

ESTUDIO ETOLÓGICO EXPLORATORIO SOBRE LA DINÁMICA DE LA RELACIÓN ENTRE MÉDICOS Y REPRESENTANTES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Chimonas S, Brennan TA, Rothman DJ. Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. J Gen Intern Med. 2007 Feb;22(2):184-90.

ANTECEDENTES: Las interacciones entre médicos y representantes de medicamentos son comunes, a pesar de que las investigaciones muestran que los médicos entienden el conflicto de intereses entre el marketing y la atención al paciente. Sin embargo, se sabe poco sobre cómo los médicos resuelven esta contradicción.

OBJETIVO: Determinar las técnicas que utilizan los médicos para manejar las inconsistencias cognitivas en sus relaciones con los representantes de medicamentos.

DISEÑO, ESCENARIO Y PARTICIPANTES: Seis grupos focales con 32 médicos académicos y comunitarios en San Diego, Atlanta y Chicago.

MEDIDAS: Análisis cualitativo de las transcripciones de grupos focales para determinar las actitudes de los médicos en su conflicto de intereses con los representantes de medicamentos, sus creencias sobre la calidad de información que éstos les transmiten y el impacto que esto tiene en la prescripción. Asimismo, se mide la resolución de su conflicto entre la atención al paciente y el deseo de vender de los representantes.

RESULTADOS: Los médicos entendían el concepto de conflicto de intereses y lo aplicaron a las relaciones con los representantes. Sin embargo, mantuvieron opiniones favorables sobre el intercambio entre médico y representante. Sosteniendo estas actitudes mutuamente contradictorias, los médicos estaban en una posición de disonancia cognitiva. Para resolver la disonancia, utilizaban una serie de negaciones y racionalizaciones: a) evitaban pensar en el conflicto de intereses; b) no estaban de acuerdo en que sus relaciones con la industria afectasen su comportamiento médico; c) negaban la responsabilidad del problema; d) enumeraban las técnicas para permanecer imparciales; y e) racionalizaban argumentando que las reuniones con los representantes eran educativas y beneficiaban a los pacientes.

CONCLUSIONES: Aunque los médicos comprenden el concepto de conflicto de intereses, sus relaciones con los representantes establecen dinámicas psicológicas que influyen en su razonamiento. Nuestros hallazgos sugieren que los códigos voluntarios, como los propuestos por la mayoría de las sociedades médicas más importantes, no son suficientes. Puede que sólo sea efectiva la prohibición de las interacciones médico-representante.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más apremiantes en la atención de salud estadounidense es el conflicto de intereses. La medicina es ahora una industria de 2 billones de dólares (2×10^{12}) y los conflictos surgen con frecuencia cuando los intereses o compromisos de los médicos comprometen la independencia de sus juicios o su lealtad hacia los pacientes (1). Las estructuras financieras en los cuidados administrados crean posibles conflictos entre el deseo de los médicos de maximizar sus ingresos y los intereses del paciente (2). Los investigadores financiados por la industria se enfrentan a “una demanda implícita de un apoyo positivo para obtener más apoyo financiero” (3).

Entre los conflictos de interés más prevalentes se encuentran los que surgen de las interacciones de los médicos con los representantes de las compañías farmacéuticas. Las compañías farmacéuticas emplean a cerca de 90.000 representantes gastan más de 7 mil millones de dólares anuales para promocionar comercialmente sus productos a los médicos, promediando 15.000 dólares por médico (4). Las decisiones al prescribir pueden entrar en conflicto por los regalos, comidas, viajes y otros beneficios. Debido a que las interacciones

médico-representante sesgan la toma de decisiones médicas, socavan la confianza pública y aumentan los costos de atención médica (5-10), la profesión médica está ahora bajo una presión sin precedentes para “reconocer, declarar los conflictos de intereses a la población y abordarlos” (11).

Buscamos investigar hasta qué punto los médicos “reconocen, revelan y tratan” los conflictos de intereses en las interacciones con los representantes. Utilizamos grupos focales para explorar las creencias de los médicos acerca de estas interacciones, y sus técnicas para manejar los conflictos entre el cuidado del paciente y marketing. Luego consideramos las implicaciones de nuestros hallazgos para las políticas de gestión de los conflictos de intereses.

