

## El médico y los conflictos de intereses

Alexis Lama T.

### *The physician and the conflicts of interest*

*Conflicts of interest are frequent in medical practice. They occur when a secondary interest unduly influences professional medical judgment, over and above the patients' benefit, his first real interest. Most of these secondary interests come from particular businesses of the physicians or their relationships with the industry. They may become a threat to the confidence that is established in the patient-physician relationship or to the medical profession as a whole. These conflicts of interest vary in types and magnitude and are not recognized by physicians on most occasions. Solutions are inevitably related to the honesty and integrity of each physician. Due to the absence of specific national ethical references, it is necessary to discuss the issue and conclude recommendations that guide interns, residents, clinicians, researchers, medical educators, medical and scientific associations to resolve these types of conflicts (Rev Méd Chile 2003; 131: 1463-8).*

**(Key Words:** Conflict of Interest; Ethics, medical)

Recibido el 3 de enero, 2003. Aceptado de versión corregida el 28 de octubre, 2003.  
Servicio de Salud Concepción

Los conflictos de intereses pueden presentarse en cualquier actividad profesional y, obviamente, la medicina –en donde adquieren connotaciones especiales– no está exenta de ellos. El médico, en su trabajo diario puede verse, individualmente o en grupo, involucrado en diversos conflictos de intereses tanto en el área del cuidado del enfermo, como en la investigación y la educación. Si bien es cierto, ellos han estado siempre potencialmente presentes en el quehacer médico, en la actualidad parecen constituir una realidad mucho más difundida. También resulta evidente la existencia de una disminuida sensibili-

dad a estos conflictos, como una no siempre adecuada respuesta a ellos. Por este motivo, parece apropiado revisar este tema, desde una perspectiva ética, especialmente cuando su presencia está trascendiendo los círculos profesionales y ya está pasando a ser una creciente preocupación del público general, y motivo de insoslayables comentarios y reportajes en diferentes medios de comunicación<sup>1,2</sup>, e incluso, recientemente abordado en nuestro país, en un aspecto específico, el de las revistas médicas<sup>3,4</sup>.

#### DEFINICIÓN

Conviene comenzar por definir lo que es un conflicto de intereses. La palabra conflicto, prove-

Correspondencia a: Dr. Alexis Lama Toro. O'Higgins 940, of. 311, Concepción. Fonos: 41- 310969, 41-253244, 41-201417. Fono-Fax: 310968. E mail: lamatoro@yahoo.es

niente del latín *con-flictus* indica lucha, antagonismo. Referida a la palabra interés, delimita a la lucha específica que se produce entre dos o más intereses. Referido esto específicamente al profesional médico, el concepto se estrecha a la situación en que dos o más intereses entran en lucha en la actuación del profesional médico. Siguiendo a Thompson, es posible señalar que se presenta un conflicto de intereses en el médico cuando un interés de tipo secundario, motivado por un grupo de condiciones, puede influir de manera indebida su juicio profesional en relación a su interés primordial o primario<sup>5</sup>.

En esta definición hay algunos elementos claves, sobre los cuales es conveniente adentrarse. Primero, hay dos tipos de intereses: uno es secundario, y por lo tanto, lógicamente, supeditado al primario. Y decir que hay un interés secundario es lo mismo que decir que hay un interés personal o particular. Este interés secundario, personal, puede ser de variados tipos. Lo más frecuente es que sea de tipo financiero, pero como veremos más adelante, incluye otras muchas clases de intereses. Conviene adelantar que en realidad no hay nada reprochable en tener un interés personal o particular en lo que uno hace. El problema, y entramos a la segunda clave de la definición, es cuando éste entra en antagonismo con el interés primario. Este último es lo mismo que decir el deber profesional, o lo que debe ser éticamente el interés primordial del médico. La tercera clave de la definición es que este conflicto puede interferir con el juicio profesional, con su objetividad e independencia. La palabra puede ser de importancia, ya que implica la existencia de un conflicto de intereses aparente, aparte del potencial y del actual. Un conflicto aparente se presenta cuando una persona razonable podría pensar que el juicio del médico probablemente esté comprometido. Uno potencial involucra una situación que puede llevar a un conflicto real o actual<sup>6</sup>. La última clave de la definición, es que es un grupo de condiciones potencialmente influyentes. Esto apunta a que tener un conflicto de intereses es una situación objetiva, y que el problema sólo se va a desencadenar en cuanto al tipo de acción que el médico libremente elige seguir frente a una situación particular de conflicto de intereses.

## DEBER PRIMARIO DEL MÉDICO

De lo anterior deriva esclarecer cuál es el deber primario del médico, contra el cual competirán los intereses particulares o secundarios en una determinada situación.

