

¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo?¹

Nuria Homedes² y Antonio Ugalde³

En respuesta al lema de salud para todos en el año 2000, los gobiernos del tercer mundo han extendido los servicios de atención primaria de salud, medida que ha llevado a un enorme aumento del número de recetas médicas. Es muy poco, sin embargo, lo que sabemos sobre la forma en que los pacientes del tercer mundo consumen los medicamentos recetados. A fin de evaluar la información disponible, examinamos 37 estudios empíricos sobre el tema que fueron ubicados por medio de líneas electrónicas y redes de información.

En general, la orientación de los estudios es biomédica. Los autores evalúan el grado de cumplimiento y formulan recomendaciones para mejorarlo. Encontramos poca consistencia en la definición de cumplimiento y metodologías muy diversas para su evaluación. A pesar de los problemas metodológicos, la mayoría de los investigadores llegaron a la conclusión de que el cumplimiento de los tratamientos médicos era pobre. El mal cumplimiento plantea interrogantes sobre la calidad de la atención, los efectos iatrógenos del uso inadecuado de medicamentos modernos, y los efectos sanitarios y económicos de las inversiones en salud. Al mismo tiempo se reconoce que, dadas las prácticas de prescripción actuales y la falta de eficacia de muchos medicamentos, el buen cumplimiento podría estar contribuyendo poco a la calidad de la atención. El grado de cumplimiento y las prácticas de prescripción siempre deben examinarse simultáneamente y como parte de las evaluaciones de la calidad de la atención.

Las preparaciones farmacéuticas modernas son parte del arsenal de los distintos tipos de personas dedicadas a sanar a los demás. William Osler afirmó que "el deseo de tomar medicamentos es, quizá, la principal característica que distingue al ser humano de los animales" (Olatunde 1979). En todas partes del mundo la gente espera mucho de estas "balas mágicas". Los medicamentos crean en las personas la falsa noción de que existe una pastilla para cada enfermedad, siempre que se pueda pagar.

Las investigaciones realizadas en varios países del tercer mundo han demostrado que la confianza de los pacientes en los medicamentos del mundo occidental es mayor que su confianza en los médicos, y que muchos pacientes van a los centros asistenciales para conseguir medicamentos, y no para que se les haga un diagnóstico (Alland 1970; Bleek 1979; Ugalde 1984; Hunte y Sultana 1992). Van der Geest (1982) resumió esa actitud con estas palabras: "La percepción de que la función del médico es menos importante que la de los medicamentos podría estar muy difundida en los países en desarrollo".

Como se ha comprobado en muchos estudios, los pacientes mismos son una fuente importante de medicación (si se desea obtener una bibliografía completa, véase Hardon et al. 1991). Ledogar (1975) señaló que en un país sudamericano 75% de las ventas de medicamentos correspondían a consumidores que se automedicaban, pero no se debe echar toda la culpa a los consumidores de la "far-

¹ Publicado originalmente en *Health Policy and Planning*, 1993, 8(4):291-314, con el título "Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know?" Esta traducción se publica con autorización de la Oxford University Press y de los autores.

² Banco Mundial, Washington, D. C., Estados Unidos de América.

³ Universidad de Texas, Departamento de Sociología, Austin, Texas, EUA, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. Dirección postal: Department of Sociology, University of Texas, Austin, TX 78712, Estados Unidos de América. Toda correspondencia debe dirigirse al doctor Ugalde a esta dirección.

maceuticalización" de la vida. La automedicación se ve fomentada por los servicios de salud de mala calidad e inasequibles, así como por la poca reglamentación de la venta de fármacos, la aplicación poco rigurosa de los reglamentos existentes y la intensa comercialización de la industria farmacéutica.

Los médicos, el personal de salud, los vendedores detallistas, los farmacéuticos, los mercachifles y los curanderos tradicionales también contribuyen al elevado consumo de medicamentos. Para los que atienden enfermos, recetar tiene un gran efecto simbólico, porque les asegura que están tratando al enfermo adecuadamente. Para el enfermo es prueba tangible de que el médico o curandero ha identificado bien la causa de su enfermedad, de que hay una cura y de que ha hecho bien en consultar. También simboliza el interés del médico o curandero en el enfermo y refuerza en este último la conciencia de su condición de enfermo (Kapil 1988). Muchos pacientes, incluso en zonas rurales del tercer mundo, suelen creer que un médico que no receta medicamentos no los está atendiendo bien. Otra razón por la cual se recetan medicamentos es de índole económica. En varios países, especialmente del Asia, es común que los médicos vendan a los enfermos los medicamentos recomendados (véanse las fuentes citadas por Kapil 1988). El resultado es una complicidad oculta entre la persona que receta y el paciente, complicidad en que participa la industria farmacéutica con sus prácticas de promoción dudosas.

En respuesta al llamado de Alma-Ata a la expansión de la atención primaria, en muchos países del tercer mundo se han construido numerosos centros asistenciales, muchos de los cuales, especialmente en América Latina, actualmente funcionan con médicos. Los métodos de prescripción que usan y la falta de eficiencia de sus sistemas de compra y abastecimiento explican, en parte, por qué un gran porcentaje de los recursos de salud pública se gastan en medicamentos. Según Morice (1985), alrededor de 40% de los fondos destinados a la salud pública en el tercer mundo se asignan a la compra de productos

farmacéuticos, en comparación con 7,7% en países industrializados.

Una pregunta importante, pero que está aún sin contestar, es si en última instancia, la proliferación de medicamentos, resulta útil o perjudicial, o incluso si se justifica desde el punto de vista de los costos de oportunidad. Se podría afirmar que la automedicación y la facilidad con que se consiguen los fármacos, unidas a la gran variedad de profesionales de la salud, incluidos los médicos, que recetan medicamentos sin conocer cabalmente sus efectos, constituyen una amenaza para la salud de la población.

Preocupadas por estos problemas, varias organizaciones internacionales y algunos gobiernos han comenzado a promover un uso más "racional" de los medicamentos. Lamentablemente, se han hecho muy pocos estudios sobre la pertinencia de los tratamientos medicamentosos, el cumplimiento⁴ del tratamiento médico por los pacientes, la medida en que se observan las especificaciones de los fabricantes y las razones de la falta de cumplimiento. De hecho, en la actualidad se sabe muy poco sobre la forma en que los pacientes del tercer mundo usan los medicamentos recetados.

El propósito del presente artículo es consolidar la información existente sobre este tema. Examinamos todos los estudios empíricos disponibles sobre el cumplimiento, analizamos los problemas de definición y metodología, resumimos las características de los estudios y sus principales conclusiones y señalamos las áreas que quedan por investigar.