ACTITUDES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS REPRESENTANTES DE MEDICAMENTOS

Aunque la investigación anterior de la encuesta ha cuantificado las actitudes de los médicos hacia los representantes, permanecen desconcertantes contradicciones e incongruencias. Las encuestas indican que los médicos generalmente consideran que las interacciones con los representantes son educativas y profesionalmente apropiadas (12,13). Sin embargo, los médicos también informan que el representante proporciona información sesgada y puede comprometer la objetividad (14-18). La mayoría de los médicos afirman que sus colegas son susceptibles a la influencia de la industria, pero ellos se sienten personalmente invulnerables. En un estudio, el 61% de los residentes consideró que las interacciones con los representantes farmacéuticos no alteraban su propio comportamiento, pero que al 84% de sus colegas sí les afectaba (19). Otro estudio encontró que el 75% de los médicos en ejercicio creía que el marketing farmacéutico afecta a la prescripción de los residentes, pero sólo el 49% de los residentes estaba de acuerdo (18).

Las inconsistencias también impregnan las actitudes de los médicos hacia los regalos de los representantes. La mayoría generalmente aprueba los regalos y cree que aceptarlos es apropiado porque aprenden sobre los nuevos productos (18). Sin embargo, los médicos no quieren que se hagan públicos los regalos que reciben (20), y reconocen que los regalos pueden comprometer la objetividad (16).

Estas encuestas identifican un marcado contraste entre la conciencia de los médicos de los efectos negativos de los representantes, y, simultáneamente, su aprobación de las relaciones. Para analizar cómo los médicos resuelven esta contradicción y explorar las implicaciones políticas, llevamos a cabo un estudio de una serie de grupos focales. Esta metodología se seleccionó no para cuantificar la distribución de las actitudes de los médicos, sino para ir más allá de las encuestas, a fin de poder investigar en profundidad el razonamiento de los médicos. Los grupos focales ofrecieron un excelente formato para explorar cómo los médicos manejaban el conflicto inherente entre el deseo del fabricante de vender un producto y su propio compromiso con la integridad científica y el cuidado del paciente.

Nuestra hipótesis era que los médicos podrían utilizar algunos de los mismos mecanismos psicológicos identificados por la teoría de la disonancia cognitiva. Nuestra investigación apoya esa hipótesis. Nuestros hallazgos también sugieren que los médicos tienen tantas maneras de justificar sus relaciones con los representantes que las políticas de conflictos de intereses basadas en el autocontrol tienen una baja probabilidad de éxito.

DISONANCIA COGNITIVA

El concepto de “disonancia cognitiva” fue originario de Leon Festinger. Tras infiltrarse en una secta que creía que una inundación destruiría la Tierra el 21 de diciembre de 1954, Festinger analizó las reacciones después de que no ocurriera la inundación. Y averiguó que cuanto más dedicados al culto estaban los miembros, más probable era que éstos reinterpretaran los hechos reales en el sentido de afirmar sus creencias. Si bien los miembros

marginales tendieron a reconocer su error y abandonar el culto, el comité de miembros insistió en que sus creencias habían sido correctas, pues según ellos “su fidelidad fue la que evitó la inundación” (21).

A partir de esas observaciones y de experimentos posteriores, Festinger propuso que la gente prefiere sus creencias de modo que sean coherentes entre sí. Cuando las cogniciones de un individuo son disonantes (es decir, cuando se da cuenta de que está haciendo cosas y defendiendo opiniones que no se adaptan a la imagen que tiene de sí mismo), entonces experimenta una molestia e intenta reducir la disonancia. Cuanto mayor sea la disonancia, más grande es el esfuerzo. Si bien la disonancia puede ocurrir cuando dos o más cogniciones están en conflicto, es más fuerte cuando se refiere a la imagen que el sujeto tiene de sí mismo, especialmente en su moralidad y su competencia (22).

Los médicos se enfrentan a la disonancia interaccionando con los representantes de la industria farmacéutica porque saben que tales encuentros se hacen para influir en su prescripción en favor de la industria que financia. Reconocen que tales relaciones pueden comprometer la práctica médica y que hay regulaciones que se promulgan para intentar este hecho problemático. Debido a que esas relaciones minan potencialmente la identidad moral de los médicos como altruistas practicantes y fiduciarios de los pacientes, los médicos deben estar fuertemente motivados para resolver la disonancia.

Los grupos focales del estudio de Susan Chimonas y colaboradores sondearon primeramente la conciencia de los médicos en sus conflictos de intereses al interaccionar con los representantes y luego exploraron los medios que utilizaban para manejar su disonancia.

MÉTODOS

En junio de 2004, utilizando técnicas estándar (23), un moderador capacitado dirigió 6 sesiones de 60 minutos, siguiendo detalladas guías de discusión elaboradas por los autores (disponible en www.imapny.org). Una empresa de investigación de mercado reclutó a los sujetos de una base de datos de individuos que habían expresado anteriormente su interés en participar en grupos focales. El propósito identificado en la invitación para la participación era discutir “las interacciones entre los médicos y la industria farmacéutica”. Se excluyó a los médicos que tenían una relación directa con empleados en los medios de comunicación o las industrias de salud. Se grabaron todas las sesiones en audio.

