

PSICOLOGÍA SOCIAL

MÉDICOS BAJO LA INFLUENCIA: PSICOLOGÍA SOCIAL Y ESTRATEGIAS DE MARKETING DE LA INDUSTRIA¹

(Rev GPU 2013; 9; 4: 427-435)

Sunita Sah² y Adriane Fugh-Berman³

Las compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos aplican la psicología social para influir en las conductas de prescripción y en las tomas de decisiones de los médicos. Los médicos no reconocen su vulnerabilidad a las influencias comerciales debido a sus sesgos por conveniencia y sus racionalizaciones. El profesionalismo ofrece escasa protección; incluso el más consciente y genuino compromiso con un comportamiento ético es incapaz de eliminar el sesgo inconsciente y no intencional. Seis principios de influencia –reciprocidad, compromiso, prueba social, simpatía, autoridad y escasez– son claves para las estrategias de marketing de la industria, que se basan en la ilusión de que la industria es un socio y padrino generoso para los médicos. Para contrarrestar la influencia de la industria los médicos deben aceptar que son vulnerables al sesgo inconsciente y deben tener la motivación y los medios para resistir dicha influencia. Una cultura en la que recibir obsequios de la industria genere vergüenza en vez de gratitud reducirá los conflictos de intereses. Si un mayor prestigio académico deriva de la distancia más que de la cercanía en la relación con la industria, entonces una nueva norma social puede surgir que promueva el cuidado del paciente y la integridad científica. Además de educar a profesores y estudiantes sobre la psicología social subyacente a un marketing sofisticado pero potencialmente manipulador, y sobre cómo hacerle resistencia, las instituciones médicas académicas deberían desarrollar políticas organizacionales fuertes para contrarrestar la dependencia indebida de la profesión médica respecto de la industria.

¹ Artículo original en inglés: Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies. J Law Med Ethics. 2013 Sep; 41(3): 665-72. Traducción por Pablo Santa Cruz (psiquiatra, Médicos Sin Marca) y publicación en GPU autorizada por las autoras, el editor de la revista y el editor del número especial. pablosantacruz@gmail.com

² Sunita Sah, M.D., M.B.A., Ph.D. es Profesora Asistente de Ética Empresarial en la Universidad de Georgetown y Research Fellow en el Centro de Ética de la Universidad de Harvard. Su investigación se centra en la corrupción institucional, la ética empresarial y el asesoramiento; en particular, cómo los profesionales que aconsejan y asesoran modifican su comportamiento como resultado de los conflictos de interés y las políticas diseñadas para su manejo.

³ Adriane Fugh-Berman, M.D. es Profesora Asociada del Departamento de Farmacología y Fisiología y del Departamento de Medicina Familiar en el Georgetown University Medical Center (GUMC). Dirige PharmedOut, un proyecto de educación e investigación del GUMC que promueve la prescripción basada en evidencia y educa a los profesionales de la salud sobre las prácticas de marketing farmacéutico.

Es más fácil resistirse al comienzo que al final.

Leonardo da Vinci (1)

A menudo los médicos creen que un compromiso consciente con un comportamiento ético y con el profesionalismo los protegerá de la influencia de la industria. Pese a la creciente preocupación respecto del alcance de las relaciones médico-industria, los médicos generalmente no reconocen la naturaleza y el impacto de los sesgos inconscientes y no intencionales en la toma de decisiones terapéuticas (2). Las compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos, sin embargo, demuestran sistemáticamente su conocimiento de los procesos de psicología social y de sus efectos sobre la conducta, y aplican estos principios al marketing. Para ilustrar cómo las estrategias de marketing farmacéutico utilizan técnicas psicológicas para promover los tratamientos deseados, nos basamos en literatura relevante sobre la psicología social de los conflictos de interés y en los seis principios de influencia articulados por el connotado psicólogo social Robert Cialdini (3). Los hospitales, las organizaciones profesionales, los educadores, los médicos y otras partes interesadas también debiesen recurrir a la psicología social para responder en forma efectiva a las actividades comerciales que comprometen la buena práctica médica.

CREER INFORMACIÓN SESGADA

Una extensa literatura describe cómo las compañías farmacéuticas utilizan incentivos financieros y no financieros para influir en las actitudes y las tomas de decisiones de los profesionales de la salud (4). Los incentivos financieros incluyen honorarios, obsequios, pagos por conferencias, fondos educacionales sin restricciones, investigación patrocinada y otros financiamientos y recursos. Los incentivos no financieros incluyen el uso de la deferencia, la oportunidad de ser venerado como un experto, y la producción de publicaciones facilitada por escritores fantasmas (*ghostwriters*) pagados por la industria, que ayudan a promover la carrera del profesional de la salud.

Los médicos a menudo no reconocen su vulnerabilidad a la información comercial y a las sutiles técnicas de venta. Los estudios sugieren que aunque los médicos creen que pueden extraer información objetiva de los argumentos de venta (*sales pitches*), habitualmente no pueden distinguir entre la información correcta e incorrecta proporcionada por los visitantes médicos (5). Un estudio encontró que las creencias

de los médicos sobre dos fármacos de uso común se correlacionaban más fuertemente con el material promocional que con el científico, pese a la afirmación de los médicos de que asignaban mayor peso al material científico (6).

Las personas son más fuertemente influenciadas por los mensajes entregados con confianza, y no se toman la molestia de comprobar la exactitud de estos mensajes si ello requiere esfuerzo o dinero (7). Además, la gente suele aferrarse a la primera información que se les entrega, incluso después de descubrir que ésta es inexacta o no pertinente (8). Estos sesgos cognitivos pueden explicar la sobreutilización de medicamentos de marca y más caros, incluyendo la sobreprescripción de antipsicóticos de segunda generación, existiendo investigación que muestra que los antipsicóticos de primera generación son equivalentes o superiores (9).