CUMPLIR O NO CUMPLIR: HE AHÍ EL DILEMA

Desde 1990, los interesados en investigar el cumplimiento de los tratamientos médicos han encontrado por lo menos 8 000 referencias bibliográficas sobre el tema

⁴ Estamos al tanto del debate en torno al uso y significado de los términos "cumplimiento" y "adhesión". No tenemos la intención de abordar este debate en el presente artículo y usamos ambos términos indistintamente.

(Donovan y Blake 1992). La mayoría de estos estudios se han realizado en unos cuantos países occidentales. En cambio, en las bibliotecas (búsquedas en el Index Medicus, Bireme, Medline y Lilacs) y redes de información electrónicas y a través de otros métodos hemos encontrado solo 37 estudios empíricos sobre el cumplimiento en el tercer mundo.⁵

Los estudios realizados en países desarrollados indican que de 50 a 60% de los pacientes no cumplen el tratamiento médico (Becker 1985). La razón por la cual los enfermos acuden al médico y no siguen sus instrucciones es un tema que se ha estudiado pero sobre el cual no se han encontrado respuestas satisfactorias. En los países occidentales hay un debate creciente sobre la conveniencia de que los pacientes cumplan. No es nuestro propósito explayarnos en el tema; sin embargo, resumiremos los puntos sobresalientes y examinaremos su aplicabilidad al tercer mundo.

Las principales investigaciones sobre el cumplimiento parten del supuesto de que los enfermos que van a un médico o a un curandero tienen un problema que quieren resolver. Los investigadores también han partido de la hipótesis de que el enfermo acude al médico o al curandero porque estos son peritos en diagnosticar el problema y recetar un tratamiento para superarlo, aliviarlo o controlarlo. En condiciones ideales, los pacientes cumplidores son los que se ciñen estrictamente a los consejos del médico o del curandero. En este mundo ideal, el diagnóstico es exacto, el tratamiento es eficaz y el paciente es obediente. Según dicen algunos, tal combinación sirve para asegurar, que el paciente mejore, siempre que haya una solución. Desde el punto de vista económico, los pacientes cumplidores usan los recursos sanitarios adecuadamente. Acudir a un experto y no seguir sus consejos parece un acto irracional;

recibir o comprar medicamentos y no usarlos de la manera recomendada es un derroche. En resumen, el papel del paciente consiste en obedecer y cumplir (Parsons 1951; Bloom y Wilson 1979: 280); el incumplimiento se considera indeseable y, en algunas ocasiones, anómalo.

En las investigaciones sobre el cumplimiento se han señalado varias razones por las cuales los pacientes no cumplen: su renuencia a aceptar un tratamiento desagradable, su irresponsabilidad o falta de motivación, su pérdida de fe en el tratamiento, su rápida recuperación u otros factores que, por lo general, tienden a ser culpa del paciente y, por supuesto, su falta de recursos para pagar los medicamentos. Otra línea de investigación pone de relieve la falta de comunicación entre médicos y pacientes como causa del incumplimiento. Los pacientes no comprenden los consejos del médico o los olvidan debido a su baja escolaridad, su edad avanzada u otras causas. A veces, parte de la culpa por la falta de comunicación se atribuye a los médicos. Es posible que no hayan explicado correctamente el tratamiento, que no hayan recalado debidamente la necesidad de que el mismo sea continuo o que no hayan motivado al paciente. La falta de comunicación se explica, a su vez, por la mala formación que se da en las facultades de medicina o por la renuencia del médico a dedicar el tiempo necesario a cada consulta.

Los resultados de las investigaciones sobre el cumplimiento se han usado para elaborar modelos de comportamiento orientados a superar los obstáculos señalados y mejorar la observancia de los tratamientos médicos. Algunos ejemplos son el modelo de creencias relacionadas con la salud (Health Belief Model) (Becker et al. 1979), el modelo cognoscitivo (Cognitive Model) (Ley 1986) y el modelo de decisiones sobre la salud (Health Decision Model) (Eraker et al. 1984).

Sin embargo, existen opiniones opuestas con respecto al cumplimiento. Contrario a la hipótesis de Parsons sobre el sometimiento y la pasividad del enfermo, algunos autores han demostrado las ventajas de que ciertos pacientes se cuiden a sí mismos y controlen el

⁵ Encontramos algunos estudios sobre el cumplimiento en el tercer mundo que se han publicado en revistas nacionales y que no están en los archivos electrónicos, pero no pudimos incluirlos todos en nuestro análisis porque las fuentes no proporcionaban información correcta o completa o porque no encontramos las publicaciones.

tratamiento de su enfermedad (Conrad 1985; Donovan y Blake 1992). En ciertas circunstancias se considera que experimentar con la dosis, interrumpir el tratamiento y ensayar otros tratamientos son aspectos favorables de la autoasistencia. Esta postura puede tomarse como una reacción al lugar dominante que ocupa la profesión médica en el sector de la salud, la imposición del modelo biomédico de la atención de salud y el afán de lucro de las compañías farmacéuticas (Trostle 1988). Deben ser los pacientes quienes juzguen las ventajas y desventajas de los tratamientos recetados, ya que son ellos, en última instancia, los llamados a juzgar la calidad de su propia vida y a establecer por sí mismos sus prioridades vitales. Las soluciones procedentes de fuentes no profesionales podrían ser diferentes de las propuestas por profesionales y adaptarse mejor a las metas del paciente. El que este se aparte de las recomendaciones no debería juzgarse negativamente. Estos investigadores también critican los estudios sobre el cumplimiento porque, según ellos, los resultados se transmiten a los médicos, quienes usan la información para aumentar su capacidad de manipular al paciente.

El estudio realizado por Conrad (1985) con pacientes epilépticos reveló que algunos preferían interrumpir el tratamiento durante períodos prolongados o modificar la dosis. El estigma asociado con la medicación y la actitud de algunos pacientes para quienes controlar las convulsiones no era la máxima prioridad justificaban, según el autor, que no se cumpliera el tratamiento recomendado.

Donovan y Blake (1992) documentaron en su estudio sobre la artritis reumatoidea que el incumplimiento no se debía a errores cometidos por los pacientes (olvidar el mensaje, entender mal los consejos, etc.) o los médicos (falta de comunicación), sino a la decisión *consciente* de los pacientes. Estos autores recomiendan que se proporcione más información a estos últimos para facilitar su participación activa en la selección del tratamiento y al final del estudio afirman que quizá el problema ahora no sea el cumplimiento, sino lograr que el personal médico

comprenda y comparta las decisiones que ya los pacientes están tomando sobre sus medicamentos.

LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL CUMPLIMIENTO EN EL TERCER MUNDO

En los párrafos siguientes examinaremos la pertinencia del análisis precedente para el tercer mundo. La situación sanitaria y los servicios de salud son muy diferentes en los países del tercer mundo, donde hace poco que la mayor parte de la población ha empezado a tener acceso a la atención médica "moderna". En general, la disponibilidad de la medicina biomédica se considera un adelanto con respecto a la atención tradicional de épocas anteriores y a la autoasistencia *elegida* por necesidad. Muchos pacientes usan servicios biomédicos modernos de su elección y quieren cumplir las recomendaciones, pero no lo hacen. A simple vista, las razones del incumplimiento parecen similares a las señaladas en las principales investigaciones sobre el cumplimiento en países occidentales (el no comprender bien la recomendación, la desaparición rápida de los síntomas, y demás). Cuando se observan más de cerca, sin embargo, las circunstancias contextuales resultan muy diferentes.

La comunicación entre médico y paciente

El problema de la comunicación es especialmente inquietante cuando se consideran las extremadas diferencias socioeconómicas, educacionales, culturales y lingüísticas entre los proveedores y usuarios de los servicios. Debido a estas barreras, los pacientes de bajos ingresos, que constituyen la gran mayoría, rara vez se atreven a pedir aclaraciones e información adicional, y mucho menos a refutar a los médicos. Durante las 404 consultas que observamos en Costa Rica, por ejemplo, se recetaron 1 023 medicamentos y los pacientes pidieron aclaraciones solo en relación con 10 de ellos.

Debido al analfabetismo o baja escolaridad de los pacientes (es posible que nunca hayan aprendido los principios fundamentales de la biología) y a la falta de capacidad de los médicos de traducir los conceptos científicos al marco cultural de aquellos, a la mayoría de los médicos les resulta difícil explicar la índole de la enfermedad y proporcionar información adicional para ayudar a los pacientes a tomar una decisión bien fundada a la hora de seleccionar un tratamiento y evaluar las opciones disponibles. En el tercer mundo, hacer que los pacientes pobres se transformen de pasivos en activos cuando reciben atención al estilo occidental moderno es un problema interesante y probablemente urgente, pero poco discutido.

Los medicamentos occidentales en hogares del tercer mundo

Hay otras diferencias entre los países del mundo occidental y los del tercer mundo. Algunos afirman que fomentar el autotratamiento con fármacos modernos en pacientes que por primera vez pueden recibir atención profesional es dar un paso atrás. En las publicaciones también se han documentado los riesgos para la salud que conlleva la automedicación con fármacos modernos en el tercer mundo (Ferguson 1981; Abosede 1984; Hardon 1987; Kapil 1988). Apartarse de la dosis recomendada o acortar el tratamiento podría tener efectos secundarios graves que el paciente con frecuencia ignora. La mayoría de los pacientes en el tercer mundo no saben, por ejemplo, que un tratamiento incompleto con antibióticos tiene consecuencias perjudiciales para la salud y con frecuencia lo interrumpen cuando apenas desaparecen los síntomas.

Disminuir la dosis o interrumpir el tratamiento podría llevar a la acumulación de medicamentos en el hogar, particularmente cuando los medicamentos son gratuitos o subsidiados (Ugalde y Homedes, en prensa). La presencia de medicamentos, a menudo mal almacenados, en viviendas precarias, en climas inhóspitos, entre personas analfabetas o de escasa instrucción, y en viviendas haci-

nadas y con muchos niños —condiciones que existen entre las poblaciones pobres del tercer mundo— crea grandes riesgos de envenenamiento accidental y medicamentoso y fomenta la automedicación entre los miembros de la familia y sus vecinos (Madhi et al. 1983; Minchola de Pérez 1984; Abdulaziz Al-Sekait 1989; El Tom 1991).

En países occidentales, el movimiento de la medicina holística y los que abogan por que los pacientes mismos controlen su tratamiento señalan que, en la actualidad, estos tienen más oportunidades de participar activamente en el autotratamiento. Estas incluyen la información que reciben de profesionales que no son médicos —es decir, terapeutas de otro tipo, amigos y los medios de comunicación (Donovan y Blake 1992)— pero estas circunstancias no existen entre las poblaciones del tercer mundo.

Asimismo cabe destacar que gran parte del apoyo al autotratamiento de las enfermedades en los países industrializados se basa en estudios sobre enfermedades crónicas, por lo que se puede poner en tela de juicio la aplicabilidad de este concepto a trastornos agudos que amenazan la vida o a enfermedades con secuelas graves para las que existe una cura conocida. Lo mismo se puede afirmar en relación con las enfermedades transmisibles (tanto agudas como crónicas) que tienen repercusiones comunitarias. No es muy probable que ayudar a los pacientes, incluso a los poco motivados, a observar los regímenes médicos para el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, la malaria, la lepra y la oncocercosis se pueda interpretar como una manipulación para fomentar el control profesional o la promoción de la biomedicina en el tercer mundo. Las repercusiones comunitarias de las enfermedades degenerativas, como la hipertensión, el reumatismo o la hipercolesterolemia, son muy diferentes.

Otra consideración importante para el presente análisis es la diferencia de recursos entre países occidentales y del tercer mundo. En todas partes se debe evitar el derroche, pero cuando los recursos son extremadamente escasos, la necesidad de reducirlo es aun más apremiante. Los países del tercer

mundo rara vez gastan más de 4 o 5% de su bajo producto nacional bruto (PNB) en la salud y, como ya se dijo, un porcentaje relativamente alto de esta suma se destina a la compra de productos farmacéuticos. Por consiguiente, se deben promover medidas orientadas al uso adecuado de los medicamentos.

En vista de las consideraciones antedichas se podría caer en la tentación de concluir que las medidas para mejorar la adhesión a los regímenes médicos serían bien recibidas en el tercer mundo. Lamentablemente, las condiciones reales del tercer mundo son complejas y hay otras consideraciones que sugieren lo contrario.

Las equivocaciones de los médicos

En muchos lugares del tercer mundo, la situación ideal de la biomedicina dista mucho de la real. Rara vez se siguen los procedimientos básicos de diagnóstico debido a la falta de equipo, como laboratorios, a una formación médica deficiente o a la actitud despreciativa de los médicos urbanos de clase media y alta hacia los pobres que usan los servicios (Maitai y Watkins 1980). Los errores de diagnóstico que cometen los médicos, que también ocurren en los países occidentales, son más acentuados. Por ejemplo, en un estudio sobre el control de la hipertensión arterial en Zimbabwe, Kitai et al. (1986) sospecharon que las medidas para controlar la tensión arterial no eran confiables. La prescripción inadecuada y excesiva es común en todas partes (OMS 1985; Kunin 1985; Carruthers et al. 1987) pero más en el tercer mundo, donde los autores han notificado métodos de prescripción muy dudosos (Bouraoui y Douik 1981; Bygbjerg 1978; Soumerai 1988; Soumerai et al. 1989). En su penetrante estudio sobre la prescripción de medicamentos en la India, Greenhalgh (1987: 316) hace una observación que podría traducirse de la siguiente forma:

... muchos médicos mostraban una ignorancia alarmante de los peligros que encierran ciertos medicamentos de uso común: a menudo no conocían los efectos teratogénos de los fármacos con alto contenido de estrógeno y proges-

terona que se usan con regularidad para las pruebas del embarazo, ni el efecto de los derivados del pirazol en la médula ósea. Sin embargo, la ignorancia no puede explicar todos los casos de uso inadecuado de medicamentos. Por ejemplo, mientras que algunos médicos elogiaban las propiedades antiinflamatorias de los corticosteroides, otros afirmaban abiertamente que, en el ejercicio privado de la medicina, había que aliviar los síntomas antes que el paciente decidiera cambiar de médico.