Para capturar las posibles variaciones por región geográfica y especialidad médica, se realizaron grupos separados con médicos de atención primaria y especialistas en San Diego, Atlanta y Chicago. Los grupos tuvieron un promedio de 5 participantes (el rango fue de 4 a 7). El tamaño del grupo reflejó el principio de que los grupos de trabajo funcionan mejor cuando los participantes están interesados en el tema y cuando el investigador desea tener un fuerte sentido de la reacción de cada participante (23). Las juntas institucionales de revisión en el Centro Médico de la Universidad de Columbia y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard aprobaron el estudio, y los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Participaron 32 médicos académicos y comunitarios: 18 de atención primaria y 14 de otras especialidades. Las otras especialidades incluían cirugía torácica, hematología, oncología, cardiología, infectología, urología, ortopedia, gastroenterología, neumología y geriatría. La mayoría (59%) ejercía la medicina privada, y más de dos tercios (69%) había ejercido durante más de 10 años. El ochenta y cuatro por ciento eran varones (Tabla 1).

Tabla 1: Características de los participantes en los grupos focales			
	Atención primaria (n = 198)	Otras especialidades (n = 14)	Todos los médicos (n = 32)
Nº (%) varones	16 (89%)	11 (79%)	27 (84%)
Nº (%) de ejercicio			
1-10 años	5 (28%)	5 (36%)	10 (31%)
11-20 años	8 (44%)	6 (43%)	14 (44%)
Más de 20 años	5 (28%)	3 (21%)	8 (25%)
Nº (%) medicina privada	11 (61%)	8 (57%)	19 (59%)

Los grupos de discusión se abrieron discutiendo el término “conflicto de intereses”. Se pidió a los participantes que definieran el término y discutieran si les concernía a ellos, a sus colegas o a sus pacientes. Se pidió a los participantes que compartieran sus experiencias personales sobre los conflictos. El moderador introdujo entonces una situación hipotética:

-Es común que los representantes de las compañías farmacéuticas pasen tiempo hablando con los médicos para promover los productos de su empresa. En estas reuniones, el médico puede recibir un regalo del representante, algo modesto como una pluma o un bloc de notas, o algo más sustancial, como una comida en un restaurante de lujo, entradas para un evento deportivo, o un viaje a una estación de esquí.

El moderador preguntó si los participantes tenían sentimientos positivos o negativos sobre la situación, si la habían experimentado personalmente y si les suponía un conflicto de intereses. El moderador preguntó si el valor del regalo era relevante. Para calibrar aún más las actitudes, el moderador les preguntó sobre sus reacciones sobre un estudio que demuestra que las relaciones con la industria farmacéutica influyen en el comportamiento del médico.

Dos investigadores (SC y DJR) observaron las sesiones. Un investigador (SC) y un asistente de investigación revisaron las cintas de audio transcritas para identificar los temas principales. Las transcripciones fueron codificadas manualmente por la presencia de cada tema (comprensión del conflicto de intereses, actitudes hacia los representantes de drogas y respuestas a los resultados de la investigación). Las diferencias de opinión en el proceso de codificación fueron discutidas y resueltas. Debido a que los métodos de grupo focal son apropiados para evaluar las similitudes pero no las diferencias entre los participantes, sólo se analizaron los temas que aparecieron en los 6 grupos de discusión.

RESULTADOS

A) RECONOCIENDO LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Emergió rápidamente la contradicción entre la aceptación de los visitantes médicos por parte de los médicos participantes y su conciencia del conflicto de intereses inherente. Las definiciones de trabajo del concepto sobre el conflicto de intereses aparecieron fácilmente:

-En el contexto médico, obviamente, usted es el fiduciario o persona que actúa en interés del paciente, y si usted está haciendo algo por su propio interés económico, entonces eso no es en lo mejor para el interés del paciente. Si actúa así, hay un conflicto de intereses.

-El conflicto de intereses surge al suplantar “lo que es mejor para el paciente” por factores externos, que pueden ser monetarios, prejuicios, personales, cualquiera que sea. Pero cualquier factor externo que retrase o modifique lo que usted hace, no es lo mejor para el paciente.

