para determinar la aceptabilidad ética de ciertas prácticas puede ser plantearse: ¿aceptaría esto mismo si lo supieran mis pacientes, mis compañeros o la población general?
2. Los organizadores de cursos de formación continuada a los cuales financie la industria farmacéutica deberían realizar un esfuerzo explícito para desarrollar políticas que les permitieran un control total sobre dichos programas.
3. Las sociedades profesionales deberían desarrollar y promover guías de actuación que frenen la excesiva financiación por parte de la industria de regalos, congresos, espectáculos y viajes a los médicos.
4. Los médicos que participen en ensayos clínicos sobre medicamentos financiados por la industria deberían orientar sus actividades de acuerdo con preceptos básicos de metodología científica aceptada.

Con posterioridad a estas recomendaciones, y en línea con las mismas, el Comité de Ética de la AMA elaboró una guía de criterios para aceptar regalos procedentes de los laboratorios de farmacia<sup>4</sup>.

De forma paralela a este tipo de medidas, existe una conciencia de la necesidad de incluir en la formación curricular de los médicos de familia contenidos en torno a su relación con la industria farmacéutica<sup>5</sup>.

El Grupo de Bioética de la semFYC considera que sería un progreso ético evitar que en la relación de la industria con los facultativos la concesión de prebendas se realice a nivel personal<sup>6</sup>.

Tendiendo en cuenta todo lo anterior, el Grupo Impulsor de Bioética (GIB) de la SVMFiC considera positivo, y por tanto beneficioso, para la sociedad y para el colectivo profesional, que las inversiones en marketing de las empresas farmacéuticas se dediquen mayoritariamente a la formación continuada de calidad. La financiación de grupos docentes con experiencia en un determinado campo, las características del material distribuido por los expertos y los procedimientos de evaluación determinarán la calidad de la docencia. La distribución de los cursos mejor valorados por todo el ámbito nacional facilita la equidad en la promoción profesional. Permitir, como parece haber sucedido en algún caso, el acceso a los alumnos de las respuestas correctas antes de la evaluación deteriora claramente el mecanismo de aprendizaje, introduciendo a quienes realizan dicha práctica en el ámbito de la maleficencia.

En consecuencia, dando por supuesto que nadie, ni facultativos ni industria farmacéutica, tiene intención de hacer mal uso del bien común, y para facilitar la detección de quienes, consciente o inconscientemente lo hicieran, el GIB de la SVMFiC propone a los docentes financiados por la industria farmacéutica el empleo sistemático de un contrato de servicios así como el seguimiento, mediante la obtención de un listado nominal, de las personas matriculadas en cursos por los laboratorios y de los correctores contratados por éstos.

**A.M. Costa Alcaraz<sup>a</sup>,  
I. Pereiro Berenguer<sup>b</sup>  
y V. Suberviola Collados<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Médico Generalista.  
Grupo Impulsor de Bioética de la SVMFiC.

1. Rubio ML, Cerdón F. Relación con la industria farmacéutica: ¿un dilema ético? *Aten Primaria* 2000; 25: 135-136.
2. American College of Physicians. Physicians and the Pharmaceutical Industry. *Ann Intern Med* 1990; 112: 624-626.
3. Bricker EM. Industrial marketing and medical ethics. *N Engl J Med* 1989; 320: 1690-1692.
4. Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Gifts to physicians from industry. *JAMA* 1991; 265: 501.
5. Brotzman GL, Mark DH. Policies regulating the activities of pharmaceutical representatives in residency programs. *J Fam Pract* 1992; 34: 54-57.
6. Jolín L. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. En: Documento sobre Bioética y Medicina de Familia. Grupo de la semFYC. Documentos semFYC, n.º 7. Palma de Mallorca: semFYC, 1996.

## **Reflexiones acerca de la financiación de cursos de posgrado por la industria farmacéutica. Respuesta a los autores**

Sr. Director: Coincido con los autores en que existen intereses comunes entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios en cuanto a la formación continuada. A la industria farmacéutica le interesa que el colectivo médico conozca los progresos que se realizan y el colectivo médico necesita de estos conocimientos para poder ofrecer un servicio sanitario de calidad a sus pacientes. La financiación de la formación por la industria farmacéutica plantea otro problema al margen de la validez de la información que se suministra, y es la orientación global de ésta. La investigación médica exige actualmente importantísimas inversiones económicas que deben ser compensadas por el beneficio de la venta del producto. Este hecho condiciona que se investigue principalmente en problemas de salud que

afectan a una población lo suficientemente amplia y capaz económicamente como para compensar el gasto que conlleva la inclusión en el mercado de una nueva molécula. Así pues, actualmente, existe una gran proliferación de productos destinados al control de patologías propias del envejecimiento poblacional, como la artrosis y osteoporosis, o del estado del bienestar, caso de la dislipemia e hipertensión, que contrastan con la precariedad de tratamientos efectivos para enfermedades como paludismo, lepra... pese a constituir una causa importantísima de mortalidad en países del Tercer Mundo, y que con los movimientos migratorios que se están produciendo en los últimos años pueden afectarnos progresivamente cada vez más en nuestro ámbito de trabajo.