En el ámbito de la relación médico paciente, y siguiendo el legado hipocrático, el deber primario del médico es moverse sólo en beneficio del paciente. El bien del paciente es la primordial ocupación del médico<sup>7</sup>. El médico como profesional que es, y fiel a lo que en esencia esa palabra significa, tiene la obligación de estar siempre predispuesto al servicio del paciente, y no a servirse de él para su propio beneficio<sup>8</sup>. En el ámbito de la investigación el deber primario del médico es buscar y transmitir la verdad.

## INTERESES SECUNDARIOS QUE PUEDEN GENERAR CONFLICTOS DE INTERESES

Hay un grupo de situaciones que pueden convertirse en conflictivas para el médico como individuo, y también para los médicos como grupo, en sus organizaciones educacionales, gremiales y científicas. Pueden ser de tipo financiero –las más frecuentes– y de otro tipo, y variables en cuanto a su magnitud. Sin pretender agotar las innumerables posibilidades existentes, entre los intereses secundarios de tipo financiero están las relaciones con la industria, de preferencia la farmacéutica y de equipos médicos, pero no exclusivamente. Puede haberlos con la industria de alimentos, farmacias, laboratorios, etc. y pueden comprender pago de honorarios por conferencias, pagos por escribir artículos en revistas o diarios, remuneraciones por reclutar pacientes para estudios clínicos, pagos por investigar un determinado producto, otorgamientos de regalos, financiamientos de viajes, etc. También, y muy frecuentes e importantes por su repercusión, son los conflictos financieros derivados de los negocios propios de los médicos, como compartir honorarios por la derivación de pacientes o exámenes, comisión por enfermos referidos a otros médicos o profesionales de la salud, comisiones por recetas, autorreferencia de pacientes para alimentar exámenes donde el médico tiene inversiones finan-

cieras, etc. También pueden existir intereses propios con la finalidad de conseguir prestigio, reconocimiento académico o promoción. A veces, se pueden presentar conflictos cuando el mismo médico clínico tratante es además investigador financiado de un producto, cuando un médico certifica muerte cerebral de un paciente para trasplantar un órgano a otro de sus pacientes, cuando un médico no utiliza los recursos necesarios y disponibles, para disminuir costos en el sistema de salud administrada, etc.

Últimamente, una nueva y delicada área de conflictos de intereses se está presentando cuando el sector privado solicita –muy bien remuneradas– consultas éticas para respaldar sus estudios o políticas de mercado<sup>9,10</sup>.

#### IMPORTANCIA DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Para entender mejor la importancia que los conflictos de intereses no bien resueltos pueden tener, especialmente sobre el ejercicio del médico individual y entender el fundamento que obliga al médico a resolverlos adecuadamente resulta conveniente enfatizar ciertas características fundamentales que posee la relación médico paciente.

La relación médico paciente es una relación fiduciaria. Es decir, una relación dependiente de la confianza, entre desiguales, en la cual una de las partes, el médico, es más poderosa. El médico tiene el poder de sanar, pero al mismo tiempo, el paciente, menos poderoso, le endosa su confianza en que éste protegerá su mejor interés o su bienestar. La expectativa de confianza que el paciente deposita sobre el médico obliga a éste a responder adecuadamente y no realizar acción alguna que siquiera pudiera poner en tela de juicio su accionar y menoscabar esta confianza<sup>11</sup>. El principio ético de vulnerabilidad establece que en una relación desigual de poder, conocimiento, o medios materiales, la obligación de respetar y proteger la vulnerabilidad del otro, y no explotarlo, recae sobre el más fuerte. Es decir, en nuestro caso, en el médico. Esta es por lo demás la manera justa de responder. Es aquí donde justicia y vulnerabilidad se encuentran<sup>7</sup>.

También, los conflictos de intereses por parte del o los conductores de estudios clínicos pueden

comprometer el bienestar de los pacientes estudiados y disminuir la confianza pública<sup>12</sup>.

Considerando los comentarios anteriores, podemos concluir que cualquier cosa que pueda influir nuestras decisiones en el sentido de posponer el bien del paciente o supeditarlo al propio, o cualquier elemento que pudiera poner en duda la confianza que el paciente ha puesto sobre nosotros, constituye un fallo ético en nuestra relación con los enfermos. Y he aquí el riesgo de los conflictos de intereses. Ellos ponen en riesgo de dañar la confianza entre los pacientes y sus médicos. Y ésta es esencial para la mantención de la medicina como actividad moral. La apariencia siquiera de un conflicto de intereses es nociva. Los pacientes pueden perder confianza si sólo perciben –aunque no haya realmente influencia– que sus médicos están en un estado de conflicto de intereses. Y no sólo corre riesgo de perder confianza y por ende prestigio –por lo demás necesario para la curación– el médico como individuo, sino la profesión como un todo.

