

ARRIBALZAGA, EDUARDO B.

¿Conflictos de interés o intereses en conflicto?

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 5, octubre, 2008, pp. 473-480

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531932019>



Revista Chilena de Cirugía,
ISSN (Versión impresa): 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

DOCUMENTOS

¿Conflictos de interés o intereses en conflicto?*

Conflict of interest managment

Dr. EDUARDO B. ARRIBALZAGA¹

¹Profesor Adjunto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Editor Jefe Revista Argentina de Cirugía.

Miembro del Council of Science Editors y del World Association of Medical Editors. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

En distintas ocasiones se señala que los reales o eventuales conflictos de interés causan confusión en investigadores, médicos asistenciales, pacientes u organismos sanitarios. Aunque no es posible prevenirlos y evitarlos, hay maneras de administrarlos. El objetivo del presente artículo es analizar los conflictos de interés en la investigación biomédica, puntualizando algunos vínculos con la industria farmacéutica y el contexto habitual en la atención sanitaria. Se sugieren algunas pautas con contenido ético y la propuesta de un banco de ideas sin conflictos.

Los agentes de salud son permanentemente informados y persuadidos por diferentes artículos científicos a través de canales exclusivos como son las revistas, herramientas válidas para divulgar conocimientos¹. La especial trascendencia se debe a los efectos que causan en la salud de la comunidad. Pero además, se suman proposiciones con motivaciones y tentaciones que distorsionan esta información científica y el posterior cuidado de los pacientes². Se han identificado 16 posibilidades distintas en las cuales los médicos son implicados con la industria farmacéutica y/o de instrumental con consecuencias para los enfermos³.

Es el objetivo del presente trabajo el análisis de los intereses (legítimos y de aquellos que no lo son) con el fin de discernir los potenciales conflictos que alteren el fin último de los médicos como es procurar el máximo beneficio para nuestros enfermos. Sin embargo, debido a la magnitud del tema, es probable que no se vean estudiados todos los aspectos involucrados en esta forma particular de subvertir los valores tradicionales de la Medicina.

Conflicto de Interés

El interés es por definición, según el Diccionario de la Real Academia Española* el valor de algo, la inclinación del ánimo hacia un objeto, una persona o la conveniencia o beneficio en el orden moral o material. También significa provecho, utilidad, ganancia o lucro producido por un capital.

Conflicto por otra parte es un problema, cuestión o materia de discusión o también un apuro, situación desgraciada y de difícil salida como asimismo coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaces de generar angustia y trastornos neuróticos. Conflicto de interés en tal caso es una situación donde un juicio o acción que debería estar determinado por un valor primario establecido por razones profesionales o éticas (protección de los sujetos de investigación, obtención de conocimiento seguro, asistencia adecuada al

* Recibido el 31 de Marzo de 2008 y aceptado para publicación el 25 de Abril del 2008.

Correspondencia: Dr. Eduardo B. Arribalzaga

Avenida Rivadavia 4282 Piso 4º Dpto H, CP 1205. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

E-mail: piedralta@hotmail.com

enfermo), puede ser influido o parecer sesgado para obtener un beneficio secundario⁴ (como ser beneficios económicos, búsqueda de prestigio, tanto del investigador como de la institución, entre otros⁵). Foster⁶, planteó que la denominación conflicto de intereses puede tener una connotación peyorativa y esboza distinciones entre conflicto de intereses, intereses conflictivos, intereses en competencia e intereses contrapuestos. Los conflictos, por ende, son inevitables e implícitos por la naturaleza humana⁷ al existir la rivalidad, competencia por el poder o la fama, búsqueda de reconocimiento entre colegas, público. En la actualidad se ve favorecida por los medios de comunicación globalizados, aunque la preocupación por este tema surgió en 1960 al admitirse que el interés económico es una potencial fuente de sesgo en la investigación⁸, o en la misma tarea asistencial.