Los participantes tomaron sus ejemplos, de manera espontánea y en ocasiones repetidas, desde su gestión de atención sanitaria (planes de salud prepago o capitativo) y

describieron esos conflictos en términos personales. Y expresaron sus preocupaciones acerca de cómo ellos y la profesión estaban inevitablemente atrapados en esos conflictos:

-Todos estamos en conflicto. Antes de la atención médica administrada ... nos beneficiábamos de las prescripciones y órdenes que hacíamos. Cuanto más prescribíamos u ordenábamos más facturábamos, y esto era como un pago a escala de tarifa por servicio. Nos aprovechábamos desde esa estructura... Al llegar posteriormente la capitación (pago per cápita) y la atención médica administrada, lo que ocurrió fue lo contrario. Cuanto menos hacíamos, más conseguíamos. Esto es inherente en nuestro sector

Los médicos realmente reconocieron que el problema con los representantes de la industria farmacéutica era relevante:

-Los representantes nos dan bolígrafos y almohadillas porque quieren ventas.

-Estas cosas pueden ser una forma de pago de comisiones.

B) ACOGIENDO CON BENEPLÁCITO LAS INTERACCIONES CON LOS REPRESENTANTES

El reconocimiento del conflicto de intereses no inhibía las interacciones de los médicos con los representantes de la industria farmacéutica. Los médicos acogían con beneplácito las interacciones, describiendo a los representantes como agradables, amigables, y útiles, no como calculadores comerciantes. *“Es agradable tener una agradable relación”, y “Es agradable ver a esa gente constantemente”.*

Los participantes también explicaron que a ellos les gustaba recibir regalos y lamentaban que estos regalos se hubieran convertido en más “modestos” (24):

-Seré honesto, echo de menos recibir entradas para acontecimientos deportivos.

-Ahora básicamente sólo es material educativo. He oído de algunos juegos de golf ... pero es predominantemente material educativo. Creo que [las autoridades sanitarias] están tomando algunas medidas duras y haciendo políticas más estrictas... La edad de oro para los médicos se ha ido [risas].

Los esfuerzos para la regulación irritaban a los médicos participantes. Lamentaban las limitaciones sobre el entretenimiento y los otros regalos de uso personal recomendados por la asociación de las industrias farmacéuticas (Investigadores y Productores Farmacéuticos de América, PhRMA) y aprobada por la Oficina del Inspector General de Servicios de Salud Humana (25,26):

-Las reglas son ahora muy estrictas.

-Aún estamos recibiendo cenas y lápices y bolígrafos y cosas por el estilo. Mucho menos de lo que solía ser... Yo creo que el Código PhRMA no es aún demasiado estricto.

Los médicos objetaron muy particularmente la exclusión de sus cónyuges en el patrocinio de eventos por la industria farmacéutica:

-No está permitido traer a las cenas a nuestros seres queridos ... Creo que es ridículo, insultante ... no poder pasar una hora o dos con nuestras esposas mientras nosotros estamos recibiendo una educación.

Los participantes insistieron en que esta restricción era injusta e innecesaria.

Un médico se refería al Código PhRMA como “el Código Loco”.

EL MANEJO DE LA DISONANCIA COGNITIVA

La teoría de la disonancia cognitiva es un marco útil para la comprensión de la naturaleza contradictoria del razonamiento médico. Cuando una cognición nueva entra en conflicto con una cognición previa, se produce una disonancia, desde incómoda a insoportable. La teoría especifica 3 métodos, no mutuamente excluyentes, con los que la gente reduce la disonancia, para alcanzar una consonancia (22):

1) **Eliminar la disonancia**, modificando el comportamiento conforme con la cognición nueva.

2) Racionalización, buscando información adicional que confirme la cognición o creencia previa, para mantener el comportamiento conforme con la cognición o creencia previa.

3) Negación, al olvidar o rechazar la implicación de uno o más de los elementos en conflicto.

La primera opción es a menudo difícil o dolorosa: Requiere abandonar una conducta placentera o una creencia mantenida estrechamente, tras tener sentimientos de necesidad, remordimiento o inmoralidad. Las otras dos opciones a menudo funcionan bien: La mayoría de la gente “es suficientemente lista para llegar a hipótesis *ad hoc* o racionalizaciones para salvar las nociones deseadas”, o simplemente niega la existencia de la contradicción (27).

La primera opción, de **eliminar la disonancia**, requeriría que los médicos no interactuasen con los representantes de la industria farmacéutica. Ningún participante de nuestros grupos focales informó que rehuyera a los representantes; en su lugar ellos proporcionaron una variedad de **racionalizaciones** y **negaciones**, a menudo contradictorias, aunque sin hacer comentarios sobre sus inconsistencias lógicas.

A) IGNORANDO ESTE PROBLEMA

Los participantes declararon que raramente pensaban sobre el conflicto de intereses, aunque en ocasiones pudieran discutirlo con sus colegas cercanos:

-Generalmente esto no es algo de lo que termines hablando.

-Yo no creo que este sea un gran [tema] de discusión con la gente [colegas], sin saber muy bien con quién se está hablando. Si tú estás diciendo que es algo erróneo o haciendo que los colegas piensen que hacen cosas que no deben hacer.