Es en este contexto, que la virtud de la prudencia del médico debe ser manifestada, y en consecuencia deberá evitar exponerse en forma innecesaria a riesgos, tentaciones, que lo aparten de su deber primario profesional.

Sin embargo, uno de los principales problemas con este tipo de conflicto es que los médicos generalmente no lo reconocen, incluso niegan la posibilidad de que ellos puedan ser influidos por este tipo de situaciones. Piensan que son impermeables –especialmente en los referidos a la industria– a la potencial influencia sobre sus decisiones. Sin embargo, la evidencia ha sido contraria a esta percepción, y se ha demostrado que la enorme cantidad de dinero que la industria farmacéutica invierte en visitar y agradar a los médicos, se traduce finalmente en cierta influencia<sup>13,14</sup>. Así, se ha encontrado en el caso de publicaciones científicas y elaboración de guías clínicas, una fuerte asociación entre vínculos financieros con la industria farmacéutica y la recomendación de sus productos<sup>15,16</sup>. Diversos estudios muestran que los médicos que aceptan regalos, hospitalidad, servicios, pueden comprometer la objetividad de su juicio profesional en relación a la información médica y por lo tanto en sus subsecuentes decisiones en el cuidado de los enfermos<sup>17,18</sup>.

El otro problema es que no hay mucha sensibilidad por parte de los médicos frente a la posibilidad de estar frente a un conflicto de intereses, y lo más serio, es que generalmente tampoco existe una adecuada respuesta por parte del médico cuando está dentro del mismo. Por esto, resulta importante conocer recomendaciones acerca de cómo enfrentar estos problemas y los referentes éticos que existen al respecto.

#### ENFRENTAMIENTO DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

La mejor manera de enfrentar un conflicto de interés es prevenirlo. Para ello el médico debe estar muy atento y sensible a su aparición. Esta sensibilización, a través de la discusión de estos temas, debe comenzar en los últimos años de formación del estudiante de medicina y durante el período de formación de los médicos becarios, ya que ellos son también foco de interés para la industria farmacéutica. Hay que estar muy atento y sensibilizado a la llamada perversa relación que actualmente se ha producido entre ésta y el médico, que tiende a enturbiar su quehacer asistencial y universitario en el campo de la investigación y de la educación<sup>19</sup>, y se debe discutir el tema de los negocios propios de los médicos. Junto a esto, es fundamental una mayor preocupación en la etapa formativa del profesional médico por su integridad moral.

Si se produjo el conflicto, reconocerlo es el segundo paso. Esto no es siempre fácil. Para aflorar la existencia de un conflicto, y considerando que el interés personal puede oscurecer la objetividad de las personas, y que puede ser más fácil reconocer cuando los otros están en un conflicto que cuando lo está uno mismo<sup>20</sup>, algunos autores recomiendan lo que han llamado el «test de la confianza»: ¿podrían mis colegas, mis pacientes, mis estudiantes, público general confiar en mi juicio, si ellos supieran que yo estoy en esta situación? Una vez reconocido un conflicto éste debe ser revelado a las partes que pueden estar afectadas. Este es un paso muy importante, y en ninguna de las circunstancias debiera ser omitido<sup>10</sup>. Lamentablemente, se ha observado, que en muchas ocasiones se oculta<sup>21,22</sup>. Sin embargo, el sólo revelarlo no soluciona siempre el problema. En tercer lugar, en casos

cuando el conflicto puede afectar marcadamente la confianza, el médico simplemente debe rechazar su participación.

#### REFERENTES ÉTICOS FRENTE A LOS CONFLICTOS DE INTERESES

En nuestro país hay una muy general e indirecta referencia –sin mencionar la frase conflicto de intereses– en el artículo 49 del título IV, De las relaciones de los médicos con la Sociedad, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile AG: «Les está prohibido a los médicos aceptar y recibir cualquier índole de pagos que pueda significar connivencia comercial en la atención profesional...»<sup>23</sup>. Por otra parte, el Código Sanitario de nuestro país, en su artículo 120 señala que «no podrán ejercer su profesión y tener intereses comerciales que digan relación directa con su actividad ...»<sup>24</sup>. Muy recientemente los editores de la *Revista Médica de Chile* han publicado normativas para el caso de la publicaciones médicas<sup>3,4</sup>.