En la República Dominicana, el diazepam era uno de los 33 medicamentos básicos que el Ministerio de Salud distribuía gratuitamente a todos los puestos rurales de atención primaria de salud. Todos los meses, los médicos que prestaban servicios rurales obligatorios pero que todavía no estaban habilitados para ejercer la medicina recetaban miles de pastillas de diazepam. Con frecuencia, la receta se daba para tratar afecciones distintas de la ansiedad, como el insomnio, y se proporcionaba poca información o ninguna sobre los efectos secundarios o las advertencias del fabricante. En Indonesia se recetaban antimicrobianos para 88% de los casos de resfriado común (Gan y Gan 1978). Isenalumhe y Oviawe (1988) también notificaron la existencia de prescripciones innecesarias en Nigeria. En la República Dominicana también vimos a un médico amonestar a una madre por no haber seguido su consejo de dejar de amamantar a su hijo cuando al pequeño le dio diarrea.

La eficacia de los medicamentos

A todo lo antedicho es preciso agregar el problema de la eficacia de los medicamentos. En muchos estudios se ha confirmado que las compañías farmacéuticas exageran las propiedades curativas de muchos de sus productos y no divulgan plenamente sus efectos yatrógenos (Silverman et al. 1982). Kitai et al. (1986) llegaron a la conclusión de que una posible explicación del escaso efecto del tratamiento en el control de la hipertensión arterial era que los medicamentos recetados no eran los apropiados. También llegaron a sospechar que los bloqueantes beta adrenérgi-

cos eran menos eficaces en los pacientes negros que en los blancos. Un estudio realizado por Chetley y Gilbert (1986) sobre los mercados farmacéuticos de la India, Indonesia, el Oriente Medio, África y el Caribe reveló que 80% de los antidiarreicos son ineficaces para el tratamiento de la diarrea aguda, que 85% de los remedios que se venden para la tos y el resfrío son combinaciones irracionales y que 70% de todos los productos son innecesarios o peligrosos. En vista de esta situación, es razonable concluir que en muchos casos el incumplimiento no es tan malo como parece.

Por último, hay que reconocer que muchos episodios de enfermedad se resuelven sin ninguna intervención. Axton y Zwambila (1982), en su estudio sobre el cumplimiento en el marco de la atención primaria de salud en Zimbabwe, lo reconocen con toda franqueza al observar que “cabría esperar una evolución favorable (para la salud), con o sin tratamiento”. En resumen, preconizar la administración de farmacoterapia moderna por los pacientes mismos podría tener consecuencias perjudiciales para la salud en las condiciones imperantes en el tercer mundo. Por otra parte, los esfuerzos para mejorar el cumplimiento también podrían ser perjudiciales en vista de la calidad de la atención. Conscientes de que se trata de una situación imposible, ahora evaluaremos la experiencia adquirida a través de los estudios sobre el cumplimiento realizados en el tercer mundo.

ESTUDIOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO EN EL TERCER MUNDO

Como ya hemos señalado, solo encontramos 37 estudios empíricos sobre el cumplimiento de los regímenes farmacéuticos recomendados por los médicos, y en todos se ha seguido la orientación biomédica propia de las principales investigaciones occidentales. Excluimos de nuestro análisis los estudios sobre el cumplimiento de los métodos de planificación familiar porque en la observancia del control de la natalidad influyen mucho los valores culturales y religiosos, la relación de

la pareja y el esfuerzo del usuario por evitar el embarazo, variables que generalmente difieren de las que influyen en el cumplimiento de la farmacoterapia.

El anexo 1 contiene información sobre el lugar y las circunstancias en que se realizaron los estudios, la definición de cumplimiento utilizada por los autores, el tamaño de la muestra y la metodología, el tipo de enfermedad y medicación estudiados, y un resumen de las conclusiones de cada estudio.

La definición de cumplimiento

Para seguir los consejos del médico es imprescindible comprenderlos. El paciente no puede cumplir los regímenes médicos si no comprende y recuerda las recomendaciones. De los 37 estudios examinados, 4 analizaron la comprensión, 30, el cumplimiento, y 3, las dos cosas. En condiciones ideales, el paciente cumplidor es aquel que se ciñe estrictamente a las recomendaciones en términos de dosis, intervalo, duración, momento y método de administración de los medicamentos. En solo cuatro estudios se aplicó esta definición rigurosa de cumplimiento (Ramos de Fernández y Riera Zubillaga 1983; Homedes et al. 1989; Carrasco et al. 1990; Ngoh 1992). Algunos investigadores consideraban cumplidores a los pacientes que tomaban la dosis recomendada, sin tener en cuenta los otros tres parámetros.

Analizamos otras definiciones de cumplimiento utilizadas en los estudios. En aquellos casos en que el tratamiento se administraba en el centro asistencial, los pacientes cumplidores eran los que asistían a determinado porcentaje de consultas durante un período específico, pero el período varió de un estudio a otro. Por ejemplo, en los estudios en pacientes con tuberculosis, los cumplidores eran los que terminaban el tratamiento administrado en el centro asistencial. Lo mismo ocurrió en el estudio sobre la profilaxis de la fiebre reumática.

En las investigaciones en que se usaron pruebas bioquímicas, se calificó de cumplidores a los pacientes que tenían vestigios del

medicamento en la orina o en la sangre. Como se explicará en el apartado siguiente, con frecuencia existe una relación entre la metodología utilizada y la definición seleccionada.

El entorno y la metodología: cómo medir el cumplimiento

Como se indica en el cuadro 1, se realizaron 19 estudios en América Latina, 13 en África y cinco en Asia. La mayor parte de los estudios se llevaron a cabo en hospitales o centros asistenciales urbanos, y solamente en siete se estudiaron los usuarios de servicios rurales. El tamaño de la muestra varió mucho de un estudio a otro y tuvo un recorrido de 24 a 48 345. Los pacientes fueron el blanco de la investigación, excepto en dos estudios en los cuales este fue la familia del paciente.