SESGOS POR CONVENIENCIA

La creencia errónea de los médicos de que son inmunes al marketing está en línea con investigaciones que muestran que las personas racionalizan y creen lo que quieren creer (10). Por ejemplo, los estudios muestran consistentemente que la promoción aumenta la prescripción de los medicamentos promocionados (11), pero la investigación también revela que los médicos creen que sus propias conductas de prescripción no se ven afectadas por la influencia de la industria, aunque reconocen que los demás médicos son susceptibles a tal influencia (12). Como Jason Dana y George Loewenstein señalan: "No pueden ser ambas cosas ciertas: que la mayoría de los médicos no estén sesgados y que la mayoría de los otros médicos sí lo estén" (13). La investigación en psicología social confirma que las personas tenemos un "punto ciego al propio sesgo"; es decir, somos más propensos a identificar la existencia de sesgos cognitivos y motivacionales en los demás que en nosotros mismos (14). Más aún, educar a la gente acerca de sus propios sesgos por conveniencia (*self-serving biases*) no elimina dichos sesgos (15). Resultados similares se han documentado en escenarios experimentales de negociación que analizan el sesgo por conveniencia (16). Las intervenciones educativas para reducir el sesgo generalmente logran convencer a las personas de que su oponente en la negociación podría estar sesgado, pero no de que ellas mismas podrían estarlo. Incluso las personas que admitieron que podrían estar sesgadas tendieron a subestimar drásticamente qué tan sesgadas estaban (17).

PROFESIONALISMO Y DISONANCIA COGNITIVA

El profesionalismo puede ayudar a evitar la corrupción intencional, pero no puede reducir el sesgo inconsciente no intencional. Si bien los médicos promueven y creen en la importancia de la objetividad científica, su tendencia a aceptar obsequios genera una disonancia cognitiva, esto es, una incomodidad que surge de la discrepancia entre creencias contradictorias, o entre creencias y comportamientos. Las cogniciones en competencia generan una presión que necesita ser resuelta. La teoría de la disonancia cognitiva especifica tres métodos –que no son mutuamente excluyentes– con los que las personas manejan o reducen esta disonancia (18): i) *cambiando una de las creencias, opiniones o comportamientos disonantes* (posiblemente un proceso difícil y doloroso que requiere sacrificar una conducta placentera o una creencia apreciada); ii) *reduciendo la importancia de uno de los factores discordantes* (lo cual se puede lograr mediante la negación: olvidando o rechazando el significado de una o más de las cogniciones en conflicto); y iii) *agregando elementos consonantes* que resuelvan o reduzcan la disonancia (esto puede incluir racionalizaciones que amortigüen la disonancia entre cogniciones en conflicto).

Susan Chimonas *et al.* (19) identificaron varias negaciones y racionalizaciones utilizadas por los médicos para reducir la disonancia cognitiva con respecto a sus relaciones con los visitantes médicos. La negación incluyó (a) evitar pensar en el conflicto de intereses, (b) rechazar la idea de que las relaciones con la industria afectan el comportamiento del médico, y (c) desconocer o universalizar la responsabilidad por los problemas que surgen de los conflictos de intereses (“siempre hay un conflicto de intereses...”). Las racionalizaciones incluyeron (a) asegurar la existencia de técnicas que ayudan a mantener la imparcialidad y (b) estimar que las reuniones con los visitantes médicos son educativas y benefician a los pacientes.

SENTIRSE CON DERECHO

La mayoría de los médicos considera que favorecer el propio interés por sobre las obligaciones profesionales es algo inaceptable. Los médicos expresan indignación ante la sugerencia de que aceptar obsequios o compensaciones afecta sus decisiones terapéuticas, porque entienden que dicho efecto implicaría que han tomado una decisión deliberada de actuar en forma antiética (20). Médicos que nunca participarían, por ejemplo, en un intercambio *quid pro quo* de recetas por dinero, pueden creer que un compromiso consciente y genuino

con un comportamiento ético los hace inmunes a la influencia comercial (21). Esta suposición, honrada pero equivocada, deriva de no saber que muchos procesos psicológicos ocurren debajo de la propia conciencia.

Un famoso eslogan en la historia de la publicidad, “porque yo lo valgo” popularizado en 1973 por la compañía de cosméticos L’Oréal, representaba una audaz declaración de quien se siente con confianza con derecho (22). En un artículo reciente, Sunita Sah y George Loewenstein investigaron una racionalización por conveniencia para la aceptación de obsequios y compensaciones de la industria: los médicos se sienten con derecho, y sienten que “ellos lo valen” (23). Las racionalizaciones tanto implícitas como explícitas demostraron incidir sobre el sentimiento de derecho que tienen los médicos respecto de los beneficios pagados por la industria.

En el estudio, residentes de medicina familiar y pediatría fueron asignados al azar a una de tres encuestas en línea que hacían las mismas preguntas, pero en un orden diferente. A los médicos en el grupo de los “recordatorios implícitos” se les preguntó en primer lugar sobre los sacrificios que habían hecho en la transcurso de su educación médica y sobre sus condiciones de trabajo, y luego se les preguntó qué tan aceptable consideraban recibir obsequios financiados por la industria como educación médica continua auspiciada, investigación auspiciada, pagos por conferencias y obsequios personales o de oficina. A los médicos en el grupo de “racionalización explícita”, también se les preguntó primero sobre sus sacrificios y sus condiciones de trabajo, y se les pidió luego que indicaran su nivel de acuerdo con la siguiente afirmación: “Algunos médicos creen que los salarios estancados y los crecientes niveles de deuda que prevalecen en la profesión médica justifican aceptar obsequios y otras formas de compensación e incentivos de parte de la industria farmacéutica”. Por último, se les preguntó qué tan aceptable consideraban ellos mismos recibir obsequios financiados por la industria. A los médicos del grupo control se les preguntó primero cuán aceptable consideraban recibir obsequios y luego sobre los sacrificios personales y si esos sacrificios justificaban la recepción de obsequios.