Sin embargo, en la actualidad, la mayor parte de los referentes éticos sobre el tema provienen de normas extranjeras, y hacen referencia más amplia y específica a los distintos conflictos de intereses, como los negocios propios de los médicos, su relación con la industria, la relación de ésta con la investigación, la educación, el uso de muestras médicas<sup>25-27</sup>, etc. Así, la cuarta edición del Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos se refiere explícitamente en uno de sus títulos a los conflictos de intereses financieros, y señala –entre otras recomendaciones– que «los médicos no deben remitir pacientes a instalaciones ajenas, en las que tengan inversiones y en las que no suministran directamente la atención»<sup>28</sup>. En otro párrafo, referido específicamente a las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica establece que «se desalienta enérgicamente que un médico acepte obsequios individuales de hospitalidad, viajes y/o subsidios de cualquier tipo de la industria químico-farmacéutica». En relación a este mismo punto, sobre el cual además existe una extensa e interesante literatura que aboga –en bien de la medicina y de los pacientes– por un urgente distanciamiento de la actual relación médico-industria<sup>19,29-33</sup>, la Asociación Americana

de Medicina Interna, también señala que «ningún regalo debe ser aceptado si hay condiciones que amarran»<sup>34</sup>. La Asociación Médica Canadiense establece que «ningún médico practicante debe aceptar regalos personales de la industria farmacéutica o instituciones similares»<sup>35</sup>. Para mayor abundamiento en este tema, la posición del Colegio Médico Real de Londres: «Un médico no debe aceptar hospitalidad excesiva o extraordinaria de ninguna compañía farmacéutica...»<sup>36</sup>. Algunas sociedades científicas particulares, como la Asociación de Dermatólogos Americanos, también se han expresado en el tema: «Regalos de valor mínimo son permisibles sólo en la medida que sean relacionados al trabajo médico»<sup>37</sup>.

En cuanto a eventos organizados por sociedades científicas y apoyados por la industria se recomienda que: «los organizadores deben asegurar que las actividades de promoción estén separadas de la información médica imparcial. La presentación de productos de la industria debe realizarse sólo en espacios diseñados para ese fin y en el caso de conferencias el programa debe claramente identificarlas como organizadas independientemente y separadas de las sesiones científicas oficiales»<sup>38</sup>.

También se han elaborado referentes éticos para la propia industria en su relación con los médicos<sup>39,40</sup>.

Por otra parte, miembros de sociedades éticas han publicado sus opiniones acerca de cómo enfrentar sus propios conflictos de intereses con el sector privado<sup>9</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los conflictos de intereses son frecuentes en la práctica médica. Los provenientes de la relación con la industria farmacéutica han adquirido en la actualidad mucha relevancia.

Son de diferentes tipo y magnitud, y generalmente no son reconocidos por los propios médicos.

Revisten importancia porque pueden amenazar la confianza de los pacientes en sus médicos y en la profesión médica. Este es el núcleo del problema.

Su resolución, pasa final e inevitablemente por la virtud del médico, es decir su honestidad e integridad. Las Escuelas de Medicina deben velar por la formación moral de los futuros médicos.

Es de necesidad urgente debatir la temática ampliamente, especialmente desde el punto de vista ético, al interior de las agrupaciones médicas gremiales y científicas, incluyendo cuando corresponda a representantes de la industria –no descartando en algunos casos representantes de la comunidad– y concluir en un cierto número de recomendaciones adecuadas a la realidad de nuestro país, que guíen de manera más explícita a internos de medicina, médicos en formación, médicos clínicos e investigadores, educadores médicos, agrupaciones médicas gremiales y científicas en la mejor manera de resolver este tipo de conflictos, a fin de proteger a aquellos que el profesional médico debe servir y salvaguardar la confianza de los pacientes y público general en los médicos y en la profesión misma.

## REFERENCIAS

1. Licencias y exámenes médicos. En Cartas al Director. *El Sur*. Lunes 3 de septiembre 2003.
2. Médicos aseguran que no saben de coimas. *El Mercurio*, C7, 14 de abril 2003.
3. REYES H, PALMA J, ANDRESEN M. La importancia de declarar un conflicto de intereses en las revistas médicas. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 7-9.
4. EDITORES. El conflicto de intereses en las publicaciones biomédicas. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 93-4.
5. THOMPSON DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-6.
6. McDONALD M. *Ethics and conflict of interest*. Disponible en Internet: [www.ethics.ubc.ca/mcdonald/conflict.html](http://www.ethics.ubc.ca/mcdonald/conflict.html)
7. PELLEGRINO E, THOMASMA D. The good of the patient. In: *For the patient's good*. Oxford University press, 1988; 73-91.
8. PELLEGRINO E, THOMASMA D. The Principle of Vulnerability. In: *Helping and healing*. Georgetown University Press, Washington, 1997; 39-53.
9. BRODY B, DUBLER N, BLUSTEIN J, CAPLAN A, KHAN J, KASS N ET AL. Bioethics Consultation in the Private Sector. *Hasting Center Report* 2002; 32: 14-20.
10. SHARPE V. Science, Bioethics and the Public Interest: On the Need for Transparency. *Hasting Center Report* 2002; 32: 23-6.
11. LEMMENS T, LICLUR LLM, SINGER P. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998; 159: 960-5.

