

El conflicto de interés en el ejercicio de la Medicina

Dra. Lorena Mosso G.

Conflicts of interest in medical practice

El conflicto de intereses puede mostrar variadas facetas, todas ellas de corriente ocurrencia en el desempeño profesional, como se develan en los ejemplos que a continuación señalo:

- Se ofrece financiamiento para becas de especialidad con el compromiso de utilizar durante 5 años insumos de laboratorio y fármacos hospitalarios del proveedor donante.
- Un médico miembro de Soched promueve activamente en medios masivos de comunicación un fármaco que técnicamente no tiene aún aprobación para ser expandido en Chile.
- Una casa farmacéutica ofrece aporte económico con el sólo compromiso de promover entre los miembros de un servicio un nuevo fármaco; éste aporte se mantendría en la medida que la venta del fármaco alcanzara las metas de los proveedores.

También los pacientes, en forma más o menos abierta, tienen pensamientos del tenor siguiente:

- ¿Doctor, operarme es lo mejor para mí o para usted?
- ¿Este determinado remedio que me prescribe es realmente el que mejor me hará o es porque pertenece al laboratorio que más lo favorece a usted?
- ¿Realmente necesito todos estos exámenes, o usted quiere pagar con prontitud la inversión de sus equipos?

En las escuelas de medicina el grueso de la formación médica está destinado a entregar conocimientos y desarrollar habilidades, como elementos necesarios para ejercer de la mejor manera el arte médico. La evaluación en cuanto a la calidad del cómo se realiza técnicamente este arte está cada vez mejor acotada y definida. Con el advenimiento de la medicina basada en evidencias, las respuestas a las preguntas técnicas parecieran poder alcanzarse con certeza a través del trabajo sistemático de grupos de expertos que logren poner en acuerdo los argumentos de las respuestas a la luz de lo mejor del conocimiento médico. Esta dimensión técnica del arte médico, que se corresponde con el bien de la obra realizada según la ética clásica, es posible de ser objetivada y aqilataada sin grandes dificultades.

Sin embargo, las situaciones de ocurrencia real planteadas

al inicio de este escrito, no son preguntas técnicas; ellas se refieren a una dimensión del actuar médico que no está comprendido por la técnica. Son preguntas que interpelan no al bien de la obra a realizar sino al bien del que esta obrando; este tipo de preguntas es de índole ética, y las respuestas consiguientes no se alcanzan a través de la medicina basada en evidencias, sino por el camino de un análisis de la “licitud moral” de la acción. Lo que el acto ético busca no es el bien de la obra en si, sino el bien del que obra, es decir si el acto realizado “hace” mejor al que lo efectúa. En acuerdo a lo señalado precedentemente las dimensiones del acto médico son dos:

- a) Dimensión técnica relacionada a la calidad de la obra.
- b) Dimensión ética en correspondencia a la calidad del que obra (agente moral).

Valga esta introducción para facilitar el análisis del porqué para responder a las situaciones introductorias de este artículo es indispensable abordar las preguntas éticas clásicas dirigidas al agente moral:

¿Qué estás haciendo?

¿Por qué lo estás haciendo?

¿En que circunstancias?: Tiempo, lugar, modo.

¿Qué es un conflicto de intereses?

Básicamente es aquel conflicto que se establece cuando dos o más intereses se contraponen entre si, o en aquella situación en que el primer interés se desvirtúa o aleja de su objetivo al quedar bajo la influencia de otro interés.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos definió el conflicto de interés como “un conjunto de circunstancias que generan un riesgo al juicio o a las acciones profesionales por influencia de intereses secundarios”.

Para avanzar en nuestro análisis debemos auscultar y llegar a conocer cual o cuales son los intereses que eventualmente puedan jugar en la toma de decisiones médicas y que sean potencialmente conflictivos. Una vez conocidos surge el cómo enfrentar y resolver adecuadamente la situación creada. Primero es necesario explicar cual es el interés primario que debe vestir y guiar a todo acto médico.