Recordar implícitamente a los médicos las cargas de su formación y sus condiciones de trabajo aumentó a más del doble su disposición reportada a recibir obsequios, desde un 22 por ciento en el grupo control a un 48 por ciento. Proporcionar la potencial racionalización explícita aumentó su disposición reportada a recibir obsequios a un 60 por ciento, a pesar del hecho de que la mayoría de los médicos respondió negativamente a la racionalización propiamente dicha. Esto significa que

racionalizaciones rechazadas en un nivel consciente pueden sin embargo ayudarnos inconscientemente a racionalizar un comportamiento cuestionable.

PRINCIPIOS DE INFLUENCIA

Robert Cialdini *et al.* identificaron seis principios de influencia y persuasión: reciprocidad, compromiso (y consistencia), prueba social, simpatía (*liking*), autoridad y escasez (24). Las investigaciones de la psicología social han demostrado que estos principios se utilizan para influir sutilmente las decisiones.

Reciprocidad

La norma de la *reciprocidad* –la obligación de ayudar a los que te han ayudado– es uno de los principios rectores de la interacción humana (25). En muchas culturas la recepción de un obsequio sin reciprocidad es socialmente inaceptable. La relación entre los médicos y la industria presenta notables similitudes con las entregas rituales de obsequios de los líderes negociadores de conflictos y acuerdos documentadas por el antropólogo Marcel Mauss (26). Los médicos devuelven los obsequios de la industria a través de cambios en su práctica (27). Michael Oldani, antropólogo y ex visitador médico, señala que “la importancia de desarrollar la lealtad mediante obsequios no puede ser exagerada” (28). Como él mismo explica, “la esencia de los obsequios farmacéuticos es: sobornos que no son considerados sobornos” (29).

Gene Carbona, otro ex visitador médico, cuenta la historia de cómo persuadió a Astra Merck, su empleador, para que pagara a un consultor en administración de consultas médicas para que aconsejara a una consulta de 50 médicos de diversas especialidades sobre cómo maximizar sus utilidades (30). Al consultor se le dijo que “si tenía éxito habría más negocios para él en el futuro, y con éxito queríamos decir un aumento de las recetas de nuestros medicamentos”. El consultor recordó a los médicos el valioso servicio que Carbona les había proporcionado y los médicos –agradecidos– en efecto le devolvieron la mano: sus recetas de medicamentos Astra Merck aumentaron.

Los antropólogos consideran la entrega de obsequios como un intercambio económico entre grupos diferentes, a menudo opuestos; no es “voluntaria, espontánea o desinteresada” (31). La industria entrega obsequios de muchas formas, en todos los niveles. A nivel nacional, por ejemplo, hay financiamientos de la industria a las organizaciones médicas nacionales y asociaciones público-privadas, en las que la industria

co-financia proyectos con agencias federales. En el plano institucional, la industria proporciona becas educativas para *grand rounds* y *journal clubs* (reuniones en las que los médicos en formación analizan artículos de la literatura médica), y financia la educación médica continua (32). Las compañías de dispositivos médicos también financian regularmente los gastos de viaje a los residentes de cirugía para que puedan visitar sus instalaciones y practicar la utilización de los dispositivos médicos de la compañía. Por último, a nivel individual, los honorarios por investigación, consultorías o conferencias, y los obsequios de comidas, instrumentos médicos y libros son algo común.

Los obsequios asociados a una sutil solicitud implícita pueden tener más probabilidades de lograr reciprocidad que los obsequios que se acompañan de una solicitud explícita. Los lápices, tazones y demás artículos “recordatorios” de bajo costo que la industria farmacéutica prodigaba a los médicos hasta el año 2008 –cuando la Pharmaceutical Research and Manufacturers Association (PhRMA) revisó su Código de Interacciones con los Profesionales de la Salud (33)–, mantenían los nombres de marca “encima” de las mentes de los médicos (o “*top of mind*”, como se conoce en la industria), a la vez que activaban las normas de reciprocidad. “Los visitantes saben que los obsequios crean una obligación inconsciente de corresponder”, dice Shahram Ahari, médico y ex visitador médico. “Los obsequios se utilizan para intensificar la culpa y ejercer presión social” (34).

La creencia común de que los obsequios de poco valor, como calendarios y tazones de café, no son suficientes para influir en la conducta profesional del médico refleja la suposición errónea de que los profesionales asumen conscientemente el riesgo de sesgo a cambio del beneficio de recibir el obsequio. De hecho, los obsequios de valor insignificante pueden influir en quien los recibe de maneras que no son conscientes (35). Un estudio experimental realizado por Ulrike Malmendier y Klaus Schmidt (36), por ejemplo, reveló que un pequeño obsequio afectó fuertemente las decisiones del receptor del obsequio en favor de quien se lo daba, incluso a expensas de un tercero, e incluso en el caso de los sujetos que fueron conscientes de que el obsequio había sido dado con la intención de influir su comportamiento. En otro estudio los participantes que recibieron un obsequio trivial (un refresco) fueron mucho más propensos a comprar boletos para una rifa que aquellos que no recibieron el obsequio (37). Las características desagradables en quien hace el obsequio redujeron, pero no eliminaron, la obligación percibida de corresponder.

Hershey Friedman y Ahmed Rahman llevaron a cabo un experimento en un restaurante para determinar los efectos de ser recibidos en la entrada con un saludo y con un pequeño obsequio (un vaso de yogur o un llavero de escaso valor). Los clientes que recibieron un saludo y cualquiera de los dos obsequios gastaron mucho más dinero (en promedio, 46 por ciento más), dieron una calificación más alta al restaurante, y recomendaron el establecimiento con más fuerza que los que no recibieron el saludo ni el obsequio (38). Pero mientras que un obsequio a un cliente del restaurante puede aumentar la cuenta del propio cliente que lo recibe, un obsequio para un médico termina aumentando la cuenta de los pacientes y los proveedores de seguros.