Los métodos que se usan para evaluar el cumplimiento comprenden la autoinformación, la información colateral, las evaluaciones del comportamiento y las pruebas bioquímicas. Cada uno de estos métodos presenta distintos problemas. La confiabilidad de la autoinformación es limitada debido a la tendencia del paciente a sobrestimar su cumplimiento y al bien conocido problema de la memoria. A pesar de sus limitaciones, sin embargo, algunos investigadores han señalado que este método es el más conveniente. En su investigación en países occidentales, Feinstein (1979: 312) llegó a la conclusión de que la mejor forma de averiguar lo que el paciente ha hecho es preguntárselo directamente. De la respuesta el investigador puede extraer información cualitativa y cuantitativa que no se obtiene con otras técnicas. Carrasco et al. (1990) y Homedes (1990) com-

raron la información basada en un recuento de pastillas con la autoinformación de los pacientes en Chile y Costa Rica, respectivamente, y corroboraron las conclusiones de Feinstein. Sin embargo, en otros estudios se ha llegado a la conclusión opuesta. En un estudio realizado en el Brasil (Bezerra Alves et al. 1987) y otro en la India (Kumar y Balakrishnan 1983), en que se usaron la autoinformación y pruebas bioquímicas, se llegó a la conclusión de que la autoinformación no era confiable.

La exactitud de la información colateral dada por médicos, enfermeras y miembros de la familia depende del grado de conocimiento que tengan del paciente, de la calidad de los registros de los centros asistenciales, o ambas cosas.

Los métodos que se usan más comúnmente para evaluar el comportamiento son el control de las consultas en el centro asistencial, el recuento de pastillas o la medición de líquidos (determinación del porcentaje de medicamento tomado) y la observación del comportamiento. El control de la asistencia a las consultas es un método confiable, pero se puede usar solamente para los medicamentos que se administran en el centro asistencial. En países como Zimbabwe, los pacientes conservan sus expedientes médicos y algunos expedientes se pierden.

El recuento de pastillas y la medición de líquidos no proporcionan información sobre la dosis, el modo de administración o el intervalo entre dosis; existe, además, la posibilidad de cometer errores cuando se usan medicamentos sobrantes para el tratamiento estudiado. El recuento de medicamentos sobrantes es complicado desde el punto de vista logístico debido a la falta de normalización en

CUADRO 1. Distribución regional de los estudios sobre el cumplimiento, en zonas rurales y urbanas

Región	Número de estudios	Zona rural	Zona urbana	Total
África	13	5	10	15
Asia	5	0	5	5
América Latina	19	2	18	20
Total	37	7	33	40*

* Suma más de 37 porque algunos estudios se hicieron en zonas urbanas y rurales.

el diseño de envases y porque es muy difícil, o incluso imposible, determinar el porcentaje de las inhalaciones, gotas, pomadas y cremas que se utilizó. La observación del comportamiento individual es sumamente confiable, pero lleva mucho tiempo y es imposible en el caso de pacientes ambulatorios porque el observador no puede permanecer con el paciente las 24 horas del día.

Los marcadores bioquímicos también tienen serias limitaciones. No todos los fármacos pueden detectarse en la sangre o en la orina. Las pruebas revelan solo si el paciente tomó la última dosis del medicamento y no dicen nada sobre la regularidad con que se lo ha tomado. Además, los marcadores bioquímicos son costosos y es posible que no se puedan usar en zonas rurales o en países donde hay pocos laboratorios.

Hay distintas formas de averiguar las recomendaciones del médico: observar la consulta, examinar el expediente médico o los rótulos de los medicamentos, o preguntarle al paciente. El primer método es el más exacto, pero es el que lleva más tiempo; además, no todos los pacientes permiten que haya observadores durante la consulta.

Las recomendaciones del médico y del farmacéutico no siempre coinciden. En el estudio que realizamos en Costa Rica (Homedes et al. 1989) observamos discrepancias en cuanto a las dosis de los medicamentos estudiados y el intervalo entre dos dosis consecutivas en 8 y 5% de los casos, respectivamente. En una situación de ese tipo, el investigador tiene que decidir cuál de las dos recomendaciones elegir para determinar el grado de cumplimiento.

En resumen, no hay ningún método perfecto para evaluar el cumplimiento. A veces la índole del tratamiento determina la metodología más adecuada. Por ejemplo, para los tratamientos que deben administrarse en centros asistenciales, controlar la asistencia a las consultas puede ser una buena forma de evaluar el cumplimiento. Con mucha frecuencia, la factibilidad, la disponibilidad de recursos y la logística determinan la metodología que se usa y, a su vez, la definición de cumplimiento.

En vista de las limitaciones de cada método, es preferible usar una combinación de varios. Homedes et al. (1989) observaron consultas médicas y anotaron las recomendaciones de los médicos. Varios días después, en el curso de una visita domiciliaria, los investigadores preguntaron a los pacientes qué les habían recomendado y cómo estaban tomando el medicamento, y después compararon sus anotaciones y lo recordado con las recomendaciones escritas en los rótulos de los medicamentos. También se usaron recuentos de pastillas y mediciones de líquidos para corroborar lo que habían dicho los encuestados.

De los estudios sobre el cumplimiento que hemos analizado, solamente siete usaron una combinación de dos métodos o más. Como se indica en el cuadro 2, el método que se usó más comúnmente fue el examen de expedientes médicos (45%), seguido de la autoinformación (29%), el recuento de pastillas (14%) y las mediciones bioquímicas (12%).

En los estudios en que se evaluó el grado de conocimiento que tenían los pacientes sobre los regímenes médicos, la información se obtuvo por medio de entrevistas con el paciente, ya sea en el centro asistencial o en su domicilio pocos días después de la consulta médica. Ugalde et al. (1986) examinaron el efecto del pasar del tiempo en la memoria del paciente sobre las recomendaciones del médico. Para ello entrevistaron a un grupo de pacientes 4 a 6 horas después de la consulta, a un segundo grupo 25 a 36 horas después de la misma, y a un tercer grupo 54 a 60 horas después.

CUADRO 2. Métodos utilizados en los estudios sobre el cumplimiento

Métodos	No.	%
Examen de expedientes médicos	19	45
Autoinformación	12	29
Recuento de pastillas o medición de líquidos	6	14
Marcadores bioquímicos	5	12
Total	41*	100

* Suma más de 37 porque en algunos estudios se usó más de un método.