Como se advierte entonces, el conflicto de interés es un argumento a debatir dificultosamente, ya sea a nivel individual o grupal, debido a las contradicciones que se generan. No es un error cuyo reconocimiento es fuente de adelanto⁹ y aprendizaje, sino una controversia para establecer el predominio en la acción sanitaria de los fines de las organizaciones y/o individuos por un lado o de los pacientes y la comunidad doliente por el otro, que puede llegar incluso a una inaceptable polémica al conculcar normas ético-morales. Por consiguiente, hay que fijar las relaciones existentes entre los distintos componentes (médicos-industria-comunidad), sus efectos en la investigación científica, su influjo en las prescripciones y las consecuencias para el eslabón más débil, el enfermo, con el único, claro y preciso objetivo de no dañar, tal como lo expresa fervientemente el juramento hipocrático (*primun non nocere*).

Siempre se debe poner en primer lugar los intereses de los enfermos. Si se toma conciencia de que el interés de un médico amenaza con entrar en conflicto con el mejor interés del y para su paciente, se deben priorizar los intereses del paciente y no aprovecharse de la situación. Tal como lo expresa en forma indiscutible el Manual de Ética y Deontología del Cirujano en la República Argentina¹⁰, no se deberán aceptar presentes de ningún tipo como reconocimiento directo o indirecto por uso de aparatos, equipos o prescripción de drogas o medicamentos ni aceptar incentivos por la realización o restricción de estudios, uso de prótesis o materiales especiales o indicación de exámenes auxiliares o tratamientos aplicados por terceros.

Las nuevas tecnologías introducidas en las tres últimas décadas han transformado radicalmente el diagnóstico y tratamiento médico, con significativa mejoría clínica de los resultados pero con la

creación y entrada en un gran mercado exclusivamente comercial con compañías cuyos capitales económicos exceden los 400 billones de dólares americanos¹¹. Estos hechos, que incuestionablemente han beneficiado a los pacientes y a la comunidad en su conjunto, exigen una intensa colaboración entre médicos, industria, autoridades de salud pública, universidades, etc, porque se incrementa la posibilidad de crear potenciales conflictos entre dos de las partes (médicos y la industria) en detrimento de los enfermos, únicos que no son actores en las decisiones que los afectan.

Al ser la medicina además una intensa actividad laboral con múltiples e intrincados intereses económicos, los conflictos aparecen y no son solamente una mera suposición ideológica. La distribución de "obsequios", como pago de viajes al extranjero, invitaciones a Congresos, edición de libros y/o videos por las compañías comerciales farmacéuticas o de equipos y la posterior aceptación por parte de los médicos asistenciales, determina la exposición de esos mismos profesionales a instancias que lo conducen, indefectiblemente, a un conflicto, máxime si ostentan posiciones asistenciales o académicas de influencia. ¿Cómo pueden los involucrados demostrar que sus decisiones no son una simple contraprestación a los auspiciantes que brindaron esos aportes personales? ¿Cómo mantener pautas y/o normas de atención asistencial, si sólo se piensa en un interés comercial subyacente? ¿Cómo creer que las investigaciones clínicas que se desarrollan, generalmente en ámbitos públicos estatales (en muchos casos, sin conocimiento ni consentimiento por parte de los pacientes) no son una forma subrepticia de obtener beneficios económicos y por el contrario son serias investigaciones con valor para la sociedad? Se amenaza precisamente la absoluta neutralidad e imparcialidad en el momento de tomar una decisión. Estos conflictos generalmente erosionan la confianza pública y tienen funestas consecuencias de todo tipo no sólo en los médicos sino también en las instituciones sanitarias, los pacientes, las compañías farmacéuticas y en el propio complejo industrial de investigación científica y consiguen, de no estar bien establecidos y limitados, detener el avance y desarrollo de nuevas y necesarias investigaciones.

Si los viajes, obsequios y regalos de la industria a los médicos pueden originar cuestionamientos éticos, valdría que se preguntaran los profesionales involucrados qué pensarían sus pacientes al conocer de la participación oculta en ensayos clínicos (de esos mismos enfermos) o que se les retribuyen con dádivas de todo tipo las indicaciones terapéuticas o por el uso de determinados produc-

tos o recomendaciones. También el público se cuestionaría acerca del propósito de un regalo de la industria¹² al médico o verlo participar en campañas publicitarias como un modelo o deportista profesional, cuyo único fin es respaldar con su imagen un producto comercial¹³.