También informaban que dedicaban poco tiempo a considerar cómo resolver mejor sus conflictos.

B) EVITANDO LA RESPONSABILIDAD

Si los médicos tenían relaciones con compañías farmacéuticas, negaban su responsabilidad en los conflictos de intereses describiendo el origen de las causas como externas a ellos:

-Siempre hay un conflicto de interés, cada vez que decides hacer una prueba hay un conflicto de interés... Cada vez que lo haces tú vas a recibir un beneficio de ello. Hay un conflicto de interés los procedimientos.

-Yo poseo acciones en la mayor compañía farmacéutica. Y yo prescribo sus productos. ¿Esto es un conflicto de interés?... Tú no puedes dejar de prescribir medicamentos de Pfizer. Hoy todo es propiedad de Pfizer. Pero ésta es mi forma de decirte que esto [sucede] en todos los niveles.

De un modo similar, los participantes abordaron sus conflictos de estar implicados con los representantes de la industria a través de términos impersonales. El pronombre “nosotros” y “yo” (que frecuentemente aparece en sus discusiones de manejo de los conflictos de intereses), se cambian pronombres más distantes, como “ellos” y “les/los (a ellos)”.

-Es obviamente un problema en medicina donde, por ejemplo, la relación de un médico con una industria farmacéutica puede influenciarle para utilizar esos medicamentos.

-La aceptación [de regalos] es un conflicto de interés relativo, ya que les cuesta el dinero a las empresas farmacéuticas, y esto se añade al coste de la medicación para el paciente.

C) ENFATIZANDO LOS BENEFICIOS

Los médicos enfatizaron los aspectos educativos de su relación con los representantes de la industria. Ellos afirmaban en repetidas ocasiones que su primordial propósito era el intercambio de información médica.

-Yo no creo que esto sea un conflicto de intereses. Esto es una forma de darnos información de su producto.

-Los representantes sólo te hablan de su producto y así tú te lo aprendes. Muchas de las cosas que yo conozco sobre los nuevos medicamentos las he aprendido de los representantes farmacéuticos.

Los médicos también explicaban que los representantes proporcionaban muestras de medicamentos. Aunque admitían que las muestras afectaban a su prescripción, enfatizaban los beneficios para los pacientes:

-A veces tú tiendes a devolver un favor cuando consigues un lote de muestras de medicamentos pensando en un paciente que tiene que pagarlo de su bolsillo. Tiendes a prescribir un poco más porque los representantes volverán a entregarte más muestras.

-Yo estoy más influenciado al tener suficientes medicamentos para dar algunos a mis pacientes, porque así pueden probarlos y comprobar cuál es efectivo dentro de los de su clase.

Los médicos añadieron que las muestras fortalecían las relaciones con sus pacientes, tanto asegurados como no asegurados.

D) DESESTIMANDO LOS DAÑOS

Los médicos negaron estar influenciados por las representantes de la industria farmacéutica.

-Yo sólo prescribo la medicación que es mejor para el paciente.

-Ejerces la medicina de una manera ética... Aceptas las ventajas que se te ofrecen, pero personalmente esto nunca produce ninguna diferencia en lo que yo hago o no hago.

-Nosotros obtenemos las comidas, el personal del staff puede disfrutarlo, pero yo no he visto que esto les influya [a los médicos].

Los médicos pasaron a identificar estrategias para permanecer imparciales. Muy a menudo describían que tomaban la información de los representantes “con reservas”.

-Yo tomo mucho de esto con reservas, porque cuando se presenta la información siempre va para su mejor interés [de los representantes farmacéuticos].

-Los representantes intentan [proporcionar] educación sesgada.

-El 99% de lo que te dicen los representantes es propaganda. No me importa escuchar su información sesgada. Yo sólo la tomo con las adecuadas reservas.

El argumento de las “reservas” parece contradecir las afirmaciones de que los intercambios con los representantes eran educacionales, pero los médicos frecuentemente expresaban esas dos posiciones contradictorias simultáneamente. A pesar del “sesgo” y de la “propaganda”, los médicos aceptaban la información “educacional” de los representantes y confiaban en su autoeficacia para evaluar las afirmaciones de los representantes.

Algunos médicos insistían en que el recibir la información desde varias compañías farmacéuticas competidoras les protegía contra los sesgos:

-Un subgrupo terapéutico tiene cinco medicamentos, [así] cinco representantes van a contártelo. No es lo mismo que venga un representante y que esto sea [todo lo que escuchas]... Así, los cinco vienen. Nosotros aprendemos de los cinco productos y pensamos sobre los pros y cuál es el mejor para los pacientes.