El enfoque de los estudios

El cuadro 3 presenta los tipos de estados patológicos o medicamentos abarcados en los 37 estudios. Resulta evidente que la mayoría de los investigadores examinaron una sola enfermedad crónica y que unos cuantos examinaron varias: hipertensión arterial (9 estudios), tuberculosis (7), lepra (4), diabetes (3), enfermedades de las vías respiratorias superiores (2), trastornos psiquiátricos (2), enfermedades gastrointestinales (1), enfermedades cutáneas (1), epilepsia (1), y profilaxis de la malaria y de la fiebre reumática (1). Solo seis estudios examinaron los problemas de atención primaria tratados en los centros de salud y tres los atendidos en la consulta externa de los hospitales.

Tres estudios se centraron específicamente en el cumplimiento del tratamiento con antibióticos. En 1988 se realizó otro estudio sobre los antibióticos en el estado de Tlaxcala, México, pero todavía no se han analizado los resultados. Cinco estudios involucraron cierto grado de experimentación. En

1979, Sechrist realizó en Nigeria una investigación para ver qué sabían los pacientes sobre las recomendaciones de los médicos con respecto al tratamiento con antibióticos y estudió la forma en que se podía informar mejor a los pacientes sobre su uso correcto. Ngoh (1992) estudió la medida en que las mujeres de las zonas rurales de Camerún cumplían los tratamientos con antibióticos y midió hasta qué punto los medios visuales y organizadores avanzados aumentaban el cumplimiento y la capacidad de las pacientes de entender los regímenes. Hay otros dos estudios sobre el control de la tensión arterial y uno sobre la tuberculosis en que se miden los efectos que tiene en el cumplimiento explicar a los pacientes en qué consiste el tratamiento.

RESULTADOS

Todos los artículos examinados estudiaron el cumplimiento desde un punto de vista biomédico: en ellos la adhesión a los regímenes médicos siempre se considera conveniente. Ninguno de los estudios encaró el tema con un enfoque étnico, es decir, desde el punto de vista del paciente mismo. En todos los estudios los objetivos de la investigación fueron determinar en qué medida se cumplían (o se comprendían) los regímenes médicos e identificar factores que permitieran predecir el cumplimiento o variables que pudieran explicar su ausencia. Rara vez se examina si el tratamiento es adecuado para las afecciones que aquejan al paciente.

Distintas definiciones, metodologías, características residenciales, tipos de medicamentos o características sociodemográficas de los pacientes explican los resultados contrastantes, y a veces contradictorios, que se encuentran en los artículos publicados. El porcentaje de pacientes cumplidores tuvo un recorrido de 26 a 100%, aunque en general el grado de cumplimiento notificado fue bajo. Los factores relacionados con el cumplimiento mostraron poca consistencia. En algunos estudios, ciertas variables, tales como la edad, el sexo, la situación socioeconómica,

CUADRO 3. Tipos de enfermedades y tratamientos comprendidos en los estudios sobre el cumplimiento

	No. de estudios
Hipertensión arterial	9
Tuberculosis	7
Atención primaria de salud	6
Atención ambulatoria hospitalaria	3
Lepra	4
Diabetes	3
Tratamiento con antibióticos	3
Trastornos psiquiátricos	2
Infecciones de las vías respiratorias superiores	2
Enfermedades cardiovasculares	1
Enfermedades cutáneas	1
Epilepsia	1
Enfermedades gastrointestinales	1
Enfermedades infecciosas	1
Malaria (quimioprofilaxis)	1
Fiebre reumática (profilaxis)	1
Total	44*

* Suma más de 37 porque algunos estudios abarcaron más de una enfermedad.

la escolaridad, el número de medicamentos recetados y la gravedad del problema de salud, según la percibía el paciente mismo, fueron estadísticamente significativos, pero en otros no.

En vista de que, en general, los pacientes no conocen bien las enfermedades y los tratamientos —este tema se tratará más adelante— es poco probable que un porcentaje importante de la falta de cumplimiento se haya debido a una decisión consciente de elegir otros tratamientos o experimentar con la dosis, o a que el paciente supiera que el fármaco no era eficaz. También es dudoso que los pacientes hayan interrumpido el tratamiento porque temían los efectos secundarios del medicamento a largo plazo. Cabe preguntarse si, de haber sabido el pronóstico de la enfermedad o los efectos adversos de interrumpir el tratamiento, los pacientes habrían decidido o no seguir la recomendación. Se trata de una pregunta que no se puede contestar con la información disponible.

No obstante, hay algunas propuestas generales que hemos logrado resumir después de examinar todo el conjunto de estudios sobre el cumplimiento en el tercer mundo. Los pacientes saben muy poco sobre su propia enfermedad, así como las razones por las que deben tomar un medicamento en particular y sus posibles efectos secundarios. Por ejemplo, en su estudio de enfermedades crónicas en Chile, país de medianos ingresos, Roizblatt et al. (1984) observaron que solo 4% de los pacientes conocían la naturaleza de su enfermedad y menos de 6% conocían los efectos secundarios de la medicación. En el mismo país, Carrasco et al. (1990) notificaron que solo 36% de las madres comprendían el tratamiento recetado para las infecciones de las vías respiratorias superiores de sus hijos. En Zimbabwe, 93% de los pacientes con hipertensión arterial no comprendían la enfermedad y 36% no sabían por qué estaban tomando los medicamentos (Nyazema, 1984). En el mismo estudio, ninguno de los diabéticos sabía por qué tenía que esterilizar la aguja y la jeringa. Como ya hemos señalado, observamos 404 consultas realizadas por 12 médicos en servicios de atención primaria de

salud en Costa Rica, país cuyo sistema de servicios de salud se considera uno de los mejores del tercer mundo. Entre los medicamentos recetados figuran los corticosteroides, tranquilizantes, antidepresivos y diuréticos, pero ninguno de los médicos proporcionó información sobre sus efectos secundarios o los riesgos de su uso incorrecto (Homedes et al. 1989).

No es de sorprender que con frecuencia los estudios revelen la necesidad de mejorar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, los medicamentos recetados y su administración. Los resultados de estudios experimentales realizados en lugares tan diversos como México, Camerún, Brasil, Nigeria y Chile, en los cuales se señaló que enseñar a los pacientes a administrar el tratamiento aumentaba el cumplimiento, respaldan esta recomendación. Sin embargo, cabe destacar que en un estudio en pacientes hipertensos se llegó a la conclusión de que educar a los pacientes aumentaba mucho sus conocimientos, pero no redundaba en un mejor resultado en lo que al tratamiento se refiere (Florenzano—Urzúa et al. 1981b).

