



ARTÍCULO ESPECIAL

Conflictos de interés en la profesión médica



Rogelio Altisent*, María-Teresa Delgado-Marroquín y María-Pilar Astier-Peña

Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica, Universidad de Zaragoza, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España

Recibido el 2 de mayo de 2019; aceptado el 27 de mayo de 2019
Disponible en Internet el 24 de junio de 2019

PALABRAS CLAVE

Conflicto de intereses;
Profesión médica;
Financiación;
Profesionalismo;
Educación médica;
Industria farmacéutica

KEYWORDS

Conflicts of interest;
Medical profession;
Funding;
Professionalism;
Medical education;
Pharmaceutical industry

Resumen En las últimas décadas el mundo de la medicina se ha familiarizado con la valoración de los conflictos de interés (CDI). En las revista científicas se ha generalizado el requisito de que los autores declaren sus CDI en relación con los artículos que proponen publicar; otros aspectos sensibles que merecen atención son los CDI en la toma de decisiones sobre prescripción y los CDI de quienes ocupan puestos de responsabilidad en instituciones científicas, asistenciales o de representación profesional. Estos debates son coherentes con la preocupación de las sociedades democráticas por la justicia y la ética social que exigen juego limpio en la toma de decisiones que afectan a terceros, particularmente a los pacientes. En el presente trabajo se analiza el concepto de los CDI, los tipos de conflictos que pueden abarcar y se reflexiona sobre propuestas para la gestión de los mismos en la profesión médica.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conflicts of interest in the medical profession

Abstract In the last decades the world of medicine has become familiar with the disclosure of conflicts of interest (CDI). The requirement for authors to declare their CDIs concerning their publications is a common issue. Another topic for CDI is related to the medical decision making on prescription. Finally, professionals being in positions of responsibility in professional societies or associations and healthcare institutions are asked to show their disclosure of CDI. These debates show up the interest of democratic societies for justice and social ethics that demand fair play in making decisions that may affect third parties, particularly patients. In the present work, the concept and types of CDIs are analyzed, and authors make proposals for the management of CDI in the medical profession.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: altisent@unizar.es (R. Altisent).

Introducción

En las últimas décadas, el mundo de la medicina se ha familiarizado con la valoración de los *conflictos de interés* (CDI)^{1,2}. En las revistas científicas se ha generalizado el requisito de que los autores declaren sus CDI en relación con los artículos que proponen publicar; a menudo, se abren discusiones sobre los CDI en la toma de decisiones sobre prescripción^{3,4} y también se han generado controversias relacionadas con los CDI de quienes ocupan puestos de responsabilidad en instituciones científicas, asistenciales o de representación profesional⁵⁻⁸. Estos debates son coherentes con la preocupación de las sociedades democráticas por la justicia y la ética social que exigen juego limpio en la toma de decisiones que afectan a terceros⁹.

Sin embargo, en ocasiones se utiliza el término de manera confusa o se emplea como una condena moral a priori. No se tiene en cuenta que la presencia de un *conflicto de interés* es una circunstancia frecuente y, a veces, inevitable en la vida de las personas, de la que no se puede deducir directamente una conducta reprochable. Es, por tanto, necesario reflexionar y precisar su significado para lograr una mejor comprensión que facilite su adecuada gestión.

Nos proponemos realizar un análisis de los CDI dirigido a no especialistas en ética académica, con el fin de ayudar a formar un criterio teórico y práctico que sea de utilidad para profesionales de la medicina.

El concepto

La noción de *conflicto de interés* es una figura moral que aparece en la conducta de quien tiene un deber u obligación (interés primario) que choca con un interés de carácter personal (interés secundario), que puede distorsionar el juicio profesional de un modo no razonable o inaceptable, haciendo temer que la justicia sea lesionada¹⁰⁻¹².

Sin embargo, el hecho de que se presente un *conflicto de interés* no significa que automáticamente se produzca un comportamiento condenable o una decisión injusta por parte de la persona implicada. El desafío ético está en el modo de gestionar y resolver el conflicto.