Algunos médicos reconocieron que la relación con los representantes de la industria influía en su prescripción:

-Los representantes te tienen porque te dan las muestras, que tú ya has entregado a pacientes y que inicias con otro.

-Las compañías farmacéuticas las distribuyen por una razón... ellos desean que tú te vayas acostumbrando a la medicación. Desean incrustártelo en tu mente.

Sin embargo, los médicos insistían en que tales comportamientos no tenían un impacto negativo en la atención del paciente, porque la influencia ocurría sólo cuando los productos eran iguales:

-Por qué no [prescribir los medicamentos de los representantes], ya que son dos medicamentos iguales, y tú estás siendo agradable y útil al personal de la empresa y aún más que eso... Yo no estoy dañando a mi paciente. Estoy usando tu medicamento porque tú eres más agradable. ¿Qué hay de malo en esto? Pienso que no hay ningún conflicto de intereses.

-[Observo] dos medicamentos muy similares del formulario. Si yo tengo un representante muy agradable, y sé que una vez yo fui invitado a un restaurante agradable que yo no puedo permitirme, probablemente prescribiré [los medicamentos de la compañía], pero esto es de tan poca importancia, quiero decir, que lo que tiendo a hacer es prescribir todo lo que está en el vademécum de la compañía.

E) RESPUESTAS DE LOS MÉDICOS A LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El moderador presentó a los médicos cuáles eran los resultados de un bien conocido estudio [de Wazana]:

-Las reuniones de los médicos con los representantes se asociaron con peticiones de éstos a esos médicos para que añadieran sus medicamentos al formulario del hospital y para cambios en su prescripción. La formación médica continuada financiada por las compañías farmacéuticas preferentemente destacaba los medicamentos del financiador cuando se comparaban con otros programas de formación médica continuada [no financiados por la industria]. El acudir invitado [por la industria] a una formación médica continuada y el recibir financiación para viajes y matrículas en simposios educativos se asoció con un incremento de las tasas de prescripción de la medicación de la compañía financiadora. El acudir a las presentaciones dadas por los conferenciantes pagados por la industria farmacéutica, estaba también asociado con prescripciones no racionales.

Unos pocos médicos aceptaron estos resultados en su estricto valor, narrando cómo **otros** médicos estaban influenciados:

-Estoy [en] el Comité del Formulario en mi hospital, y cada vez que nos reunimos, tenemos solicitudes de nuevos fármacos. Y sabemos que los representantes de fármacos van al médico con una solicitud que éste firma y envía a la Comisión del Formulario. Y ellos lo hacen continuamente.

-Ahí es donde el conflicto se produce, [Los fármacos] son todos iguales. Hay médicos que, si han ganado y cenado, van a prescribir más allá de la lealtad.

La mayoría de los participantes, sin embargo, cuestionó el estudio de Wazana. Algunos aceptaron superficialmente los resultados, y proporcionaron sus propias interpretaciones positivas de los datos. Los médicos, por ejemplo, estaban aplicando el nuevo conocimiento que habían obtenido:

-¿Por qué debería ser un conflicto de intereses sólo porque los médicos acudan a las reuniones y recuerden un producto y lo utilicen?

-Si yo voy y enseño algo sobre [un fármaco], y él lo utiliza, ¿es esto necesariamente una cosa mala? O si yo aprendo porque voy a su conferencia... por el amor de Dios, ¿es malo que yo ahora lo prescriba?

Otros argumentaban que la prescripción de los nuevos fármacos recomendados por los representantes de la industria sirve para un proceso científico o terapéutico; como si los médicos analizaran competentemente la eficacia de los nuevos fármacos:

-En mi opinión, tienes que ver cómo funcionan los fármacos. Esto no es un conflicto de intereses.

-Ves un anuncio en televisión de un nuevo producto similar. ¿Deberías probarlo y ver si es mejor que otro que ya usas? De esta forma se producen ventas, pero si este [fármaco] no es bueno, o si es peor, las ventas caerán.

Los médicos razonaban otra vez que no suponía ningún daño, porque los fármacos prescritos eran seguros y efectivos:

-El que acudas a una reunión patrocinada por una compañía farmacéutica no significa que el fármaco no sea realmente bueno y efectivo.

-No es necesariamente malo si vas a una Formación Médica Continuada de Lipitor y prescribas un poco más de Lipitor a expensas de Zocor [otro competidor]. Esto no es malo. Sí, influye en la prescripción, pero esto no es malo... [Los fármacos son] todos buenos.

En esencia, los médicos pasaban por alto el conflicto y citaban la eficacia general de los fármacos autorizados. Algunos insistían en que no existe conflicto de intereses siempre y cuando los médicos no hagan daño al paciente a sabiendas:

-Sería conflicto de intereses si yo uso el fármaco y sé que no funciona, y aún así continuó ensayándolo.