El profesional sanitario debería estudiar las necesidades de salud de la población a su cargo para después decidir en consecuencia cuáles serían las áreas en las que necesita mejorar o actualizar su formación.

Una vez establecidas las áreas de interés, se inicia la etapa de búsqueda de las mejores fuentes de formación. Una fuente de formación para ser considerada de calidad debe incluir un sistema de evaluación tanto de la parte docente como de la discente. Las sociedades científicas tienen la responsabilidad de garantizar que los programas acreditados contengan información científica objetiva y ajustada a los objetivos, con un sistema de evaluación completo y adecuado.

El hecho de que en un curso las respuestas al test de evaluación se filtren entre el alumnado invalida dicha evaluación, sea quien sea el organizador del curso. Toda persona a quien le conste que dicho fraude ha sido cometido tiene el deber moral de denunciarlo, ya que si se inhibe es tan responsable de lo sucedido como el que realiza el fraude. Los organizadores de un

curso que aspire a acreditación docente, ante la sospecha de fraude en la evaluación, deberían poner en marcha los mecanismos necesarios para reevaluar a los discentes o bien renunciar a la acreditación que hubiera merecido el curso. En el caso de que los organizadores no pusieran en marcha ninguno de estos mecanismos, la responsabilidad de acción recaería en la entidad acreditadora que podría legítimamente anular la acreditación del curso.

Por último, quisiera agradecer a la dirección de la revista que se haya hecho eco de un problema que suscita tantas reflexiones y cuya implicación en nuestra práctica asistencial no es de modo alguno banal. El diálogo establecido induce a pensar que la resolución de conflictos de índole moral es de interés general y, dado que hay poca formación ética entre nuestro colectivo, quizá sería una idea la de crear un grupo dedicado a formar al colectivo de médicos de atención primaria en la discusión y resolución de conflictos éticos.

**M.L. Rubio Montañés  
y C. Adalid Villar**

Médicos de Familia. Unitat Docent de  
Medicina de Família i Comunitària  
de Girona. Miembro del Grupo de Bioètica  
de la Unitat Docent de Girona.

### **Hipotiroidismo inadvertido y miopatía por hipolipemiantes**

Sr. Director: La dislipemia es frecuente en el hipotiroidismo y puede ser el único dato de esta enfermedad. Con las determinaciones rutinarias de lípidos, un número creciente de pacientes hipotiroideos pueden presentarse exclusivamente con hipercolesterolemia más que con sus síntomas clásicos. Por otra parte, la disponibilidad de nuevos, potentes y relativamente seguros hipolipemiantes puede facilitar el que se prescriban estos fármacos sin

considerar cuidadosamente causas específicas. Sin embargo, antes de iniciar tratamiento farmacológico se debe descartar que la dislipemia sea secundaria a una diabetes mal controlada, alcoholismo u otras circunstancias modificables, como el hipotiroidismo. Se describen 3 pacientes con dislipemia «resistente al tratamiento hipolipemiente». Dos fueron vistos en consulta y otro en urgencias. Se trata de 3 mujeres, con dislipemia de reciente diagnóstico e hipotiroidismo inadvertido. Los datos más relevantes se muestran en la tabla 1.

La paciente 1 consultó por dislipemia mixta e intolerancia a estatinas y fibratos, con mialgias, por lo que abandonó el tratamiento antes de acudir a consulta. No tenía ninguno de los clásicos estigmas de hipotiroidismo, ni repercusión clínica de su grave dislipemia. Tenía varios familiares afectados y se estableció el diagnóstico de hiperlipemia familiar combinada. Tras normalizar su situación de hipotiroidismo, toleró fármacos que antes había abandonado. Lo mismo ocurrió con la paciente 3. En cuanto a la paciente 2, sus cifras de lípidos se normalizaron tras el tratamiento hormonal sustitutivo con T4.

Aunque popularmente se asocia el hipotiroidismo con el sobrepeso, dos de nuestras pacientes eran delgadas y sus pesos no se modificaron tras el tratamiento con T4. En cambio, la tercera paciente tenía un índice de masa corporal de 30,8 kg/m<sup>2</sup> y tras corregir el mixe-dema adelgazó 9 kg. En los 3 casos se trataba de insuficiencia tiroidea grave y probablemente de más de 2 años de evolución. Conviene insistir en la relación temporal entre el inicio del tratamiento hipolipemiente y los síntomas musculares de las 3 pacientes.

El hipotiroidismo ocasiona miopatía en un porcentaje variable de casos, que se ha llegado a estimar mediante estudios neurofisiológicos<sup>1</sup> en un 46,6%. No obs-