En nuestro medio, pero seguramente no el único en el mundo occidental, en una reciente encuesta realizada con distintas especialidades médicas, el 66% de los encuestados opinaba que los contactos con la industria no afectaba su conducta a la hora de prescribir, aunque al recibir muestras médicas de propaganda sí la veían impuesta un 44% de los encuestados¹⁴, con mayor influjo en los médicos en un programa de residencias que los médicos en general. También se reveló que el 35% de los participantes consideró que recibir cualquier tipo de beneficios aumenta el precio de venta al público de los medicamentos, es decir eran conscientes que los beneficios, regalos, subsidios obtenidos eran pagados por el enfermo, eslabón final de la cadena de comercialización. Y esta sospechada noticia fue difundida a la comunidad en general el 26 de enero de 2006 cuando el New York Times reprodujo la opinión publicada en el Journal of American Medical Association (JAMA) de un grupo de influyentes médicos quienes concluyeron que “regalos, muestras médicas y cursos que las empresas farmacéuticas y las de dispositivos médicos habitualmente dan a los médicos socavan la práctica asistencial, dañan a los pacientes y deberían prohibirse”¹⁵.

Con todo es apenas un problema menor si se lo compara con lo que ocurre con los manuales, los ensayos o las guías clínicas, todos ellos referentes universales para los tratamientos: hay que estar al tanto de si se verificaron relaciones cuestionables desde el punto de vista ético entre los investigadores y la industria, porque las implicancias de estos resultados están teñidas de intereses empresariales.

Al considerar los ensayos clínicos randomizados que describen el progreso de los participantes de un estudio que deben cumplir con una serie de enunciados y normas en forma periódica y pueden cambiar¹⁵, para mejorar la calidad del producto final; del mismo modo deben documentar la existencia de conflictos de interés como los manuales o las guías clínicas¹⁶. Una posibilidad de conflicto es la credibilidad de los resultados porque los investigadores al recibir dinero de empresas cuyos fármacos y/o prótesis o dispositivos médicos se investigan, hacen pensar en forma lógica que hay grandes probabilidades de que las conclusiones sean favorables al producto ensayado, que los patrocinadores participen directamente controlando el

ensayo¹⁷ o que no se mencione a la comunidad acerca de resultados ocultos o negativos. Los médicos investigadores deben asegurar que cualquier investigación clínica donde participan es potencialmente de valor, con una metodología científica válida y conducido éticamente^{1,18}. Se ha demostrado que este tipo de investigación “auspiciada o patrocinada” por la industria tiene significativamente menos validez y confiabilidad que la investigación clínica independiente¹⁹ y lleva a cuestionar seriamente el valor de la información científica que actualmente se usa como referencia si proviene de estudios clínicos vinculados directa o indirectamente con instituciones comerciales. Los investigadores no deben participar en ensayos clínicos que finamente disfrazados como esquemas promocionales atraigan al uso indiscriminado de nuevos (y más costosos económicamente) productos: el uso de las suturas mecánicas en cirugía es buena prueba de ello al cambiar incluso las indicaciones médicas y devenir su función en “gold standard” (medida patrón o patrón de excelencia) a seguir. Es un desafío de la investigación actual y futura determinar las líneas de financiamiento de las investigaciones con fines terapéuticos para evitar la aparición de un negocio empresario donde los pacientes son unidades de estudio y simultáneamente consumidores comerciales.

No es, por supuesto, una tarea reprochable aquella donde estén bien delineados los perfiles de los participantes: ¿el médico es uno asistencial donde le importan los intereses de sus enfermos o por el contrario, haciendo uso de su función asistencial es un investigador de proyectos de la industria o un simple reclutador de unidades clínicas observadas²⁰ ¿Hay que recordar que en ciertas instituciones y con determinados “protocolos de investigación”, el investigador ni siquiera es dueño de modificar el diseño pre-programado o discutir los resultados finales si son trabajos multiinstitucionales o relacionados con la prevención efectiva y/o estrategias de tratamiento en enfermedades como el cáncer o cardiopatías. La situación se torna compleja al pretender generar controles de los posibles conflictos ya que las investigaciones auspiciadas por la industria son cuidadosamente mantenidas en secreto por el potencial valor económico que implican y se niegan a revelar sus intereses²¹, debido al espionaje industrial. No obstante, la medicina y la industria se necesitan mutuamente porque el desarrollo y utilización de nuevos fármacos y dispositivos médicos requieren tanto de la experiencia clínica y científica de los médicos como de los recursos y el conocimiento empresario del negocio²² y es esencial para continuar la innovación y mejora en el cuidado de la salud. A pesar de

esto, la investigación biomédica experimenta una crisis, porque la mayoría de los estudios clínicos son guiados actualmente con una férrea moda ética debido a los malos ejemplos de prácticas antiéticas²³, como no develar riesgos de las nuevas drogas antiSIDA empleadas en África.