Diagnóstico diferencial del concepto (fig. 1)

Al tratar sobre los CDI conviene precisar muy bien de qué estamos hablando, pues con facilidad se puede confundir el significado de unos términos que no siempre se usan con propiedad, ya sea en el ámbito coloquial, en el profesional o en el académico. Por ejemplo, no nos estamos refiriendo al «conflicto de intereses» entre varias personas o instituciones, entendido como un enfrentamiento entre los intereses de diferentes sujetos físicos o morales en la consecución de un objetivo. Dos empresas pueden tener un «conflicto de intereses» al competir por un contrato que ofrece una institución con unas determinadas condiciones. No obstante, la persona encargada por la institución para evaluar la idoneidad de las ofertas tendría un auténtico *conflicto de interés* —aquí es donde se focaliza nuestro análisis— si hubiera ocupado un cargo en una de las empresas que compiten por el contrato, porque existe el riesgo de que esta circunstancia

pueda introducir un sesgo o parcialidad en su toma de decisiones.

¿Puede un juez dictar sentencia ante un asunto en el que están implicadas personas con las que mantiene vínculos familiares?, o ¿puede un funcionario de la hacienda pública inspeccionar el comportamiento tributario de una persona con la que tiene una relación de manifiesta amistad o enemistad? En ambos casos hay un riesgo de que se produzca un dictamen injustamente sesgado por parte de quien decide, debido a la influencia de la relación personal (interés secundario) sobre su obligación de proceder con justicia (interés primario). Este es el genuino sentido en el que decimos que se plantea un *conflicto de interés*.

También nos interesa diferenciar el auténtico *conflicto de interés* de la figura bien conocida del soborno, que va más allá del riesgo de un comportamiento injusto y pasa a constituir la comisión de un delito. Por ejemplo, cuando el responsable de la evaluación de ofertas recibe un regalo sustancioso a cambio de favorecer a una de las empresas que optan al contrato para obtener la adjudicación. Otro comportamiento inmoral análogo se produce cuando se exige o se acepta un pago encubierto para tener opciones a la adjudicación.

De otra naturaleza diferente es el denominado “conflicto de obligaciones o lealtades” que, por ejemplo, tiene un médico ante un paciente que le solicita una baja laboral por un motivo formalmente inapropiado, aunque sea humanamente comprensible en el contexto de la relación clínica. Por un lado, tiene un deber ante la sociedad que le confía la gestión de esta prestación social para dar protección a quienes no pueden trabajar por causa de una enfermedad; por otro, la solicitud de una baja por un motivo inapropiado pero humanamente comprensible.

Por tanto, se deben diferenciar los siguientes conceptos: a) el auténtico *conflicto de interés* como figura que se plantea para prevenir la integridad moral en la toma de decisiones; b) el «conflicto de intereses» como descripción de una pugna entre los intereses de diferentes sujetos, que, en sí mismo, no tiene necesariamente una valoración moral; c) el soborno, que supone directamente un comportamiento contrario a la justicia, lesionando tanto a la ética como a la ley, y d) el «conflicto de lealtades» que una persona experimenta y que suele presentarse, en la práctica, como un dilema moral ante la toma de una decisión.

Otra situación que puede generar confusión conceptual con los CDI surge cuando un profesional resulta afectado por la distorsión que le genera una excesiva implicación emocional con un paciente. Un buen ejemplo de ello es la falta de distancia terapéutica que se produce cuando un médico asiste a una persona a quien le unen lazos familiares o de amistad, situación que conviene evitar por el riesgo de error asociado a la falta de objetividad en la valoración profesional. Si bien la anatomía de esta situación se asemeja a un *conflicto de interés* (advirtase que no estamos hablando de dar un trato de favor en una lista de espera a un familiar, lo cual sí podría ser el resultado de un genuino *conflicto de interés*), no lo consideramos como tal porque la imparcialidad en la decisión se produce por una distorsión cognitiva causada por el componente afectivo de la relación. Una argumentación parecida ha llevado a que algunos códigos deontológicos prohíban explícitamente que los profesionales de la medicina, particularmente en el campo