12. YARBOROUGH M, SHARP R. Restoring and preserving trust in biomedical research. *Academic Medicine* 2002; 77: 8-14.
13. CHREN MM, LANDEFELD CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. *JAMA* 1994; 271: 684-9.
14. GOODMAN B. Do drug company promotions influence physician behavior? *West J Med* 2001; 174: 232-3.
15. STELFOX HT, CHUA G, O'ROURKE K, DETSKY AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N Engl J Med* 1998; 338: 101-6.
16. CHOUDHRY NK, STELFOX HT, DETSKY AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002; 287: 612-7.
17. KOMESAROFF PA, KERRIDGE IH. Ethical issues concerning the relationships between medical practitioners and the pharmaceutical industry. *Med J Aust* 2002; 176: 118-21.
18. KJAERGARD LL, ALS-NIELSEN B. Association between competing interests and authors' conclusion: epidemiological study of randomized clinical trials published in the BMJ. *BMJ* 2002; 325: 249-58.
19. LEWIS S, BAIRD P, EVANS RG, GHALI WA, WRIGHT CJ, GIBSON E ET AL. Dancing with the porcupine: rules for governing the university-industry relationship. *CMAJ* 2001; 165: 783-5.
20. STEINMAN M, SHLIPAK M, MCPHEE S. Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions. *Am J Med* 2001; 110: 551-7.
21. HUSSAIN A, SMITH R. Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals. *BMJ* 2001; 323: 263-4.
22. SMITH R. Beyond conflict of interest. *BMJ* 1998; 317: 291-1.
23. Código de Ética Colegio Médico de Chile AG, 1985. Disponible en Internet: [www.colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl)
24. *Código Sanitario*. Editorial Jurídica de Chile. Novena Edición, 1996.
25. WESTFALL JM, McCABE J, NICHOLAS RA. Personal use of drug samples by physicians and office staff. *JAMA* 1997; 278: 141-2.
26. WOLF B. Drug Samples: benefit or baits? *JAMA* 1998; 279: 1698.
27. CHEW LD, O'YOUNG TS, HAZLET TK, BRADLEY KA, MAYNARD C, LESSLER DS. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 478-83.
28. Ethics Manual. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1998; 128: 576-94.
29. WAGER E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors relations with drug companies. *BMJ* 2003; 326: 1196-8.
30. ABASSI K, SMITH R. No more free lunches. *BMJ* 2003; 326: 1155-6.
31. MOYNIHAN R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326: 1189-92.
32. MOYNIHAN R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003; 326: 1193-6.
33. KATZ D. The agony and the ecstasy of free lunch. *Bioethics*. net., 2002.
34. COYLE S. Physician-Industry relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136: 396-402.
35. The CMA Code of Ethics. *CMAJ* 1996; 1176a.
36. *J Royal Coll Phy London*, 1986. Disponible en Internet: [www.nofreelunch.org](http://www.nofreelunch.org)
37. *Ethics in medical practice*. American Academy of Dermatology Association, 2001. Disponible en Internet: [www.aadassociation.org/ethics.html](http://www.aadassociation.org/ethics.html)
38. COYLE S. Physician-Industry relations. Part 2: Organizational Issues. *Ann Intern Med* 2002; 136: 403-6.
39. ASSOCIATION OF THE BRITISH PHARMACEUTICAL INDUSTRY. *ABPI code of practice for the pharmaceutical industry 2001*. Disponible en Internet: [www.abpi.org.uk/publications/pdfs/CodeOfPractice2001.pdf](http://www.abpi.org.uk/publications/pdfs/CodeOfPractice2001.pdf)
40. PHARMACEUTICAL RESEARCH AND MANUFACTURERS OF AMERICA. *PhRMA code on interactions with health-care professionals*. Disponible en Internet: [www.phrma.org/publications/policy//2002-04-19.391.pdf](http://www.phrma.org/publications/policy//2002-04-19.391.pdf)