Ética, Humanismo y Sociedad

Patrimonio médico común: Fin primario del médico

La medicina científico-técnica hunde sus orígenes en la antigua Grecia, de cuyo pensamiento se nutre la manera de hacer y entender la medicina actual y la mayor parte de nuestras prácticas profesionales pero, por sobre todo, nuestra tradición ética plasmada y resumida en el juramento hipocrático. En dicho código aparecen explícitamente normas de conducta, preceptos negativos como la negación del aborto o la eutanasia, preceptos positivos como la obligación de guardar el secreto profesional. Reconociendo la importancia de lo señalado, quizás más relevante es la aparición de un principio ético transversal a toda la ética médica: la benevolencia entendida como la búsqueda permanente del beneficio de los enfermos (*"De acuerdo con mi poder y discernimiento llevaré adelante este régimen para beneficio de los enfermos"*). Junto a lo anterior, se plasma la concepción de que la conducta ética del médico no es separable de la conducta ética del hombre que está detrás de la profesión, es decir del hombre que es médico (*"Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro"*).

La benevolencia es una virtud de muy alta jerarquía en la escala de las virtudes morales, tremendamente exigente, y que incluso está por sobre la virtud de la justicia, entendida como el dar a cada uno según le corresponde. La benevolencia avanza más allá y se sitúa muy cerca de la virtud de la caridad (el amor). Hipócrates resume en este primer principio del arte médico el meollo de su escuela; el avance que significó para su tiempo fue notorio: baste recordar que estableció que el médico al procurar su arte no debía hacer diferencias entre hombres libres y esclavos.

La mayoría de los códigos de ética médica modernos han mantenido los principios éticos del Juramento Hipocrático, agregando algunos deberes en relación a problemas de actualidad como lo es la referencia expresa en contra de prácticas dicotómicas (se considera no ético *"pagar o recibir cualquier honorario u otro emolumento con el sólo propósito de obtener un paciente"*, Código de la Asamblea Médica Mundial 1949).

Otros códigos y declaraciones también han reafirmado la concepción que el acto médico es un acto fundamentalmente ético; así, la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial postula que el acto médico es primordialmente un acto humanitario, y que es justamente este servicio a la humanidad lo que constituye "la grandeza de la medicina". En EE.UU., el Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist, American Board of Internal Medicine, ha enfatizado en lo que se podría definir como las virtudes morales que el médico debe poseer para ejercer éticamente su profesión; ellas son virtudes ya destacadas en el Juramento Hipocrático: integridad, respeto, y compasión. En nuestro país, la Declaración de Principios del Colegio Médico

de Chile, en sintonía con la tradición hipocrática, señala que el "decoro, la dignidad, la honestidad y la integridad moral son normas imperativas en la vida del médico, y atributos que el gremio médico estima fundamentales en el ejercicio profesional de sus asociados".

Podemos reconocer entonces, que la tradición ética médica afirma que no es posible separar al hombre médico del médico profesional, y que cada uno de sus preceptos son normas comunes de "integridad" o "probidad moral".

Breves alcances históricos sobre rol del médico en la sociedad

Así como los médicos en la historia se han dado ciertos códigos morales y de conducta, ellos a su vez han sido reconocidos tradicionalmente por la sociedad como profesionales dignos de respeto. Históricamente al médico se le ha considerado un profesional altruista; al respecto, existe una fuerte base histórica, sociológica y antropológica que lo ratifica, pero ello va más allá del objetivo de este apunte. La profesión médica se contaba dentro de las llamadas "profesiones liberales", que junto a la de profesor y abogado tenían en común el ser ejercidas por personas movidas en general por un afán desinteresado, con una motivación superior y dirigidas a ayudar a otras personas.

La sociedad entendía que la salud, la educación y la defensa del prójimo no tenían precio; por esto, la retribución económica para esos profesionales se llamó "honorario", aludiendo el carácter honorífico simbólico del pago, distinguiéndolo del pago de los "asalariados", cuya labor era susceptible de ser medida en términos de eficacia, producción y rentabilidad.

Detrás de estos conceptos está la realidad aún hoy presente, del dejo de molestia que muchos médicos manifiestan al "cobrar" su trabajo y que, contrariamente, muchos pacientes explicitan al dudar de la probidad moral del médico si sus "honorarios" parecen exagerados.