Las sociedades científicas, que incrementaron su dependencia con la industria para solventar económicamente congresos y/o eventos científicos, cursos o simplemente desarrollar sus actividades societarias²⁴, sufren el influjo de prácticas económico-financieras que muchas veces no son reveladas a sus consocios. Existen numerosos ejemplos de sociedades convertidas en exclusivas representantes de la industria y sus criterios profesionales pueden verse afectados en relación con el mejor interés de los pacientes: esto ocurre, como muestra, cuando se promueve el uso de una determinada marca comercial de drogas, alimentos o dispositivos médicos, patrocinando un simposio que se organiza para un congreso societario nacional o regional: se debe reducir la publicidad comercial y restaurar el profesionalismo societario en nuestros congresos. La industria de dispositivos médicos, ya sea para desarrollarlos en el cerebro, los vasos sanguíneos, la vejiga o el sistema esquelético²⁵, opera como un imán financiero para los investigadores al movilizar un mercado de capitales valuado en 450 billones de dólares en Norteamérica. Los dispositivos médicos son como una extensión de la mano humana tanto como una herramienta es usada por un profesional con mucho adiestramiento y difiere bastante de la industria farmacéutica como resultado de la intimidad entre el dispositivo y el ser humano que lo utiliza. El médico pasa a ser un consumidor del dispositivo que acciona sobre un paciente y por lo tanto, es él quien prefiere un determinado instrumental, independiente del interés y necesidad del enfermo. Surge allí una eventual fuente de conflicto al preferir un dispositivo de una definida marca y no otro y es aquí donde cabe preguntar que importa más, si su preferencia que facilita sus maniobras o la empresa que lo condiciona para brindar su apoyo económico en otras actividades asistenciales y/o docentes. Este punto no es tema de discusión en el mundo ni tampoco si el médico se involucra en investigar para obtener mejoras técnicas del dispositivo usado, que conlleven la posibilidad de negocios a través de patentes y/o regalías por modificaciones por ejemplo en mesas de quirófanos que se utilizan para distintos tipos de operaciones como en la especialidad cirugía torácica. Las oportunidades como las dificultades⁴, deben ser precisadas y con ello se evitaban los conflictos que surgirán al innovar dispositivos o nuevos fármacos²⁶, muchos de ellos desarrollados

en laboratorios universitarios de investigación, aun cuando en ocasiones se hayan tergiversado o falsificado resultados¹, con olvido de claras reglas ético-legales que se debieron cumplir²⁷. La ausencia de mala intención no es protección suficiente contra la preocupación colectiva y el prestigio dañado²⁸: al estar en manos de la severidad de las acciones públicas, la eliminación directa del conflicto es tal vez la mejor opción, tanto institucional como individual.

Posibles soluciones

Si el conflicto de interés es una condición y no un comportamiento como reafirma Wechsler citando al Editor del British Medical Journal²⁹ y si las investigaciones y la información científica habitual para la asistencia son herramientas necesarias para la comunicación de conocimientos en Medicina, es absolutamente indispensable que la honestidad y buena fe se vean reflejadas en ellas^{30,31}, como mínimas exigencias para evitar conflictos. Esta condición asegura la responsabilidad y transparencia en la publicación científica e identifica los conflictivos intereses en relación con productos o servicios al enviar un manuscrito³² a una editorial, exigencia mayor en ensayos clínicos¹⁵, principalmente de especialidades como la oncología³³, o en enfermedades como el SIDA: se debe proveer información de apoyo económico relevante en referencia al área involucrada en un enunciado que revele dicho interés conflictivo. De no hacerlo, se exponen los investigadores/autores/médicos asistenciales a ser considerados como faltantes a la ética, fraudulentos o que sus actividades de investigación o asistencia tienen un sesgo marcado a favor de las empresas farmacéuticas o de dispositivos médicos con el desprestigio resultante. Los editores médicos son responsables de que tal enunciado de revelación de conflictos esté presente en cada manuscrito recibido para su revisión y posterior publicación y conservar la neutralidad de la revista científica implicada³⁴. Algunas revistas³⁵, publican una declaración anual de todos los conflictos de interés de los propios miembros del plantel editorial, para así deslindar responsabilidades e interpretaciones equívocas, cumpliendo de esta manera con el sugerido Código de Conducta para Editores biomédicos³⁶.