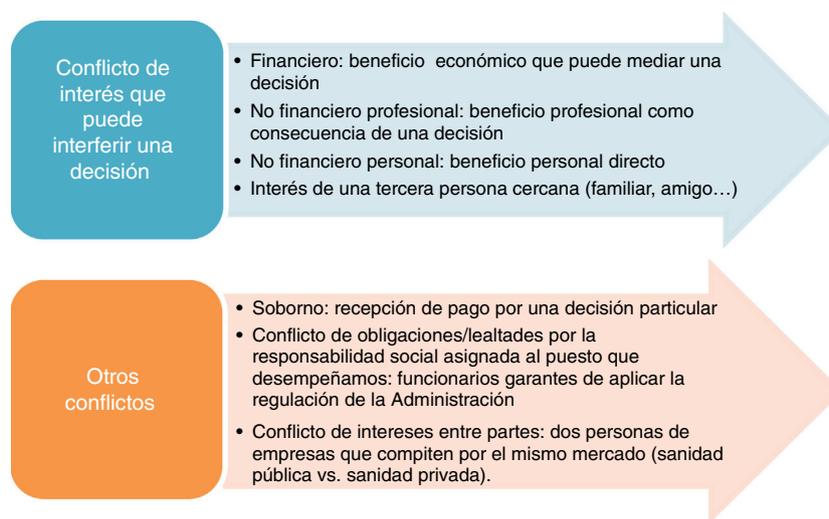


Figura 1 Conflictos en la toma de decisiones en medicina.

de la psiquiatría, mantengan relación sentimental con un paciente.

El especial significado de los conflictos de interés en medicina

A pesar de que en las últimas décadas en Occidente se ha consolidado el cambio de paradigma de la relación clínica, pasando del paternalismo médico a la promoción de la autonomía de los pacientes, estos generalmente se acercan al sistema sanitario buscando ayuda en una situación de necesidad, confiando en la integridad moral y la competencia de los profesionales de la medicina. Esta asimetría que siempre estará presente en la relación clínica exige analizar los CDI de la medicina con más exigencia que en otros ámbitos, donde los usuarios tienen mayor capacidad de defensa ante los perjuicios ocasionados por decisiones injustas, como ocurre en un escenario de relaciones comerciales. Por el contrario, los pacientes generalmente se encuentran en una posición de inferioridad ante decisiones sesgadas por CDI en el campo de la medicina.

En el sector de la investigación sanitaria, los sesgos en la presentación de resultados atribuibles a CDI pueden producir daños que se tarda muchos años en restituir. De igual modo, cuando se imparte docencia o se realizan recomendaciones científicas con sesgos ocasionados por CDI, las consecuencias sobre los discentes y su práctica clínica tienen un efecto retardado que pueden perdurar años o incluso generaciones.

Por otro lado, conviene tomar una mayor conciencia del efecto que el conocimiento de los CDI del ámbito sanitario tiene sobre la imagen que la opinión pública se hace sobre la integridad moral de los profesionales de la medicina¹³. En otras palabras, se alimenta la sospecha, en la sociedad y entre los pacientes, de que la opacidad en la aceptación de regalos, invitaciones y privilegios de valor significativo puede influir en unas decisiones que les afecta directamente en aspectos tan sensibles de la vida como son los relacionados con la salud.

Escenarios de conflictos de interés en medicina

Los investigadores que mantienen vínculos con las empresas farmacéuticas, que lógicamente esperan beneficios de un determinado experimento, tienen evidentes CDI que han sido ampliamente analizados y discutidos¹⁴. El peligro de sesgos producidos por estos vínculos en el desarrollo de los estudios y sus resultados ha llevado a las revistas científicas a exigir a los autores una rigurosa declaración de CDI.