-[El problema sería] algo que influyera en la prescripción con desventaja para el paciente, y sabes que supone una desventaja para el paciente... Lo sabes y lo haces de todos modos.

En resumen, los médicos ofrecían análisis alternativos que minimizaban las implicaciones del estudio. Ninguno cuestionó el coste o la eficacia en relación a otras opciones.

DISCUSIÓN: IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Las inconsistencias cognitivas impregnaron las discusiones de los grupos focales. Aunque los médicos reconocían los inherentes conflictos de intereses, defendían sus interacciones con los representantes de medicamentos. Los médicos invocaban una variedad de mecanismos para resolver la aparente disonancia: a) evitaban reconocer el problema y su participación en él; b) justificaban las interacciones no sólo como inofensivas, sino también beneficiosas; y cuando se enfrentaban con pruebas en contrario, reinterpretaban los datos para mantener sus creencias.

La mayoría de las organizaciones médicas, incluyendo la Asociación Médica Americana (24) y el Colegio Americano de Médicos (28), han respaldado pautas voluntarias similares al Código de la APhRMA, pero prohíben solamente las prácticas más flagrantes, tales como regalos con “cláusulas” explícitas, y no la vigilancia o la aplicación de la ley (29). Consideradas las actitudes de los médicos, incluso estas normas mínimas no tienen probabilidades de tener éxito, ni es probable que sea suficiente la Formación Médica formal (30). La comunicación de datos, ya sea a través de boletines médicos o “crítica de la propaganda de los Laboratorios”, es importante pero insuficiente para compensar las actitudes predominantes y las prácticas. Un estudio longitudinal informó que, a pesar de una intervención educativa, las actitudes de los residentes hacia los representantes se hacían más positivas con la interacción continua (31).

Dadas las técnicas de los médicos para manejar la disonancia, parece que sólo será eficaz la prohibición de las interacciones médico-representantes (29). Esta posición está ganando popularidad ahora. Algunas HMO (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), incluyendo Kaiser Permanent, y un número creciente de centros médicos están restringiendo el acceso de los representantes al personal sanitario y están ideando estrategias para controlar los conflictos de intereses (29,32).

La regulación gubernamental también está aumentando. La Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos aprobó el Código PhRMA en 2003 y, yendo más allá, ahora requiere que las empresas farmacéuticas separen los subsidios para Formación Médica de sus departamentos de ventas y marketing (26). A nivel de Estado, California establece un límite anual en regalos por médico individual (33). Vermont, Maine, Minnesota, West Virginia y el Distrito de Columbia requieren que las compañías farmacéuticas informen sobre los regalos y pagos a los proveedores de atención médica (34,35). Michigan, Nevada, New Jersey, Nueva York y Washington están considerando proyectos similares, y Maryland y Connecticut están contemplando prohibir todos los regalos (36).

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Participaron 32 médicos en 3 áreas geográficas, lo que puede limitar la generalización de nuestro análisis. Los métodos cualitativos no permiten determinar la proporción de médicos que tenían una actitud determinada. Sin embargo, los temas informados se repitieron en todos los grupos focales, aumentando la probabilidad de que reflejen con precisión las actitudes generales de los médicos. Los participantes también pueden haber subestimado e insuficientemente informado sus interacciones con los representantes de medicamentos (pero tal sesgo reforzaría nuestros hallazgos).

Finalmente, sería preferible que individualmente los médicos, conscientes de los principios del profesionalismo médico, redujeran o eliminaran las interacciones con los representantes de medicamentos. Sin embargo, nuestros hallazgos sugieren que las técnicas de los médicos para manejar la disonancia cognitiva hacen que esta perspectiva sea poco probable. Debido a que los médicos no son propensos a autocontrolarse, crece la probabilidad de que serán controlados por otros.

Declaración de potenciales conflictos de intereses: Los investigadores declararon no tenerlos.