Para la protección real de los intereses objetivos y primarios de los individuos afectados, ya sean en investigaciones biomédicas o en la simple asistencia profesional, se sostendrá el concepto de libertad como no dominación⁵, en la toma de decisiones al:

- 1) no ver estorbadas las decisiones propias por arbitrariedades de terceros.

- 2) no padecer incertidumbre de correr riesgos o consecuencias al estar a merced de la voluntad de otro.
- 3) no verse obligado a anticiparse a las decisiones para evitar interferencias de los poderosos y, por último,
- 4) no ser vistos como subordinados obedientes (“vasallos”) al existir una conciencia común de la asimetría del poder (la industria, el jefe en organismos asistenciales, etc) que dañen nuestra propia reputación, honorabilidad y prestigio.

Los conflictos de intereses pueden presentar diversas posibilidades de ser clasificados³⁷:

- a nivel personal (cuando se usa su cargo o posición, como investigador o médico asistencial, para obtener un beneficio secundario antes que el logro del interés primario del enfermo).
- un conflicto de obligación (se quiebra el compromiso vinculante con la institución donde se participa, ya sea en un laboratorio de investigaciones o un centro asistencial).
- a nivel institucional cuando se ejecutan decisiones relativas a obtener beneficios secundarios antes que los primarios.

Ya que es muy difícil de prevenir completamente estos conflictos, se propusieron métodos para tratar de conducirlos a situaciones claras y transparentes como ser la declaración de políticas que revelan su resolución, la existencia de un código de conductas para conocimiento de la comunidad (científica y/o asistencial), el registro de los conflictos para evitar su aparición en el futuro, su proceso de resolución y los mecanismos educativos actuales como así también brindar apoyo y compromiso de búsqueda de la excelencia, con bien definido control interno de conflictos.

Una forma de limitar su aparición es promover una política de “tolerancia cero” en el ámbito de los obsequios, como lo pregonan algunos autores¹⁴ e instituciones¹⁰ o establecer firmes pautas que impidan toda forma de comercialización o distribución de productos de la industria, ya que recomendarlos o difundirlos generará un ingreso personal adicional absolutamente ajeno a los intereses del paciente, con daño irreversible en la relación médico-paciente. En Argentina, la Ley 17.132, reguladora del ejercicio profesional de la medicina, en su Artículo 20, Inciso 21 establece que “queda prohibido obtener beneficios de establecimientos que elaboren, distribuyan, comercien o expendan medicación”, a pesar de lo cual muchos estimados colegas obtienen beneficios de sus interacciones con la industria y asoman cotidianamente a la luz públi-

ca. No creer que la regulación excesiva de los conflictos obstaculiza el progreso de la ciencia médica³⁸: los avances médicos parten de una armonía y no de esos conflictos, aunque hay que evitar la exigencia indecorosa de influencia comercial para llevar adelante los intereses del investigador/médico asistencial.

Se reconocerá así pasar de una ciencia académica, donde los médicos científicos en forma individualista buscan, desinteresadamente, una Verdad objetiva para solucionar problemas sanitarios de la humanidad, período que finalizó a mediados del siglo XX, a una época llamémosla “industrial” donde la investigación está ligada a la solución de problemas cotidianos y los participantes son básicamente “empleados” de la industria. Actualmente se llega a un período “híbrido” donde los “Proyectos de investigación” se ven forzados a fructificar si resuelven previamente los riesgos morales y financieros: un buen ejemplo es la clonación humana o el uso de células madre (stem cells) como medios terapéuticos en la actividad privada sin ensayos clínicos aprobados en la asistencia estatal. Sin embargo, “poderoso caballero es don dinero” que hace tambalear las convicciones ético-morales de muchos investigadores y médicos asistenciales, sin tener en cuenta que la principal Misión de la Medicina es velar por el mejor interés de nuestros pacientes. Y esta referencia no es actual ya que Rampton y Stauber señalaban en 1920 el poder de la naciente industria, con aparición de fundaciones, institutos, subsidios, todos ellos controlados por pocas personas que determinaban el curso de las “investigaciones” (Beagle Review, 2001; 109 (august 31). La intrusión del negocio empresarial en la práctica clínica tanto como en la investigación o en la educación médica continua es un tema complejo, que no hay que soslayar o alegar no tener importancia³⁹: el desafío pendiente es determinar si en el balance un producto o dispositivo médico promocionado por cualquier medio (apoyo económico a la investigación, simposio, realización de un Congreso, edición de un libro, etc.³⁹) es seguro para los pacientes que lo necesitan o si imponen por el contrario la indicación médica para su uso aún cuando no revelen utilidad distinta a los tratamientos convencionales⁴⁰.