Compromiso y consistencia

La industria farmacéutica está muy consciente del poder de los pequeños compromisos, que es por lo que los visitantes médicos preguntan, por ejemplo, “¿va a probar mi producto en sus próximos cinco pacientes con diabetes?”. Acceder a una pequeña petición como esa aumenta la probabilidad de que el médico empiece a usar el medicamento en cuestión. Los médicos que acceden a ese tipo de enunciados casualmente –tal vez incluso sólo para que el visitador se vaya de una vez– pueden luego sentir la obligación de mantener su palabra (39). Los visitantes médicos son capaces de rastrear las recetas (40), y aquellos médicos que aún no han honrado sus compromisos pueden ser recordados y alentados una vez más a probar la droga.

La consistencia es muy valorada en nuestra sociedad y se encuentra asociada a la racionalidad y la estabilidad (41). Después de comprometerse con una decisión u opinión, las personas justifican esa elección u opinión siendo consistentes con ella. Los que apuestan en una carrera de caballos están mucho más seguros de que su caballo va a ganar después de haber apostado por él (42). Por extensión, un médico tendrá una opinión más positiva acerca de un medicamento después en lugar de antes de prescribirlo. Los compromisos por escrito –y una receta es un compromiso por escrito– son incluso más efectivos que los compromisos orales para cambiar comportamientos (43). Después de prescribir un fármaco en varias ocasiones, el médico puede convencerse a sí mismo de que la droga es realmente la mejor opción.

Un compromiso significativo se vuelve más probable después y a raíz de haber hecho un compromiso pequeño o incluso de haber expresado acuerdo con una afirmación. En un estudio, el número de personas que accedieron a que un representante del Comité para

el Alivio del Hambre visitara sus casas para venderles galletas casi se duplicó cuando se les preguntó por teléfono primero “¿cómo se encuentra esta tarde?” y se esperó la inevitable respuesta de “bien”, en comparación con aquellos (grupo control) a quienes simplemente se les dijo “espero que se encuentre bien esta tarde”. La declaración reflexiva que testimonia el propio bienestar hizo inconscientemente más difícil rehusarse luego a ayudar a los menos afortunados (44).

Prueba social

Mientras aceptar obsequios de la industria siga siendo una norma cultural en Medicina, los médicos continuarán haciéndolo. Las opiniones de los colegas son utilizadas a menudo por los representantes de la industria para inclinar a los médicos a adoptar un determinado tratamiento. La *prueba social* (*social proof*), también conocida como *validación* o *conformidad social*, consiste en decidir qué hacer viendo lo que otros están haciendo (45).

La prueba social también puede potenciar –o minar– políticas académicas oficiales. Los miembros en entrenamiento en una institución, por ejemplo, se ven afectados por las políticas establecidas de la institución, pero también –y, a veces más– por lo que ven hacer a sus mentores. Un estudio reciente de 14 Facultades de Medicina en Estados Unidos que restringieron los obsequios de la industria, encontró que los médicos que egresaron de dichas escuelas después de haberse implementado la política de restricción de obsequios eran menos propensos a recetar dos de tres medicamentos psicotrópicos recientemente introducidos comparado con los que se habían graduado antes de la restricción de obsequios (46). Otro estudio encontró que los artículos promocionales de Lipitor (atorvastatina) afectaron favorablemente las actitudes implícitas hacia el Lipitor entre los estudiantes de cuarto año de Medicina de la Universidad de Miami (Miller School of Medicine), pero afectaron negativamente las actitudes implícitas hacia el Lipitor entre los estudiantes de cuarto año de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, que tiene fuertes políticas de restricción al marketing farmacéutico (47).

Una revisión sistemática de 32 estudios que examinaron las interacciones de los estudiantes de Medicina con la industria encontró que las actitudes de los estudiantes hacia la industria en general se alineaban con las políticas de su escuela, y que los estudiantes de las escuelas que restringían el acceso a la industria eran más escépticos respecto de los mensajes de marketing que los estudiantes de las escuelas que no restringían

el acceso a la industria (48). A la inversa, ocho estudios encontraron que la frecuencia de contacto entre los estudiantes y los representantes de la industria se correlacionaba con actitudes favorables hacia las interacciones con la industria.

Preocupantemente, sin embargo, las actitudes de los estudiantes hacia la industria tendieron a hacerse más favorables a medida que su formación avanzó desde la etapa preclínica hacia los años clínicos. Sólo entre el 29 y el 62 por ciento de los estudiantes preclínicos afirmó que la información promocional constituye información útil sobre los nuevos medicamentos, opinión que en cambio compartieron entre el 53 y el 71 por ciento de los estudiantes clínicos (49). Este aparente cambio de actitud puede ayudar a explicar por qué los graduados de los programas que limitan o prohíben las interacciones con los representantes de la industria tienen las mismas probabilidades de recibir a los visitantes médicos en sus consultas que los graduados de programas sin tales restricciones (50).

Los alumnos que tienen prohibido interactuar con los visitantes médicos aún pueden interactuar con mentores que reciben compensaciones de la industria por conferencias, consultorías o investigación. El efecto de ver mentores de confianza aceptando hospitalidad y fondos procedentes de la industria puede ser más poderoso que la influencia de las políticas institucionales o del plan curricular formal. El ejemplo que dan los educadores ha sido llamado “el currículo oculto” (51). Las políticas que no son fuertemente apoyadas por el profesorado tienden a tener sólo un efecto limitado en los alumnos, porque la prueba social, cuando entra en conflicto con las políticas institucionales, tiende a prevalecer.