En varios estudios se señaló la necesidad de que participaran otros miembros del personal de salud, además de los médicos, en la tarea de proveer información a los pacientes sobre su enfermedad y en la administración del tratamiento. Cabe destacar que en dos estudios se observó que el personal de enfermería se comunicaba con los pacientes mejor que los médicos (Wagstaff et al. 1982; Artigas Giorgi et al. 1985). En el estudio de Wagstaff et al. la diferencia es muy patente. Cuando los médicos recomendaron la duración del tratamiento, 40% de los pacientes la recordaron; el porcentaje aumentó a 74% cuando el personal de enfermería transmitió la información. Asimismo, cuando fueron los médicos quienes proporcionaron información sobre el propósito del tratamiento, solo 26% de los pacientes sabían en qué consistía el régimen; el porcentaje aumentó a 65% cuando la información fue transmitida por el personal de enfermería. El conocimiento del diagnóstico aumentó de 28% en los casos en que provenía del médico, a 63% en los que provenía de

dicho personal. El autor atribuye el éxito de este último a su mayor afinidad cultural con los pacientes y a su mayor disponibilidad de tiempo. Es posible que los pacientes mismos sean conscientes de las ventajas de los servicios proporcionados por el personal de enfermería. En un estudio se señala, con respecto a este punto, que los pacientes hipertensos preferían ir a centros asistenciales municipales, donde trabajaban profesionales de enfermería, en vez de ir al hospital, que estaba atendido por médicos (Kitai et al. 1986).

Buchanan y Mashigo (1977) recomiendan que el personal y los asistentes de enfermería desempeñen un papel más activo en la promoción del cumplimiento y que los médicos consulten más al farmacéutico y lo acepten como parte del equipo de salud. Carrasco et al. (1990) proponen que los farmacéuticos asuman un papel más destacado en dar a los pacientes información sobre el uso de fármacos, y Ugalde et al. (1986) recomiendan que los promotores de salud supervisen a los pacientes y les ayuden con su farmacoterapia.

Fueron pocos los estudios en que se confirmó que los pacientes que cumplían el tratamiento mejoraban, pero no se puede dar por sentado que haya una relación directa entre el grado de cumplimiento y la mejoría. De dos estudios sobre la hipertensión arterial realizados en el Brasil, uno reveló que el cumplimiento no estaba relacionado con el control de la hipertensión. En el otro se encontró que la tensión arterial había bajado al nivel normal en solo 19% de los pacientes y que en 10% había bajado a un nivel límite, pero que en 7% había aumentado.

No hay muchos estudios que hayan examinado las razones del incumplimiento; sin embargo, aquellos que lo han hecho suelen coincidir en que el incumplimiento se debe a algunas de las siguientes situaciones: la falta de comunicación entre médico y paciente (el problema citado con mayor frecuencia); la falta de organización de los servicios de salud (espera prolongada en los centros asistenciales, conflicto entre los horarios de atención y de trabajo, dificultad para conseguir una consulta, distancia del centro asistencial); la in-

dole del tratamiento (efectos secundarios, falta de confianza en el fármaco, un número excesivo de medicamentos); y la sensación de mejoría experimentada por los pacientes o las dificultades que les impiden seguir el tratamiento. El costo rara vez figura entre los factores que obstaculizan el cumplimiento, en parte porque en muchos de los estudios los medicamentos se proporcionaron gratuitamente, lo cual no es común en la mayoría de los países del tercer mundo.

Entre las recomendaciones formuladas para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente se encuentran las siguientes: usar el idioma local (Axton y Zwambila 1982); comunicar los resultados de las pruebas a los pacientes (van Asbeck-Raat y Becx-Bleumink 1986); usar símbolos con pacientes analfabetos (Ngoh 1992) y verificar que el paciente haya entendido lo que se le ha dicho (Ugalde et al. 1986; Tovar Espinosa y Tamez 1987). Florenzano (1981a) y Kitai et al. (1986) señalaron que la falta de continuidad de la interacción entre el médico y el paciente contribuía a la falta de cumplimiento.

En varios estudios se observó una relación inversa entre el cumplimiento y el número de medicamentos recetados y se recomendó reducir el número de recetas por paciente. Para Henderson (1984), el uso de fármacos combinados fue una manera de simplificar la administración de productos farmacéuticos, y algunos autores señalaron que los medicamentos administrados por vía parenteral eran más valorados y llevaban a un mejor cumplimiento. Otra recomendación de varios autores fue fomentar la participación de la familia en la administración de los medicamentos recetados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los estudios sobre el cumplimiento realizados en el tercer mundo indica que se dispone de muy poca información sobre la forma en que los pacientes usan los medicamentos recetados; que el grado de cumplimiento suele ser pobre; y que en los estudios no se ha determinado si es o no adecuado el tratamiento. Estos resultados dan

lugar a dudas sobre la calidad de la atención, los posibles efectos iatrógenos y el efecto sanitario y económico de las inversiones en salud. Recomendar que los proveedores de servicios de salud se esfuercen por mejorar el cumplimiento es demasiado simplista y riesgoso. Es poco lo que se puede lograr mejorando el cumplimiento, dada la actual pobreza de las prácticas de prescripción y el uso de medicamentos de dudoso valor terapéutico.

Un defecto importante del cumplimiento radica, posiblemente, en la separación analítica entre este y las prácticas de prescripción. Eso no quiere decir que ambos aspectos no se puedan investigar de forma independiente para dar paso a consideraciones logísticas y financieras. También es necesario dar a las investigaciones sobre el cumplimiento un enfoque étnico, que hasta ahora ha estado completamente ausente probablemente debido a la orientación biomédica de los estudios. Aunque los estudios parciales (aquellos sobre la comprensión de los regímenes, o los que investigan el cumplimiento sin tener en cuenta las prácticas de prescripción) siempre son de utilidad como fuentes de información, *no se deben adoptar políticas en torno al cumplimiento sin antes evaluar las prácticas de prescripción y las razones por las cuales los pacientes no cumplen el tratamiento.*

Por otra parte, cuando la eficacia del tratamiento se conoce ampliamente, cuando la posibilidad de un error en el diagnóstico es mínima, y cuando el paciente solicita el servicio y está dispuesto a seguir las recomendaciones médicas, resulta obvio que promover la adhesión a los regímenes médicos es algo provechoso, especialmente en el tratamiento de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la lepra y la oncocercosis. Es absolutamente necesario realizar estudios sobre la adhesión a los regímenes médicos que se usan para tratar enfermedades específicas de este tipo en países del tercer mundo, así como investigaciones destinadas a elaborar modelos de adhesión para estos países.

Por lo menos cuatro tipos de pacientes acuden al médico pero no siguen sus consejos:

- ☐ los que quieren cumplir pero no saben cómo o han olvidado todas o algunas de las recomendaciones;
- ☐ los que saben cómo pero no se sienten lo suficientemente motivados para seguir las recomendaciones;
- ☐ los que no pueden cumplir debido a su pobreza, a la imposibilidad de conseguir los medicamentos o a otros obstáculos externos; y
- ☐ los que cambian de parecer y, por varias razones, deciden no seguir las recomendaciones (efectos secundarios, análisis de costo-beneficio, mejoría rápida, etc.).