La relación de los médicos prescriptores con la industria sanitaria es una fuente de CDI que ha sido objeto de amplio estudio y controversia. Existe reticencia por parte de los profesionales a reconocer la influencia que ejercen las atenciones comerciales sobre las decisiones de prescripción. Sin embargo, es incuestionable que el sustancioso porcentaje del coste de los medicamentos y materiales sanitarios que se dedica a la comercialización no es una frivolidad empresarial del que viene siendo el sector más rentable del mundo durante muchos años.

Es conveniente explicar con claridad que recibir una compensación a cambio de prescribir medicamentos o de utilizar una determinada tecnología sanitaria no se ajusta a la figura del *conflicto de interés*, sino que encaja sencilla y directamente con el concepto de *soborno*, y cuando se produce en el contexto de la sanidad pública adopta la forma de malversación de fondos públicos, con su correspondiente tipificación en el Código Penal.

Los CDI en la prescripción se plantean sobre todo cuando las atenciones comerciales que reciben los facultativos tienen cierta sustancia adoptando diferentes formas: financiación de reuniones científicas, hospitalidad, material informático para uso personal, etc. Este es un campo muy controvertido, dado que la industria farmacéutica tradicionalmente viene financiando buena parte de la necesaria formación continuada de los médicos que las instituciones sanitarias no costean, incumpliendo una responsabilidad que debería estar fuera de discusión, especialmente con los salarios que los médicos perciben en España.

Las actividades de formación continuada y las ponencias en congresos que reciben el patrocinio de la industria pueden estar promovidas directamente por una compañía de manera que así conste abiertamente, o pueden recibir su financiación de un modo más o menos opaco, siendo el organizador una institución asistencial, académica o profesional. En cualquier caso, los conferenciantes o expertos invitados que reciben una compensación de la industria tienen un evidente *conflicto de interés*, en la medida que están inclinados a evitar una opinión científica negativa para los beneficios del financiador, lo cual no significa necesariamente que lo vayan a hacer, pero en cualquier caso plantean un duda razonable a su audiencia.

Las recomendaciones de prescripción a través de informes y guías científicas de amplia difusión y supuesto prestigio han sido motivo de polémica¹⁵ por la opacidad de los CDI de los autores, y de las sociedades científicas que los avalan, que reciben de la industria una financiación imprescindible para su mantenimiento. Una situación análoga se está produciendo en algunas organizaciones de pacientes o instituciones altruistas dedicadas al estudio de enfermedades específicas cuando hacen recomendaciones públicas, o incluso colaboran en entornos publicitarios sin mencionar sus CDI.

Al igual que la prescripción, también puede ser fuente de CDI la derivación de consultas o la petición de pruebas complementarias que tienen repercusión sobre la remuneración del facultativo, en la medida en que siguen las directrices recomendadas por la institución, pública o privada, que gestiona la provisión de servicios.

La derivación de pacientes para interconsulta con otros especialistas, o la realización de pruebas, suscita considerables preocupaciones éticas en países donde los médicos tienen participación en las empresas que reciben estas derivaciones, o simplemente cuando hay un beneficio proporcional al número de derivaciones realizadas. En sentido contrario, también podemos encontrar una situación similar en los modelos de gestión donde una empresa o los propios facultativos tienen una concesión en la gestión de un centro asistencial con beneficios en función del ahorro sobre un presupuesto. La tendencia de las reformas sanitarias en los sistemas públicos de salud exigirá prestar atención a estos CDI y habituarnos a su afrontamiento como una prioridad de primer orden en la formación ética de los médicos.

La seguridad jurídica y el temor a una denuncia legal puede generar actuaciones profesionales que no tienen como objetivo prioritario el interés del paciente sino la protección del profesional, constituyendo la denominada medicina defensiva que algunos autores han definido como auténtico conflicto de interés¹⁰, aunque, en realidad, cuando se produce un exceso de pruebas diagnósticas o un incremento del gasto motivado tan solo por la búsqueda de protección legal nos encontramos, de hecho, ante una conducta profesional contraria a la deontología médica¹⁶ y no solo ante un mero *conflicto de interés*.