Simpatía

La *simpatía* (*liking*) o el *rapport* aumentan con la familiaridad, es decir, con la frecuencia de las interacciones y la duración de una relación. Los visitantes médicos se esfuerzan enormemente por hacer amistad con los médicos. “Yo encuadro todo como un gesto de amistad”, señala Shahram Ahari, un ex visitante médico. “Les doy muestras médicas no porque sea mi trabajo, sino por lo mucho que me agradan. Les ofrezco almuerzos de oficina porque visitarlos es un descanso tan agradable de todos los demás médicos. Mis medicamentos rara vez los menciono durante nuestras cenas” (52). “Estás absolutamente comprando amor”, dice Jamie Reidy, otro ex visitante médico (53). Jordania Katz, también ex visitadora, dice que “muchos médicos simplemente recetan según quien les cae bien” (54).

Los médicos a menudo se sienten sobrecargados de trabajo, mal pagados y poco valorados. Los visitantes médicos reparten simpatía, adulación, comida, obsequios, servicios y oportunidades para mejorar los ingresos, y parecen no pedir nada a cambio más que la consideración erudita de los beneficios de sus medicamentos. En realidad, con frecuencia los visitantes dejan de mantener relaciones con los médicos que no están prescribiendo un determinado medicamento o que no están ayudando de algún otro modo a aumentar su cuota de mercado (55).

Autoridad y escasez

La industria farmacéutica y de dispositivos médicos emplean “líderes de opinión” (KOL, por su sigla en inglés: “*key opinion leaders*”), típicamente académicos respetados y de alto nivel, para influir y orientar a sus pares (56). La utilización de líderes de opinión por parte de la industria es claramente un uso de la *autoridad*, pero también es un uso de la *escasez*: el concepto de que las oportunidades son más valiosas cuando son limitadas (no todos los médicos son elegibles para el lujoso cargo de “líder de opinión”).

Para los médicos tener el estatus de líder de opinión es atractivo. Los fondos para investigación, los honorarios por consultoría, y el aumento de la producción de publicaciones mediante escritores fantasmas (*ghostwriters*) pagados por la industria pueden ayudar a la carrera de un líder de opinión. Los líderes de opinión también reciben la preciada recompensa psicológica de ser reconocidos como especiales e importantes (57). Erick Turner, un psiquiatra que daba conferencias en nombre de la industria, dijo sobre la experiencia de ser un líder de opinión: “Te acaricia el narcisismo... Te hacen sentir que eres especial... Lo primero que hacen es llevarte a un hotel muy agradable. Y a veces te pasan a buscar en limusina, y te sientes súper importante. Y tienen muy pero muy buena comida...” (58).

Desde la perspectiva de la industria, los mejores líderes de opinión irradian estatus y autoridad, y logran convencer a sus pares (y quizás a sí mismos) de su ilusoria independencia y falta de sesgos. El ex visitante Shahram Ahari cuenta: “Yo siempre estaba en busca de “líderes de opinión” amigables a los que preparar para el circuito de conferencias... Las conferencias locales son también audiciones... Los voceros sutiles y diplomáticos son los candidatos ideales.” Ahari se dio cuenta de que los médicos eran evaluados por su lealtad al producto de la compañía y de que los conferencistas “con carisma, credenciales y un aura de integridad” tenían la oportunidad de ser elevados al circuito nacional (59).

Los conferencistas líderes de opinión no sólo influyen en las conductas de prescripción de los miembros de su audiencia (60), sino también –según lo predicho por la teoría de la disonancia cognitiva (61)– se convencen más aun a sí mismos de los beneficios de los productos que respaldan. La evidencia experimental demuestra que las personas obligadas a improvisar un discurso se convencen a sí mismas de la postura adoptada; la propia opinión privada a menudo cambia para ajustarse a la propia conducta manifiesta (62). La investigación sobre la conformidad también apoya la noción de que las normas expuestas públicamente se interiorizan gradualmente (63).

Los médicos que dan conferencias encargadas por compañías farmacéuticas con frecuencia utilizan diapositivas proporcionadas por la compañía. Que estos médicos a menudo –en nuestra experiencia– usen las mismas diapositivas para dar conferencias no financiadas por la industria es un ejemplo tanto de mitigación de la propia disonancia cognitiva (“no soy un títere de la industria, ocurre que estoy de acuerdo con lo que aparece en estas diapositivas”) como de alineación del propio comportamiento privado con los mensajes declarados públicamente. Esta idea se ve reforzada por el hecho de que las propias conductas de prescripción de los líderes de opinión favorecen los medicamentos de sus auspiciadores (64). Los conferencistas pagados por la industria tienen casi 30 veces más probabilidades de solicitar que determinados fármacos sean agregados al formulario de un hospital que los médicos que no son pagados por la industria (65).

Una forma más directa de autoridad es invocada en los ámbitos de formación. Fred Sierles encontró que a un 93 por ciento de los estudiantes de Medicina de tercer año se les había solicitado u ordenado (por parte de un superior) asistir a una cena patrocinada por la industria (66). Los efectos combinados de la autoridad y la prueba social pueden tener un impacto duradero en las actitudes de los médicos en formación.

DISCUSIÓN

Las compañías farmacéuticas y los fabricantes de dispositivos médicos prevén un retorno de su inversión de miles de millones de dólares en promoción. La efectividad de los mensajes de marketing específicos se calcula sobre la base del levantamiento de recetas o ventas de dispositivos médicos a partir de visitas de representantes, obsequios, reuniones, seminarios de educación médica continua, etcétera. Las compañías utilizan “curvas de respuesta” que muestran el impacto diferencial de las diversas estrategias promocionales sobre las ven-

tas de un determinado producto, para poder optimizar sus inversiones en marketing apuntando a los médicos adecuados con el mensaje adecuado, con la frecuencia adecuada, a través del canal adecuado. Este comportamiento de marketing racional y altamente sofisticado está al servicio de un modelo de negocio farmacéutico que busca optimizar utilidades, pero no está al servicio de las necesidades de los médicos y de los pacientes.