El médico aparece entonces como un profesional digno de respeto, con conciencia social superior, honorable, en suma, digno de confianza dado que en todo lo que él haga se supone estará primero el amor al otro que lo necesita.

Primer principio médico y el problema de los conflictos de intereses

Si seguimos la línea de las reflexiones previas, aparece que la medicina tiene en su génesis una motivación esencialmente ética: la ayuda al prójimo doliente. Surge en el día de hoy, sin embargo, una interrogante: si bien los primeros médicos tuvieron una motivación eminentemente solidaria, ¿tiene que ser esto necesariamente así hoy? En la práctica, muchas veces, vemos médicos movidos más por interés científico, de renombre o económico. Si teniendo alguna de esas motivaciones no se engaña a nadie, ¿porqué sería objetable?, ¿no sería perfectamente legítimo?

Ética, Humanismo y Sociedad

Si bien las motivaciones señaladas son, en términos abstractos y generales legítimas, frente al paciente particular, cada una de esas motivaciones pueden transformarse en ilegítimas si alcanzan preminencia sobre la motivación fundamental: ayudar al enfermo. En consecuencia, la decisión de priorizar la ayuda técnica y humana, por sobre toda otra motivación, no cae dentro de lo electivo para el médico, o con validez sólo para los más bondadosos y desprendidos, sino que es una obligación fundamental. En la medicina, como los griegos explicitaban claramente: “el amor al arte (filotekhné) se encuentra indisolublemente unido por el amor al hombre (filantropía)”.

Cuando justificada o injustificadamente se desdibuja la figura del médico en la sociedad y este asume otros roles, la posibilidad de perder la orientación motivacional primaria aumenta generando confusión y consecuentemente mala resolución de los conflictos de intereses, ya sea voluntariamente o no. Bien conocido es el hecho de que es difícil ser “juez y parte”. ¿Qué pensaríamos de un juez cuyos honorarios dependieran de encontrar culpable o inocente al acusado?

La primera pregunta que se debe hacer entonces un médico es: ¿Cuál es el primer principio de mi acción?, y luego ¿de qué manera estoy comprometido con este principio?; sólo esta manera de abordar la situación otorgará una base sólida para enfrentar y solventar las situaciones de conflicto.

¿Es posible eliminar los conflictos de intereses?

Los conflictos de intereses son inevitables. Surgen de los fines y objetivos propios diversos de los seres humanos y que en sí mismos pueden ser cada uno de ellos lícito. En el caso del médico son muchos los objetivos que pueden conjugarse, tales como el genuino interés de sanar al paciente, saber más de su disciplina, avanzar en su carrera profesional, adquirir prestigio entre sus pares, obtener una retribución económica, etc. La interacción de estas motivaciones puede generar conflictos, por lo que fundamental tener conciencia de ellas; una vez identificadas hay que establecer una adecuada jerarquía, manteniendo sin transar lo que le corresponde primaria e irrenunciablemente a un médico. Para evaluar si una situación conflictiva se está resolviendo adecuadamente es útil preguntarse: ¿Qué estás haciendo? y ¿Por qué lo estás haciendo?

Es útil aclarar que los conflictos de intereses no son siempre externos al médico, sino que pueden surgir desde su propia interioridad. Valga un ejemplo de la práctica cotidiana: un paciente hipotiroideo crónico, estable en su tratamiento, sin otras complicaciones nos pregunta: doctor ¿cuándo debo volver a control?; la respuesta la podemos obtener de la Lex artis (MBE) y en base a ella decir que que debería repetir el control en 1 año, pero podría suceder que el interés de lucro supere al médico y le diga que debe controlarse permanentemente todos los meses.

Con lo ejemplificado vemos que permanentemente se vive en los límites de situaciones conflictivas; el problema no es entonces el conflicto de interés en sí, sino como se resuelve y con que parámetros y orientaciones se hace esa resolución.

Relación médico-paciente-proveedores de bienes médicos

Para ejercer su profesión el médico requiere utilizar herramientas que la ciencia, la industria y los proveedores de productos ofrecen a la medicina.