REFERENCIAS

1. Rodwin MA. Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflict of Interest. Oxford: Oxford University Press; 1993.
2. Murray T. Conflict of interest in the professions. N Engl J Med. 2002; 346:1835-6.
3. Dana J, Lowenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. JAMA. 2003;290(2):252-5.
4. Consumers Union, Requiring Drug Companies to Disclose Marketing Expenditures to Physicians. Available at http://www.consumersunion.org/campaigns/learn_more/0018I3indiv.html. Accessed April 2, 2006
5. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? JAMA. 2000;283:373-80.
6. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does the literature say? Can Med Assoc J. 1993;149:1401-7.
7. Pear R. Drug industry is told to stop gifts to doctors. The New York Times. October 1, 2002:A1.
8. Chimonas S, Rothman DJ. New federal guidelines for physicianpharmaceutical industry relations: the politics of policy formation. Health Aff. 2005;24,4:949-60.
9. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Financial conflicts of interest in physician relationships with the pharmaceutical industry: Self-regulation in the shadow of federal prosecution. N Engl J Med. 2004;351:1891-1900.
10. Anderson T. "Drug launches and the impact of pharmaceutical promotion on physician treatment decisions". Report presented at Prudential Financial/ImpactRx Joint Industry Conference. Omni Berkshire Place. New York, NY. June 20, 2003. Available at http://www.impactni.com/pdfs/Prudential_Financial_ImpactRx_Joint_Industry_Conference.pdf. Accessed August 23, 2005.
11. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136:243-46.
12. Brett AS, Burr W, Moloo J. Are gifts from pharmaceutical companies ethically problematic? A survey of physicians. Arch Intern Med. 2003;163:2213-18.
13. Reeder M, Dougherty J, White L. Pharmaceutical representatives and emergency medicine residents: a national survey. Ann Emerg Med. 1993;22:1593-6.
14. Hodges B. interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns, and clerks. Can Med Assoc J. 1995;153:553-9.
15. Sergeant M, Hodgetts P, Godwin M, Walker D, McHenry P. Interactions with the pharmaceutical industry: a survey of family medicine residents in Ontario. Can Med Assoc J. 1996; 155; 1243-8.
16. McKinney WP, Sehiedermayer DL, Lurie N, Simpson DE, Goodman JL, Rich EC. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. JAMA. 1990;264:1693-7.
17. Banks J, Mainous A. Attitudes of medical school faculty toward gifts from the pharmaceutical industry. Acad Med. 1992;67:610-12.
18. Keim S, Sanders A, Witzke D, Dyne P, Fulginiti J. Beliefs and practices of emergency medicine faculty and residents regarding professional interactions with the biomedical industry. Ann Emerg Med. 1993;22;1576-81.
19. Steinman M, Shlipak M, McPhee S. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine house staff toward pharmaceutical industry promotions. Am J Med. 2001;110:551-7.
20. Madhavan S, Amonkar M, Elliott D, Burke K, Gore P. The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. J Clin Pharm Ther. 1997;22:207-15.
21. Festinger L, Riecken H, Sehaehter S. When Prophecy Fails. Minneapolis, MN: Lund Press; 1956.
22. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
23. Morgan D. Focus Groups as Qualitative Research, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
24. American Medical Association. "Gifts to physicians from industry ". JAMA 1991;265:501.
25. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. "PhRMA code on interactions with healthcare professionals". Available at <http://www.phrma.org/files/PhRMA%20code.pdf>. Accessed December 8. 2006.

26. Office of the Inspector General. Compliance program guidance for pharmaceutical manufacturers. Fed Regist. 2003;68.86:23731-43.
27. **Carroll R.** "Cognitive dissonance" The Skeptic's Dictionary: A Collection of Strange Beliefs. Amusing Deceptions, and Dangerous Delusions. Hoboken. NJ: John Wiley & Sons: 2003.
28. **Coyle S.** Physician-industry relations. Part 1: individual physicians. Ann Intern Med. 2002;136:396-402.
29. **Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, et al.** Health industry practices that create conflicts of interest: A policy proposal for academic medical centers. JAMA. 2006;295.4:429-33.
30. **Hensley S.** "As Drug Bill Soars. Some Doctors Get an 'tJnsales' Pitch". The Wall Street Journal. March 13. 2006:Al.
31. **Schneider JA, Arora V, Kasza K, Van Harrison R, Humphrey H.** Residents' perceptions over time of pharmaceutical industry: interactions and gifts and the effect of an educational intervention. Acad Med. 2006;81(7):595-602.
32. **Appleby J.** "Sales pitch: Drug firms use perks to push pills". USA Today. May 16. 2001:Bl.
33. California Senate Bill 1765. Chapter 927. September 2004. Available at <http://www.venable.com/docs/pubs/1204.pdf>. Accessed December 8. 2006.
34. **Allen D.** "Drug companies woo Vermont doctors". The Barre Montpelier Times (Argus and Ruüand Herald). May 29. 2005: Al. A6.
35. Vermont Pharmaceutical Manufacturer Gift Disclosure Law (33 V.S.A. § 2005). Available at <http://www.atg.state.vt.us/display.php?smod=177>. Accessed August 23. 2005.
36. Arnold & Porter. LLP. "Pharmaceutical Companies Face New State Marketing Disclosure Laws. Arnold & Porter tJpdate. " Available at http://www.amoldporter.com/puhs/files/Pharma_Marketing_Disclosure_Laws.PDF. Accessed March 17. 2006.