La industria utiliza los principios de la psicología social para manipular las conductas de prescripción; los médicos que no estén conscientes de tales influencias sutiles no tratarán de evitar los conflictos de interés resultantes. Entre las personas en general, el optimismo no realista –es decir, la creencia de que uno tiene un menor riesgo de un determinado peligro que sus pares– es independiente de la edad, el sexo y el grupo educacional u ocupacional (67)⁴. Como las personas no tratan de evitar riesgos a los que no se consideran susceptibles, el primer paso hacia una mayor resistencia de los médicos a la influencia de la industria es que ellos entiendan y acepten que *sí son* individualmente vulnerables al sesgo inconsciente. Una exposición educativa con diapositivas titulada “Why Lunch Matters” (“Por qué el almuerzo importa”), presentada a nivel nacional en *grand rounds* y seminarios, es la primera intervención que ha demostrado aumentar la conciencia de los médicos y estudiantes de medicina respecto de su propia susceptibilidad al marketing de la industria. Diseñado para inducir primero una sensación de vulnerabilidad y exponer luego las prácticas manipulativas del marketing, el módulo cambió las actitudes de los médicos, residentes y estudiantes asistentes, particularmente en cuestiones referidas a la influencia de los visitantes sobre los médicos en general y sobre el encuestado individualmente (68).

Los médicos deben resistir la influencia de la industria. Una cultura en la que la recepción de obsequios genere vergüenza por parte de los médicos hará la práctica de recibir obsequios menos frecuente y mitigará la norma social de la reciprocidad. Si una masa crítica de médicos respetados evita ser colocada en posiciones de deuda con la industria, y si un mayor prestigio académico procede de mantener un brazo de distancia en lugar de una estrecha relación con la industria, entonces una nueva norma social puede emerger que rechace las transacciones plagadas de conflictos de interés. Esa norma beneficiaría –en lugar de comprometer– la atención al paciente y la integridad científica.

⁴ N. del T.: Esta forma particular de “optimismo no realista” también ha sido descrita como “ilusión de invulnerabilidad”.

La ilusión de que la industria es un socio y padrino generoso de los médicos es la piedra angular de un sofisticado y multifacético proceso de promoción farmacéutica y de dispositivos médicos. Sesgos inconscientes hacen que los médicos sean incapaces de evaluar los efectos de los conflictos de interés. Además de educar a los profesores y estudiantes acerca de la psicología social que subyace a estas técnicas manipulativas de marketing y cómo resistirse a ellas, las instituciones médicas académicas necesitan contrarrestar la dependencia indebida de la profesión médica respecto de la industria mediante la promulgación de políticas y regulaciones fuertes y efectivas.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto fue financiado por el Edmond J. Safra Center for Ethics, Harvard University.