Se pueden mencionar por último otras esferas de CDI, como son la necesidad de descanso, el deseo de reconocimiento entre iguales o de prestigio social, que se pueden dar en cualquier profesión, pero que tienen una especial importancia en el ámbito de la medicina. Se trata de intereses legítimos, pero que en un momento dado pueden influir indebidamente en la conducta profesional y,

aunque no encajan en el modelo más tradicional de CDI, desde un punto de vista académico reúnen sus requisitos teóricos: un interés personal que puede influir de manera impropia en los deberes primarios del profesional que deben tener como prioridad al paciente. Aunque ahora nos limitamos a citarlos, tanto el cansancio personal como el afán de reconocimiento son aspectos que pueden poner a prueba la integridad moral profesional y conviene considerarlos para prevenir comportamientos indebidos y promover la excelencia.

Modos de afrontar los conflictos de interés

En sí mismo no hay nada intrínsecamente inmoral en el conjunto de elementos y circunstancias que componen un *conflicto de interés*. El problema moral surge cuando la influencia de un interés secundario que puede amenazar la ética de una decisión profesional (interés primario) se trivializa o se acepta como algo natural. De ahí que el primer requisito para gestionar prudentemente los CDI sea reconocer su existencia; en otras palabras, es primordial tomar conciencia de que estos intereses secundarios pueden producir comportamientos inadecuados.

En pocas palabras, se puede decir que un conflicto de interés es una inducción o tentación que debe diferenciarse de su aceptación. Sin embargo, hay incitaciones que cuando se ignoran o se admiten, de manera consciente, ya suponen asumir un exceso de riesgo que se debe considerar moralmente inaceptable.

La gestión ética de los CDI por parte de las instituciones se debe realizar mediante normativas explícitas con supervisión corporativa por medio de sus órganos de gobierno o comisiones *ad hoc*¹⁷. Será recomendable la petición de asesoramiento por parte de quien presente dudas sobre CDI en su toma de decisiones, recurriendo a una instancia de probada independencia donde el profesional con sensibilidad ética consultará, exponiendo los matices y las circunstancias implicadas que él conocerá mejor que nadie.

Para el tratamiento de los CDI se contemplan las siguientes estrategias: declaración pública, revisión con autorización, inhibición y recusación (fig. 2).

La transparencia mediante declaración pública es considerada como la regla de oro de los CDI. Es moralmente muy saludable poner de manifiesto los intereses secundarios que podrían afectar a la rectitud del juicio profesional porque de algún modo supone una toma de conciencia



Figura 2 Gestión ética de los CDI por parte de las instituciones, sociedades y colegios profesionales.

del potencial sesgo que de manera intencionada se desea prevenir ofreciendo su exposición de manera abierta. Se recomienda una pregunta *prima facie* que sería decisiva en este punto: ¿me sentiría cómodo si mis pacientes u otras personas relacionadas con mi actividad profesional conocieran que tengo un determinado interés secundario en esta materia? Cuando la respuesta es no, la conveniencia de transparencia es evidente y si esto genera incomodidad hay que replantearse la aceptación del incentivo o la pertinencia de apartarse de una decisión. Es decir, si un médico tuviera reparos en dar a conocer a sus pacientes que recibe una determinada atención comercial o un incentivo de la gerencia, habría que ponerlos en duda. Esta norma de transparencia es un requisito habitual para los autores en revistas científicas y algunas sociedades científicas lo exigen a sus cargos científicos o de representación.

La revisión de los CDI para su posterior autorización por un comité es un sistema de control que algunas instituciones llevan a cabo con sus miembros, después de realizar la declaración de CDI. Por ejemplo, hay universidades que revisan las condiciones de los contratos de sus investigadores con los patrocinadores de proyectos para garantizar que no tienen restricciones en la publicación de resultados negativos. Una sociedad científica que va a promover una guía terapéutica podría evaluar la idoneidad de los autores que la van a elaborar en función de su declaración de CDI en relación con las compañías que están relacionadas con los contenidos de la guía.