Aunque el médico es usuario de estos productos su verdadero receptor es el paciente quien los ocupa finalmente para su beneficio. En este rol el médico se transforma en “medio” o vector entre la industria y el paciente.

La mayor parte de las veces, la industria proveedora, para llegar al paciente con fármacos, vacunas, test diagnósticos, dispositivos médicos, equipos de diagnósticos y terapéuticos, etc, necesita al médico y esto pareciera adecuado. Sin embargo, ello genera tensiones; basta ver la molestia que genera el constatar la presión indebida que ejercen los proveedores directamente con los usuarios para que “soliciten” a sus médicos ciertas formas de tratamiento.

Por otro lado, el médico tiene el deber de ofrecer a su paciente las alternativas con mayor evidencia respecto de eficacia, seguridad y relación costo-beneficio. Por lo tanto, la relación entre la medicina y las industrias relacionadas con la salud constituye una realidad necesaria y permite por otra parte que se generen avances diagnósticos y terapéuticos.

En este rol de mediador, el médico debe mantener siempre claro que el dinero que esta administrando no le pertenece y su acción se debe guiar por criterios de eficacia, seguridad y adecuado costo-beneficio.

Un típico conflicto de interés resulta de la recepción por el médico de “regalos” hechos por la industria. A este respecto la evidencia es contundente en mostrar que los profesionales que reciben de la industria farmacéutica bienes personales efectivamente cambian sus conductas de prescripción a favor de ellas. En una revisión de la literatura, Wazana identificó 538 trabajos publicados entre 1994 y 2000 que proporcionaban información sobre este tema y efectuó un estudio focalizado en 29 de ellos. Encontró datos que apoyan los siguientes hechos: 1) Las reuniones con representantes de compañías farmacéuticas están asociadas a solicitudes de incorporación de sus drogas en promoción al arsenal de la farmacia institucional y propenden a aumentar la prescripción médica de ellas; 2) Las actividades de educación continua (AEC) auspiciadas por compañías farmacéuticas focalizan sus contenidos en los fármacos de los auspiciadores, en comparación a otros tipos de AEC; 3) La concurrencia a AEC o la aceptación de fondos para viaje o alojamiento se asocian a incrementos en la prescripción de los fármacos que auspician esos eventos, y 4) La asistencia a presentaciones dadas por representantes de compañías está

Ética, Humanismo y Sociedad

asociada a prescripción irracional de medicamentos. Estos cambios de conducta pueden ser inconscientes, ya que hay evidencia que los seres humanos tendemos a retribuir las atenciones recibidas.

La industria conoce y maneja bien esta tendencia a la reciprocidad, como lo demuestran las grandes inversiones efectuadas en la promoción de sus productos; algunos estudios han mostrado que hasta un 50% del valor final de un fármaco puede corresponder a costos de promoción directa a médicos y sólo hasta un 30% a costos relacionados a la generación científica del producto.

Una revisión ya clásica del tema, publicada en el JAMA, describió que los doctores a menudo aceptan regalos de las compañías farmacéuticas y que ello tiene complejas repercusiones prácticas y éticas. Los regalos cuestan dinero que en último término es aportado por los pacientes, de modo que la sociedad puede cambiar la percepción respecto de la profesión en cuanto a servir el mejor interés de los pacientes. Además, el uso del dinero del paciente para pagar el regalo es injusto y de allí la confianza de él en su médico puede verse amenazada si las prácticas de prescripción son afectadas (como lo intenta la compañía farmacéutica) o cuando la actitud del médico responde al interés propio a expensas del paciente. (Doctors, drug companies and gifts". Chren M-M, Landefeld S, Murray TH. JAMA 1989; 262: 3448).