REFERENCIAS

1. E. McCurdy, *The Mind of Leonardo da Vinci* (New York: Dover Publications, 2005): p. 23
2. S. Sah, "Conflicts of Interest and Your Physician: Psychological Processes That Cause Unexpected Changes in Behavior", *Journal of Law, Medicine & Ethics* 40, no. 3 (2012): 482-487
3. R. B. Cialdini, *The Psychology of Persuasion* (New York: Quill William Morrow, 1984)
4. A. Wazana, "Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?", *JAMA* 283, no. 3 (2000): 373-380; J. P. Orlowski and L. Wateska, "The Effects of Pharmaceutical Firm Enticements on Physician Prescribing Patterns. There's No Such Thing as a Free Lunch", *Chest* 102, no. 1 (1992): 270-273; M. M. Chren and C. S. Landefeld, "Physicians' Behavior and Their Interactions with Drug Companies", *JAMA* 271, no. 9 (1994): 684-689; C. Elliott, *White Coat, Black Hat: Adventures on the Dark Side of Medicine* (Boston: Beacon Press, 2010)
5. A. F. Shaughnessy, D. C. Slawson, and J. H. Bennett, "Separating the Wheat from the Chaff", *Journal of General Internal Medicine* 9, no. 10 (1994): 563-568; W. Molloy, D. Strang, G. Guyatt, J. Lexchin, M. Bédard, S. Dubois, and R. Russo, "Assessing the Quality of Drug Detailing", *Journal of Clinical Epidemiology* 55, no. 8 (2002): 825-832
6. J. Avorn, M. Chen, and R. Hartley et al., "Scientific Versus Commercial Sources of Influence on the Prescribing Behavior of Physicians", *American Journal of Medicine* 73, no. 1 (1982): 4-8
7. S. Sah, D. A. Moore, and R. MacCoun, "Cheap Talk and Credibility: The Consequences of Confidence and Accuracy on Advisor Credibility and Persuasiveness", *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 121, no. 2 (2013): 246-255
8. A. Tversky and D. Kahneman, "Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases", *Science* 185, no. 4157 (1974): 1124-1131; F. Strack and T. Mussweiler, "Explaining the Enigmatic Anchoring Effect: Mechanisms of Selective Accessibility", *Journal of Personality and Social Psychology* 73, no. 3 (1997): 437-446; I. Skurnik, C. Yoon, D.C. Park, and N. Schwarz, "How Warnings about False Claims Become Recommendations", *Journal of Consumer Research* 31, no. 4 (2005): 713-724
9. M. Makhinson, "Biases in Medication Prescribing: The Case of Second-Generation Antipsychotics", *Journal of Psychiatric Practice* 16, no. 1 (2010): 15-21
10. Ver Sah, *supra* nota 2; S. Sah and G. Loewenstein, "Effect of Reminders of Personal Sacrifice and Suggested Rationalizations on Residents' Self-reported Willingness to Accept Gifts: A Randomized Trial", *JAMA* 304, no. 11 (2010): 1204-1211
11. N. Lurie, E. C. Rich, D. E. Simpson, J. Meyer, D. L. Schiedermayer, J. L. Goodman, and W. P. McKinney, "Pharmaceutical Representatives in Academic Medical Centers", *Journal of General Internal Medicine* 5, no. 3 (1990): 240-243; A. Wazana, "Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?", *JAMA* 283, no. 3 (2000): 373-380; M. M. Chren and C. S. Landefeld, "Physicians' Behavior and Their Interactions with Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary", *JAMA* 271, no. 9 (1994): 684-689
12. W. P. McKinney, D. L. Schiedermayer, N. Lurie, D. E. Simpson, J. L. Goodman, and E. C. Rich, "Attitudes of Internal Medicine Faculty and Residents toward Professional Interaction with Pharmaceutical Sales Representatives", *JAMA* 264, no. 13 (1990): 1693-1697; M. A. Steinman, M. G. Shlipak, and S. J. McPhee, "Of Principles and Pens: Attitudes and Practices of Medicine Housestaff toward Pharmaceutical Industry Promotions", *American Journal of Medicine* 110, no. 7 (2001): 551-557; S. K. Sigworth, M. D. Nettleman, and G. M. Cohen, "Pharmaceutical Branding of Resident Physicians", *JAMA* 286, no. 9 (2001): 1024-1025
13. J. Dana, and G. Loewenstein, "A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry", *JAMA* 290, no. 2 (2003): 252-255
14. E. Pronin, D. Y. Lin, and L. Ross, "The Bias Blind Spot: Perceptions of Bias in Self Versus Others", *Personality and Social Psychology Bulletin* 28, no. 3 (2002): 369-391; E. Pronin, T. Gilovich, and L. Ross, "Objectivity in the Eye of the Beholder: Divergent Perceptions of Bias in Self Versus Others", *Psychological Review* 111, no. 3 (2004): 781-799
15. E. Pronin, T. Gilovich, and L. Ross, "Objectivity in the Eye of the Beholder: Divergent Perceptions of Bias in Self Versus Others", *Psychological Review* 111, no. 3 (2004): 781-799; L. Babcock, G. Loewenstein, and S. Issacharoff, "Creating Convergence: Debiasing Biased Litigants", *Law & Social Inquiry* 22, no. 4 (1997): 913-925
16. L. Babcock and G. Loewenstein, "Explaining Bargaining Impasse: The Role of Self-Serving Biases", *Journal of Economic Perspectives* 11, no. 1 (1997): 109-126; L. Babcock, G. Loewenstein, S. Issacharoff, and C. Camerer, "Biased Judgments of Fairness in Bargaining", *American Economic Review* 85, no. 5 (1995): 1337-1343; G. Loewenstein, S. Issacharoff, C. Camerer, and L. Babcock, "Self-Serving Assessments of Fairness and Pretrial Bargaining", *Journal of Legal Studies* 22, no. 1 (1993): 135-159
17. *Id.* (Babcock and Loewenstein, "Explaining Bargaining Impasse: The Role of Self-Serving Biases", *Journal of Economic Perspectives* 11, no. 1 (1997): 109-126
18. L. Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance* (Stanford University Press, 1957): pp. 1-31
19. S. C. Chimonas, T. A. Brennan, and D. J. Rothman, "Physicians and Drug Representatives: Exploring the Dynamics of the Relationship", *Journal of General Internal Medicine* 22, no. 2 (2007): 184-190
20. Ver *supra* nota 2
21. S. Sah and R. Larrick, "I Am Immune: A Sense of Invulnerability Predicts Increased Acceptance of, and Influence from, Conflicts of Interest", *Research in Progress* (2013); E. Pronin, D. Y. Lin, and L. Ross, "The Bias Blind Spot: Perceptions of Bias in Self Versus Others", *Personality and Social Psychology Bulletin* 28, no. 3 (2002): 369-391