Fomentar la innovación sin comprometer la integridad del modelo o sus participantes⁴¹, no es tarea sencilla pero posible de realizar si además se consideran las consecuencias de las acciones a cumplir, con la necesidad de reconocer el conflicto a originar. Afirmaciones actuales acerca de temas como el significado de la ciencia, la economía o el desarrollo humano invitan a menudo a reflexionar en cuestiones como la credibilidad y confianza en

los investigadores⁴², máxime al existir antecedentes infortunados como el de Robert Gallo quien afirmó el descubrimiento de una efectiva terapia para el SIDA y posteriormente esa noticia se confirmó como falsa¹. La capacidad de generar confianza en la calidad de los datos presentes en guías de práctica clínica son hoy puestas en duda y la necesidad de una revisión editorial por pares se hace imprescindible para asegurar la objetividad, utilidad e integridad de la información diseminada en Congresos y publicaciones.

Los adelantos en distintos aspectos de la medicina, pero en especial en cirugía, requieren además pasión por lo que se realiza y a menudo audacia⁴³. En algunas circunstancias el mejor método de averiguación quirúrgica es un desalentado ejercicio de prueba y error a menudo cargado con amargas controversias. A veces la solución que demanda tiempo, a veces mucho, es una síntesis resultante de la combinación de ideas opuestas o partes de ellas. Llama la atención que particularmente en el mundo quirúrgico los conflictos de interés sostenidos en aspectos principalmente económicos han adquirido el "status" de un problema mayor actual en el cuidado médico, la educación continua y la investigación, al no definir correctamente aquello que está bien desde el punto de vista ético de lo que *no* corresponde hacer. Al no publicitar la existencia de estos conflictos, se expone al profesional a sanciones de todo tipo⁴⁴, al quedar descubierto el bienestar de los pacientes o la validez científica de los ensayos clínicos por ser imprecisos, confusos o discutibles al obtener potenciales ganancias económicas que no eran el objetivo de esas prácticas. Todas estas consideraciones hay que valorarlas para impedir y contribuir en forma fehaciente con el mejor conocimiento de la realidad. La ciencia y la ética tienen una mutua y constante interpelación que no debemos desairar. Como bien afirmaba Bobbio (1997) "actuar según la propia conciencia e impedir que otros lo hagan en contra de su propia conciencia".

REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTA

Es necesario e imprescindible transmitir la convicción a las futuras generaciones de profesionales de la salud acerca de estos conceptos para evitar confusiones, injusticias y reclamos por parte de la comunidad y el desprestigio de nuestra ciencia y arte. No aceptar sin discusión el doble standard en investigación a nivel internacional (Angell M, N. Engl J Med, 1997; 337: 847-9) y resaltar con énfasis la responsabilidad de los participantes, especialmente si las investigaciones se llevan a cabo

en países en desarrollo, donde la tendencia a usar el "doble standard" es muy frecuente (Angell M, N Engl J Med, 2000: 342(13)967-9) y hasta justificado al señalar la inexistencia de medidas sanitarias convencionales en ciertas regiones pauperizadas del mundo.