En la mayor parte de los artículos relacionados a este tema incluyen en la categoría de "regalos" a cualquier aporte "gratuito" de las empresas, incluidos viajes, cursos, alimentación. El problema estriba en el concepto de gratuidad, ya que es diferente la relación que se establece cuando lo que el médico otorga es un trabajo o una asesoría que lícitamente debe ser remunerada. Muchas veces se acepta que esta gratuidad es a cambio de otorgar tiempo o espacio para que la casa farmacéutica pueda ofrecer y mostrar su producto. Parece lícito que la industria quiera dar a conocer sus productos, pero ello debe ser regulado, y desarrollado en un medio ambiental adecuado como puede serlo los grupos o sociedades que organizan instancias de formación continua y que institucionalmente reciben los aportes económicos. La relación directa regalo e individuo médico debiera considerar un tope máximo anual explícito, como lo han sugerido agrupaciones médicas como la AMA y Asocimed (equivalente a US\$ 100), para evitar que dicho pago se transforme en venta de prescripciones médicas, desvirtuando así el fin primario médico.

En relación al "marketing", es necesario que los médicos tengan conciencia que la entrega de información farmacológica por parte de la industria rara vez se justifica. La información sobre las propiedades, eficacia, seguridad y uso de los fármacos se debería obtener a través de publicaciones científicas y textos académicos, mientras que la información sobre disponibilidad y presentaciones del producto puede ser recibida desde los vademécum. La información sobre nuevos fármacos obtenida desde fuentes relacionadas con la industria debiera ser excepcional y siempre corroborada con información emanada de fuentes independientes.

La única manera de compatibilizar estos intereses es manteniendo normas éticas, científicas y técnicas que regulen el accionar médico. Es muy recomendable que dichas normas sean elaboradas por el propio grupo médico para resguardo de los principios enunciados.

En este sentido resulta interesante que la Asociación americana de estudiantes de medicina, que representa a más de 30.000 afiliados, lideró en el año 2003 una campaña que llamó Pharm Free, haciendo un llamado a obtener una vida médica libre de presiones debidas a regalos, comidas, becas, etc. pagados por la industria interesada (Abassi and Smith. 2003. No more free lunches. BMJ; 326 (7400): 1155-1156). Entre las propuestas estaba la de agregar al juramento médico una frase que dijera: "Yo tomo decisiones médicas, juro hacerlas libres de la influencia de la publicidad y las promociones. Yo no aceptaré dinero, regalos y otros obsequios que puedan crear conflictos de interés en mi educación, práctica, docencia o investigación".

Ética de las empresas relacionadas a la salud

La industria farmacéutica y la de artículos y dispositivos médicos tiene una gran relevancia en el avance en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

La *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations* (IFPMA), una agrupación internacional de laboratorios de investigación farmacéutica, de biotecnología y de vacunas (<http://www.ifpma.org>), desarrolló el "Código FIIM de buenas prácticas para la promoción de los medicamentos". Los principios de este Código están basados en que las relaciones con los profesionales médicos "deben ser en beneficio de los pacientes y para mejorar la práctica de la medicina", y "deben ir dirigidas a informar sobre productos proporcionando información científica y formativa y apoyando la investigación y la formación médica". Este código específicamente señala que "no se pueden entregar ni ofrecer contraprestaciones económicas o en especies (incluyendo becas, subvenciones, colaboraciones, contratos de consultoría o de formación o relacionados con el ejercicio profesional) a un profesional sanitario a cambio que prescriba, recomiende, adquiera, dispense o administre productos o de que se comprometa a seguir haciéndolo. Nada podrá ser ofrecido o proporcionado de forma o bajo condiciones que tengan influencia inapropiada en las prácticas de prescripción de un profesional sanitario."

A continuación este código analiza una serie de prácticas, señalando aquéllas que no constituyen una promoción éticamente aceptable. El código establece normas sobre contenidos y forma de la promoción en todos sus formatos. Respecto a los simposios, congresos y otros encuentros con profesionales, limita los objetivos a la entrega de información, y el patrocinio de actividades fuera del país está sujeto a condiciones que aseguren el pago sólo de traslado, alojamiento, manutención y gastos de inscripción.