22. L'Oréal Paris, *disponible en* <http://www.loreal-paris.co.uk/_en/_gb/lorealinsider/news-and-reviews/news-article.aspx?cat=Skincare&id=201203_News029> (visitado por última vez el 2 de Julio de 2013)
23. Ver S. Sah, and G. Loewenstein, "Effect of Reminders of Personal Sacrifice and Suggested Rationalizations on Residents' Self-reported Willingness to Accept Gifts: A Randomized Trial", *JAMA* 304, no. 11 (2010): 1204-1211
24. R. B. Cialdini, *Influence: The Psychology of Persuasion* (New York: HarperBusiness, 2006); N. J. Goldstein, S. J. Martin, and R. B. Cialdini, *Yes! 50 Scientifically Proven Ways to Be Persuasive* (New York: Free Press, 2008)
25. Ver Cialdini, *supra* nota 24, pp. 17-56
26. M. Mauss, *The Gift: The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies* (London: Routledge, 2006)
27. C. Mather, "The Pipeline and the Porcupine: Alternate Metaphors of the Physician-Industry Relationship", *Social Science Medicine* 60, no. 6 (2005): 1323-1334
28. M. M. Oldani, "Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices," *Medical Anthropology Quarterly* 18, no. 3 (2004): 325-356
29. Ver Elliott, *supra* nota 4, p. 63
30. *Id.*, pp. 55-56
31. Ver *supra* nota 27
32. Ver, M. Rodwin, "Five Un-Easy Pieces to Pharmaceutical Policy Reform", *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41, no. 3 (2013): 581-589
33. PhRMA Code on Interactions with Healthcare Professionals, *disponible en* <http://phrma.org/sites/default/files/pdf/phrma_marketing_code_2008-1.pdf> (visitado por última vez el 8 de abril de 2013)
34. A. Fugh-Berman and S. Ahari, "Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors", *PLoS Medicine* 4, no. 4 (2007): 621-625
35. Ver Cialdini, *supra* nota 24, pp. 17-56; R. B. Cialdini, J. E. Vincent, S. K. Lewis, J. Catalan, D. Wheeler, and B. L. Darby, "Reciprocal Concessions Procedure for Inducing Compliance: The Door-in-the-Face Technique", *Journal of Personality and Social Psychology* 31, no. 2 (1975): 206-215; U. Malmendier and K. M. Schmidt, "You Owe Me", *Working Paper* (2011); H. Friedman and A. Rahman, "Gifts-Upon-Entry and Appreciatory Comments: Reciprocity Effects in Retailing", *International Journal of Marketing Studies* 3, no. 3 (2011): 161-164
36. *Id.* (Malmendier and Schmidt)
37. D. T. Regan, "Effects of a Favor and Liking on Compliance", *Journal of Experimental Social Psychology* 7, no. 6 (1971): 627-639
38. Ver Friedman and Rahman, *supra* nota 35
39. Ver *supra* nota 33
40. A. Fugh-Berman, "Prescription Tracking and Public Health", *Journal of General Internal Medicine* 23, no. 8 (2008): 1277-1280
41. Ver Cialdini, *supra* nota 24, pp. 57-113
42. R. E. Knox and J. A. Inkster, "Postdecision Dissonance at Post Time", *Journal of Personality and Social Psychology* 8, no. 4 (1968): 319-323
43. Ver *supra* nota 40
44. D. J. Howard, "The Influence of Verbal Responses to Common Greetings on Compliance Behavior: The Foot-In-The-Mouth Effect", *Journal of Applied Social Psychology* 20, no. 14 (1990): 1185-1196
45. R. B. Cialdini, *Influence: Science and Practice* (Illinois: Scott, Foresman Glenview, 1985): p. 116; S. E. Asch, "Studies of Independence and Conformity: I. A Minority of One Against a Unanimous Majority", *Psychological Monographs: General and Applied* 70, no. 9 (1956): 1-70; M. Deutsch, and H. B. Gerard, "A Study of Normative and Informational Social Influences upon Individual Judgment", *Journal of Abnormal and Social Psychology* 51, no. 3 (1955): 629-636
46. M. King, C. Essick, P. Bearman, and J. S. Ross, "Medical School Gift Restriction Policies and Physician Prescribing of Newly Marketed Psychotropic Medications: Difference-in-Differences Analysis", *BMJ* 346 (2013): 1-9
47. D. Grande, D. L. Frosch, A. W. Perkins, and B. E. Kahn, "Effect of Exposure to Small Pharmaceutical Promotional Items on Treatment Preferences", *Archives of Internal Medicine* 169, no. 9 (2009): 887-893
48. K. E. Austad, J. Avorn, and A. S. Kesselheim, "Medical Students' Exposure to and Attitudes about the Pharmaceutical Industry: A Systematic Review", *PLoS Medicine* 8, no. 5 (2011): 1-12
49. *Id.*
50. B. B. McCormick, G. Tomlinson, P. Brill-Edwards, and A. S. Detsky, "Effect of Restricting Contact between Pharmaceutical Company Representatives and Internal Medicine Residents on Posttraining Attitudes and Behavior", *JAMA* 286, no. 16 (2001): 1994-1999; R. P. Ferguson, E. Rhim, W. Belizaire, L. Egede, K. Carter, and T. Lansdale, "Encounters with Pharmaceutical Sales Representatives among Practicing Internists", *American Journal of Medicine* 107, no. 2 (1999): 149-152
51. Ver Steinman *et al.*, *supra* nota 12; F. S. Sierles, A. C. Brodkey, L. M. Cleary, F. A. McCurdy, M. Mintz, J. Frank, and D. J. Lynn, *et al.*, "Medical Students' Exposure to and Attitudes about Drug Company Interactions: A National Survey", *JAMA* 294, no. 9 (2005): 1034-1042
52. Ver *supra* nota 33
53. Ver Elliott, *supra* nota 4, p. 64
54. *Id.*, p. 56
55. Ver *supra* nota 33
56. Ver, S. Sismondo, "Key Opinion Leaders and the Corruption of Medical Knowledge: What the Sunshine Act Will and Won't Cast Light On", *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41, no. 3 (2013): 635-643
57. Ver Elliott, *supra* nota 4; M. A. Steinman, G. M. Harper, M.-M. Chren, C. S. Landefeld, and L. A. Bero, "Characteristics and Impact of Drug Detailing for Gabapentin", *PLoS Medicine* 4, no. 4 (2007): 743-751
58. Ver Elliott, *supra* nota 4, p. 77
59. Ver *supra* nota 33
60. S. E. Goldfinger, "A Matter of Influence". *New England Journal of Medicine* 316, no. 22 (1987): 1408-1409
61. L. Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance* (Stanford, CA: Stanford University Press, 1957); L. Festinger and J. M. Carlsmith, "Cognitive Consequences of Forced Compliance", *Journal of Abnormal and Social Psychology* 58, no. 2 (1959): 203-210
62. *Id.* (Festinger and Carlsmith)
63. H. C. Kelman, "Attitude Change as a Function of Response Restriction", *Human Relations* 6, no. 3 (1953): 185-214
64. Ver Goldfinger, *supra* nota 60; Chren and Landefeld, *supra* nota 11
65. *Id.* (Chren and Landefeld)
66. Ver Sierles *et al.*, *supra* nota 51
67. B. J. Sagarin, R. B. Cialdini, W. E. Rice, and S. B. Serna, "Dispelling the Illusion of Invulnerability: The Motivations and Mechanisms of Resistance to Persuasion", *Journal of Personality and Social Psychology* 83, no. 3 (2002): 526-541
68. A. Fugh-Berman, A. Scialli, and A. M. Bell, "Why Lunch Matters: Assessing Physician's Perceptions about Industry Relationships", *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 30, no. 3 (2010): 197-204