Donde surgen los conflictos, la declaración de medidas que los eviten debe ser característica habitual para no impedir el progreso científico⁴⁵. Conseguir el apoyo para la innovación y descubrimiento con la creación de condiciones apropiadas entre la industria y las universidades y mantener la advertencia de la finalidad del "marketing" empresarial que puede contaminar el pensamiento académico: no debe prevalecer la industria para no enmascarar la confianza pública en los médicos investigadores y en la Medicina en si misma y tener el foco centrado en la innovación y el hallazgo del interés de la sociedad. Además las universidades⁴⁶ como las sociedades científicas⁴⁷, actuando como instituciones asesoras, deben individualizar el desarrollo de las investigaciones con conflictos de interés definidos, que pueden ser solucionables.

En relación con estos conceptos propongo formalmente la creación de un "banco de ideas" donde públicamente se detallen los potenciales conflictos de interés y el manejo científico de la innovación sin olvidar los valores éticos de referencia como son la intangibilidad y indisponibilidad de la persona (enferma o simple voluntario participante en ensayo clínico), la legitimidad del principio terapéutico buscado, con precisión de los riesgos que se asumirán y del interés social en general.

El progreso científico y médico está vinculado inequívocamente con el progreso moral: la reafirmación de los valores éticos tradicionales tanto en investigación como en la asistencia, deben subrayar que es necesario no dañar (mínimo riesgo), proteger al vulnerable, respetar la dignidad de pacientes (con el consentimiento informado, la confidencialidad y libertad de decisión) y establecer la justicia de nuestras decisiones (que demanda compensación por el daño emergente o la necesidad de remuneración por la participación voluntaria en ensayos clínicos).

El ámbito primordial para la creación de nuevas conductas es el de la educación médica⁴⁸, sin desconocer también los aspectos legales⁴⁹, considerables como asimismo las normas o regulaciones sanitarias de cada país. Es importante por esta razón, lograr debatir, consensuar e interactuar⁵⁰, con el fin de colaborar armoniosamente entre profesionales y la industria para salvaguardar los intereses del especial participante realmente trascendental en esta tríada, el enfermo. Que la metodología, tanto en la investigación como en la práctica

asistencial o la educación continua, sea irreprochable desde el punto de vista ético y no origine intereses en conflicto.