Ética, Humanismo y Sociedad

Señala que estos eventos deben corresponder a verdaderas actividades científicas internacionales, prohíbe el pago directo a los profesionales, aceptando el pago de gastos de viaje y alojamiento. También admite el pago de honorarios razonables a conferenciantes. Prohíbe cualquier pago relacionado con acompañantes, el uso de instalaciones lujosas y las atenciones sociales. Rechaza la entrega de regalos personales (CDs, DVDs, entradas a espectáculos, artículos electrónicos). Acepta la entrega de artículos de promoción, artículos de utilidad médica o regalos culturales, todos de valor mínimo. Acepta la entrega de muestras de medicamentos dirigidos a mejorar la atención de los pacientes.

Este reciente código ético marca un hito en lo que se refiere al control de los conflictos de interés, los cuales no pocas veces son originados por solicitudes ilícitas de los propios profesionales. Se debe reconocer y apoyar este avance propendiendo a que este tipo de regulaciones alcancen a toda la industria y no sólo a las grandes transnacionales.

Recapitulando

Se ha propuesto que la prueba de la blancura en el campo de la ética de los conflictos de interés sea la respuesta que el propio médico de a la siguiente pregunta: ¿estaría usted dispuesto a que sus pacientes, el público en general y sus alumnos conocieran todas las formas y tipos de relación que usted posee con la industria? La respuesta obviamente señalará si el propio médico siente tener un conflicto de intereses.

Los conflictos de interés son reales, no posibles ni potenciales, y pueden desarrollarse aún ajenos a la conciencia del médico. Las técnicas de mercadeo avanzan más rápido que lo que habitualmente va nuestra mente; existen datos fidedignos mostrando que las prescripciones de fármacos cambian con cada una de las intervenciones que las empresas realizan, de lo que muchos médicos no tienen conciencia.

En resumen debemos asumir que las preguntas éticas son personales e interpelan a nuestro rol primario como médicos: Tú que dices que tu principal interés es el paciente, ¿Qué estás haciendo?, ¿porqué lo estás haciendo? y ¿cómo lo estás haciendo?

Referencias

1. Steinbrook R. 2009. Controlling Conflict of Interest: proposals from the Institute of Medicine. *NEJM* 360: 2160-2163.
2. World Medical Association International Code of Medical Ethics Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.
3. Declaración de Ginebra adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.
4. Krevans J, Benson J. 1983. Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist. *Ann Intern Med* 99: 720-724.
5. Código de Ética, Colegio Médico de Chile.
6. Wazana A. 2000. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 283: 373-380.
7. Blumenthal D. 2004 Doctors and drug companies. *N Engl J Med* 351: 1885-1890.
8. Caudill TS, Johnson MS, Rich EC, McKinney WP. 1996. Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 5: 201-206.
9. Chren M-M, Landefeld S, Murray TH. 1989. Doctors, drug companies and gifts". *JAMA* 262: 3448-3451.
10. American Association of Medical Colleges. Report of the AAMC Task Force on Industry Funding of Medical Education to the AAMC Executive Council. 2008. <http://www.aamc.org/research/coi/industryfunding.pdf>
11. 2005. Sociedades Médicas Científicas Miembros de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile. *Rev Med Chile* 133: 607-608.
12. Rothman DJ, McDonald WJ, Berkowitz CD, et al. 2009. Professional Medical Associations and their relationships with industry. A proposal for controlling conflict of interest. *JAMA* 301: 1367-1372.
13. Abassi, Smith. 2003. No more free lunches. *BMJ*; 326 (7400): 1155-1156.
14. Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, et al. 2006. Health industry practices that create conflicts of interest: A policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 295: 429-433.
15. Federación Internacional de la Industria del Medicamento. 2006. Código FIIM de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos, FPMA Member Companies: Abbott Laboratories, Almirall-Prodesfarma, Astellas Pharma, AstraZeneca, Bayer Healthcare, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Chugai Pharmaceutical, Daiichi-Sankyo, Eisai, Eli Lilly, Esteve F, Hoffmann-La Roche, Glaxo Smith Kline, Merck & Co, Merck KgaA, Menarini, Novartis, Piramal Healthcare, Pfizer, Sanofi-Aventis, Schering-Plough, Servier I.R.I.S., Sigma-Tau Takeda Pharmaceutical, Wyeth. (<http://www.ifpma.org>).