Además de la transparencia y la revisión previa a la autorización, también se puede llegar a la recusación *a priori* de determinadas situaciones que generan CDI de alto riesgo; por ejemplo, compensaciones económicas muy elevadas para la captación de pacientes de un ensayo clínico. Un caso característico de este tipo de restricciones previas es el establecimiento de incompatibilidades para ocupar determinados puestos directivos, con el fin de evitar un daño a la imagen pública de una institución o para prevenir CDI que puedan perjudicar a sus miembros. Un caso particular de incompatibilidad se da en altos cargos de la administración pública al establecer un periodo de carencia antes de poder trabajar para una compañía privada que tenga intereses cruzados con el cargo ocupado. Una situación característica de inhibición para evitar CDI es la retirada de forma voluntaria de una comisión o tribunal cuando se va a evaluar un caso que implica a una persona con la que se tiene algún vínculo especial que haría peligrar la justicia de la resolución.

Una institución puede establecer normas en sus estatutos o mediante un código de buenas prácticas con el objeto de prevenir CDI que se consideran impropios o perjudiciales para la corporación, ya sea en sus miembros o en puestos de responsabilidad¹⁸.

El Código de Deontología Médica español¹⁹ establece una serie de preceptos éticos que son exigibles a los colegiados y que suponen un interesante avance en el modo de abordar y prevenir los CDI en algunas áreas sensibles. Así, en el artículo 23 se establecen varios criterios que conviene tener presentes en el ejercicio profesional. Puede parecer una obviedad definir que «es contrario a la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario»; sin embargo, es una novedad que no se ha introducido hasta el código del 2011, aunque tiene su antecedente en una

Declaración de la Comisión Central de Deontología aprobada por la Organización Médica Colegial española en 2006²⁰, que ya tenía rango de Código. En el mismo artículo se afirma, en plena coincidencia con la lógica preventiva de los CDI: «Cuando para desarrollar actividades científicas y de formación, se reciba financiación externa de entidades con ánimo de lucro, deberán explicitarse con claridad y transparencia la naturaleza y el alcance del patrocinio. Los médicos organizadores de la actividad garantizarán la independencia de los contenidos y la libertad de los ponentes». En relación con la investigación se reitera lo que es una doctrina universal: «Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica informar, tanto a los medios científicos como de comunicación en general, sus vinculaciones con la industria», y «cuando un médico participa en una investigación científica patrocinada por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa patrocinadora». No menos interesante resulta exigir actualmente que «el médico que en calidad de experto hace recomendaciones de un producto específico, tanto en medios científicos como en medios de comunicación general, deberá comunicar su vinculación con la industria sanitaria cuando la hubiere».

Gigerenzer y Gray han propuesto 3 medidas muy concretas²¹ para prevenir CDI en medicina: a) promover salarios dignos, evitando el pago por acto médico; b) evitar aquellos incentivos que puedan incrementar las tasas de intervención, a no ser que exista clara evidencia de su beneficio, como ocurre con la vacunación, al contrario de la cirugía electiva de rodilla cuya incentivación produce más daño que beneficio, y c) evitar la financiación de la formación continuada por la industria farmacéutica.

La posición de debilidad de los pacientes ante la ciencia médica hace muy conveniente promover una cultura preventiva de los CDI mediante la incorporación de estos contenidos en la formación de los futuros médicos²². Está en juego la confianza social en la profesión médica y sus organizaciones^{23,24}.

Conflicto de intereses

Los 3 autores declaran no tener conflictos de interés en relación con la redacción de este trabajo. Desean, sin embargo, dejar constancia de que la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza donde participan, cuenta con el patrocinio de la Organización Médica Colegial y el Colegio de Médicos de Zaragoza.