REFERENCIAS

1. Arribalzaga EB, Borracchi RA, Giuliano RJ, Jacovella PF. El artículo científico. Del papiro al formato electrónico. *Magister Eos*, Buenos Aires, 2005, p. 243.
2. Arribalzaga EB. Factor de Impacto o Impacto de Factores? *Rev Chil Cir* 2005; 57: 269-274.
3. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *BMJ* 2003; 326: 1155-1156.
4. Martin JB, Reynolds TP. Academic-industrial relationships: opportunities and pitfalls. *Sci Eng Ethics* 2002; 8: 443-454.
5. de Ortúzar MG. Conflicto de intereses en investigaciones biomédicas. *Perspectivas bioéticas* 2007; 12: 19-31.
6. Foster RS. Conflicts of interest: recognition, disclosure and management. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 505-517.
7. Barcat JA, Del Bosco CG. Conflicto de intereses. *Medicina (BsAs)*, 2003; 63: 87-89.
8. Djulbegovic B, Angelotta C, Knox KE, Bennett CL. The sound and the fury: financial conflicts of interest in oncology. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3567-3569.
9. Agrest A. Reflexiones sobre el error en medicina. *Medicina (Bs As)*, 2006; 66: 486.
10. Asociación Argentina de Cirugía. Manual de ética y deontología del cirujano. Estudio Sigma SRL, Buenos Aires, 1996, p. 13.
11. Baim DS, Donovan A. Medical device development: managing conflicts of interest encountered by physicians. *Wiley InterScience J* 2007; 69: 655-664.
12. Nogales-Gaete J, Tagle P. Conflicto de interés: una reflexión impostergable. Panel del Comité Editorial. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42: 9-21.
13. Cópola F. Conflictos de intereses. *Rev Méd Uruguay* 2007; 23: 3-6.
14. Castresana L, Mejía R, Aznar M. Actitud de los médicos frente a las prácticas de promoción de la industria farmacéutica. *Medicina (BsAs)* 2005; 65: 247-251.
15. Carney S. Improving the reporting quality of randomised controlled trials in surgery. *Int J Surg* 2007; 5: 376.
16. Smulders YM, Thijs A. The influence of the pharmaceutical industry on treatment guidelines. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007; 151: 2429-2431.
17. Cook DM, Boyd EA, Grossman C, Bero LA. Reporting science and conflicts of interest in the lay press. *Plos One* 2007; 12: e1266.
18. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136: 396-402.
19. Friedman PJ. The impact of conflict of interest on trust in science. *Sci Eng Ethics* 2002; 8: 413-420.
20. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Ann Intern Med* 2002; 136: 403-406.
21. Epstein RA. Conflicts of interest in health care: who guards the guardians? *Perspect Biol Med* 2007; 50: 72-88.
22. Fisher MA. Medicine and industry: a necessary but conflicted relationship. *Perspect Biology Med* 2007; 50: 1-6.
23. Kahn JP. Beyond disclosure: the necessity of trust in biomedical research. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S49-S50.
24. Kassirer JP. Professional societies and industry support: what is the quid pro quo? *Perspect Biol Med* 2007; 50: 7-17.
25. LaViolette PA. Medical devices and conflict of interest: unique issues and an industry code to address them. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S26-S28.
26. Romano TJ. Divergent views on managing clinical conflicts of interest-II. *Mayo Clin Proc* 2007; 82: 1013-1017.
27. Sheehan JG. Fraud, conflict of interest and other enforcement issues in clinical research. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S63-S67.
28. Soule E. Managing ethical performance in organizations: insights from the corporate world. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S73-S76.
29. Wechsler AS. What's a journal to do?. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 131: 771-772.
30. Reidenberg MM. Conflict of interest and medical publication. *Sci Eng Ethics* 2002; 8: 455-457.
31. Reyes B. H. Honestidad y Buena fe: dos pilares en la ética de las publicaciones biomédicas. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 415-418.
32. Snyder GP, Ferretti EB. Accountability and transparency in medical publishing: position and policies of Le Jacq on authorship, acknowledgments, conflicts of interest, and secondary and redundant publication. *Le Jacq Publishing Standards* 2008; (winter): 5-8.
33. Riechelmann RP, Wang L, O'Carroll A, Krzyzanowska MK. Disclosure of conflicts of interest by authors of clinical trials and editorials in oncology. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4642-4647.
34. Reyes B H, Palma HJ, Andressen M. Ética de las publicaciones en revistas médicas. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 529-533.
35. Rothrock JF, Silberstein SD, Aurora S. Headache editorial board declaration of conflicts of interest. *Headache* 2008.
36. COPE. A code of conduct for editors of biomedical journals. Available at <http://www.publicationsethics.org.uk/guidelines/code>, 01/03/2008.
37. Anonymous. Control conflicts of interest with these seven practices. *Hosp Manager Manage* Oct 2007; 32, 10; ABI/INFORM Global pg. 6-8.
38. Stossel TP. Overregulation of conflicts hinders medical progress. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S14-S15.
39. Stossel TP. Divergent views on managing clinical conflicts of interest-I. *Mayo Clin Proc* 2007; 82: 1013-1017.
40. Stossel TP. Regulation of financial conflicts of interest in medical practice and medical research: a damaging solution in search of a problem. *Perspect*

- Biol Med 2007; 50: 54-71.
41. Pizzo PA. Fostering innovation without compromising integrity. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S10-S11.
42. Kennedy D. Disclosure and disinterest. *Science* 2004; 303: 15.
43. Stossel TP. A biopsy of financial conflicts of interest in medicine. *Surgery* 2008; 143: 193-198.
44. Tomaszewski C. Conflicts of interest: bias or boon?. *J Med Toxicol* 2006; 2: 51-54.
45. Vagelos PR. Innovation and industry-academia interactions: where conflicts arise and measures to avoid them. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S12-S13.
46. Chisolm GM. The rapidly changing landscape of biomedical conflicts of interest. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: 83-85.
47. Kirch DG. Conflict of interest management: efforts and insights from the Association of American Medical Colleges. *Cleveland Clin J Med* 2007; 74: S23-S25.
48. Polonuer JL. Estrategias de promoción de medicamentos. *Medicina (Bs As)* 2005; 65: 373-376.
49. Resnik DB. Disclosing conflicts of interest to research subjects: an ethical and legal analysis. *Account Res* 2004; 11: 141-159.
50. Rodwin MA. Medical commerce, physician entrepreneurialism and conflicts of interest. *Camb Q Health Ethics* 2007; 16: 387-397.