Bibliografía

1. Lo B, Field MJ, Eds. Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Board on Health Sciences Policy (consensus report). Washington: The National Academies Press; 2009.
2. Muth CC. Conflict of interest in Medicine. JAMA. 2017;317:1812, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.4044>
3. Blumenthal D. Doctors and drug companies. N Engl J Med. 2004;351:1885-90, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMhpr042734>

4. Grande D. Limiting the influence of pharmaceutical industry gifts on physicians: Self-regulation or government intervention? *J Gen Intern Med.* 2010;25:79–83, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1016-7>
5. Ruano-Ravina A. Sociedades científicas y su relación económica con la industria. Situación en España. *Med Clin (Barc).* 2012;138:614–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.01.019>
6. Freedhoff Y, Hébert PC. Partnerships between health organizations and the food industry risk derailing public health nutrition. *CMAJ.* 2011;183:291–2.
7. Fabbri A, Gregoraci G, Tedesco D, Ferreti F, Giraldi F, Lemmi D, et al. Conflict of interest between professional medical societies and industry: A cross-sectional study of Italian medical societies' websites. *BMJ Open.* 2016;6:e011124, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011124> [Published correction appears in *BMJ Open.* 2016;6(6):e011124corr1]
8. Ngo-Metzger Q, Moyer V, Grossman D, Ebell M, Woo M, Miller T, et al. Conflicts of interest in clinical guidelines: Update of U.S. Preventive Services Task Force Policies and Procedures. *Am J Prev Med.* 2018;54(1S1):S70–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.06.034>
9. Nissen SE. Conflicts of interest and professional medical associations: Progress and remaining challenges. *JAMA.* 2017;317:1737–8, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.2516>
10. Davis M. Conflict of Interest. En: Chadwick R, editor. *Encyclopedia of Applied Ethics.* San Diego: Academic Press; 1998. p. 589–95.
11. Morreim EH. Conflict of Interest. En: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics.* New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995. p. 459–65.
12. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med.* 1993;329:573–6, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199308193290812>
13. Brody H. Clarifying Conflict of Interest. *The American Journal of Bioethics.* 2011;11:23–8. DOI: 10.1080/15265161.2010.534530.
14. Rochon PA, Hoey J, Chan AW, Ferris LE, Lexchin J, Kalkar SR, et al. Financial conflicts of interest. Checklist 2010 for clinical research studies. *Open Med.* 2010;4:e69–91 [consultado 23 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116675/>
15. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *BMJ.* 2012;344:e3502, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3502>
16. Código de Deontología Médica. Artículo 21.2. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. [Consultado 23 Abril 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
17. Hurst SA, Mauron A. A question of method The ethics of managing conflicts of interest. *EMBO Rep.* 2008;9:119–23, <http://dx.doi.org/10.1038/sj.embor.2008.4>
18. Posicionamiento SESPAS 02/2017. Posicionamiento SESPAS sobre la instrucción de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana con relación a las declaraciones de conflictos de interés. [Consultado 23 Abril 2019]. Disponible en: https://sespas.es/wp-content/uploads/2017/03/Posicionamiento-SESPAS_02_2017.pdf
19. Código de Deontología Médica. Artículo 23. Madrid: Organización Médica Colegial, 2011. [Consultado 23 Abril 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
20. Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. Madrid: Organización Médica Colegial; 2006. [Consultado 23 Abril 2019]. Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/industriaFarmaceutica/industria_farmaceutica_y_las_empresas_sanitarias.pdf
21. Gigerenzer G, Gray JAM. *better doctors, better patients, better decisions.* Cambridge: The MIT Press; 2011. p. 19–21.
22. Andresen NS, Olson TS, Krasowski MD. Medical student and medical school teaching faculty perceptions of conflict of interest. *BMC Res Notes.* 2017 Jul 11;10:272, <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-017-2596-7>
23. Lemmens T, Singer PA. Conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ.* 1998;159:960–5 [Consultado 23 Abril 2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229743/pdf/cmaj-159_8_960.pdf
24. Brody H. Professional medical organizations and commercial conflicts of interest: Ethical issues. *Ann Fam Med.* 2010;8:354–8, doi: 10.1370/afm.1140.