Los siguientes comentarios se basan en la premisa de que los diagnósticos son correctos y de que los fármacos son eficaces, situaciones que, como ya hemos dicho, no siempre existen.

Grupo 1: pacientes motivados, pero sin información

Para el primer tipo de pacientes, tal como se indica en la sección de resultados, las fuentes bibliográficas sugieren la necesidad de mejorar la comunicación. Enseñar a los médicos a comunicarse eficazmente con los pacientes debería ser un componente importante de los programas de estudio de las facultades de medicina. Antes que los pacientes salgan del consultorio, los médicos deberían comprobar sistemáticamente que han comprendido el régimen. El uso de materiales escritos con claridad ayuda a los pacientes a recordar la información que han recibido sobre los medicamentos, y los folletos informativos sencillos pueden mejorar sus conocimientos sobre los medicamentos. En países donde los farmacéuticos escriben los rótulos de los fármacos, estos deberían ser claros y contener información sobre todos los aspectos del tratamiento: fechas de entrega y vencimiento, posología, intervalo, duración del tratamiento, advertencias y efectos secundarios. Como han señalado varios autores, las instrucciones se deben impartir de tal forma que estén al alcance del paciente cuando

este necesita referirse a ellas. Para los millo-
nes de pacientes analfabetos y funcional-
mente analfabetos, deberían prepararse y
usarse símbolos visuales compatibles con su
cultura local.

Las enfermeras y los farmacéuticos de-
berían ayudar a reforzar y, en casos necesari-
os, a aclarar los consejos de los médicos. Se
debería enseñar a los promotores de salud a
trabajar en estrecha colaboración con estos
para ayudar a los pacientes en mayor riesgo
de no cumplir el tratamiento, tales como los
analfabetos, las minorías étnicas, las perso-
nas de edad avanzada y las que toman varios
medicamentos. Las visitas domiciliarias de los
promotores, muchas de las cuales actual-
mente con infructíferas, podrían aprove-
charse para supervisar los regímenes médi-
cos y el almacenamiento adecuado de los
medicamentos.

La presentación o calidad del envase es
otro aspecto que hay que tener en cuenta,
porque si a los pacientes no les gustan los en-
vases, podrían guardar los medicamentos en
otro lugar, incluso mezclados con otros fár-
macos, y perder la información que aparece
en el rótulo.

Se podría afirmar con respecto a este
tema que la organización del sistema de sa-
lud influye en la adhesión del paciente al tra-
tamiento. Por la forma en que funcionan mu-
chos centros asistenciales, sus servicios están
fragmentados. Hay muy poca o ninguna co-
municación entre el médico y el encargado de
dispensar medicamentos, así como entre este
último, el médico, y otros miembros del per-
sonal de salud, como los promotores comu-
nitarios. Como se ha señalado anterior-
mente, sería sumamente útil que las personas
que dispensan medicamentos, los promotores
de salud y otros trabajadores auxiliares ayu-
daran a los pacientes a cumplir con su régi-
men. Los médicos también se beneficiarían si
otros miembros del personal de salud les se-
ñalaran los problemas y las razones por las
cuales los pacientes no cumplen sus recomen-
daciones. Esa información les ayudaría a me-
jorar la comunicación con los pacientes.

En muchas sociedades del tercer
mundo, la cohesión familiar sigue siendo muy

fuerte. No debe hacerse caso omiso del papel
que la familia podría desempeñar en el cum-
plimiento. La familia influye en las expecta-
tivas del paciente, en el esquema que este
aplica para entender la enfermedad, y en su
forma de usar los servicios de salud.

Grupo 2: pacientes informados, pero sin suficiente motivación

Para motivar al segundo tipo de pa-
cientes, es necesario comprender mejor su
falta de cumplimiento, ya que podría de-
berse a distintas razones. Por ejemplo, las
madres que pierden la paciencia a la hora de
administrar los medicamentos a sus recién
nacidos necesitan ayuda. A los pacientes que
encuentran repugnante el medicamento
también se les debe ayudar a superar su re-
sistencia. Y, cuando corresponda, a los pa-
cientes se les debe explicar las ventajas del
tratamiento precoz. Se sabe que los profe-
sionales de la salud pueden influir en el
grado de motivación de los pacientes va-
liéndose de factores tales como un trato in-
terpersonal afable y utilizando técnicas que
ayuden a sus pacientes a modificar su com-
portamiento.

Grupo 3: pacientes que no pueden cumplir debido a obstáculos externos

En cuanto a los pacientes que no pue-
den cumplir debido a factores ajenos a su vo-
luntad, los profesionales de la salud tienen que
explicar a los formuladores de políticas las
causas del incumplimiento a fin de buscarles
solución a través de diversas medidas. Estas
incluyen programas de medicamentos gra-
tuitos para personas indigentes, el subsidio
de medicamentos para los pobres y para pa-
cientes con enfermedades crónicas, y el su-
ministro de medicamentos por los promoto-
res de salud a pacientes aislados y de edad
avanzada.

Grupo 4: pacientes que deciden no seguir las recomendaciones

La información obtenida mediante estudios con un enfoque émico puede contribuir a determinar cuál es la mejor estrategia para ayudar a este tipo de pacientes. En algunos casos, no hacer nada podría ser la mejor estrategia. Cuando se trata de estos pacientes, el no cumplir las recomendaciones de los médicos no debe necesariamente interpretarse como algo indeseable. Solo si el incumplimiento de las recomendaciones tiene consecuencias irreversibles para la salud se justifica tomar medidas para prevenir sus efectos perjudiciales.

La gran medida en que la gente depende de los fármacos podría ser, en sí misma, un impedimento para el uso adecuado de los medicamentos recetados. A menudo, los médicos tienen que recetar medicamentos para satisfacer las expectativas de los pacientes. En países donde los medicamentos son gratuitos o subsidiados, los médicos se colocan en una situación incómoda si se niegan a recetar. La mayoría de los países se beneficiarían de una campaña por todos los medios de comunicación para enseñar a los pacientes que los medicamentos son de utilidad limitada, así como los perjuicios que ocasiona el uso incorrecto de los mismos y el valor de los tratamientos no farmacológicos.

También es necesario modificar la formación de los médicos. Su dependencia respecto de la farmacoterapia, vista en ocasiones como una forma liberal y dudosa de prescribir, se aborda en algunos de los estudios analizados en el presente artículo. En resumen, siempre es necesario analizar simultáneamente el cumplimiento y las prácticas de prescripción en los estudios destinados a evaluar la calidad de la atención.

Comprender mejor los problemas relacionados con el cumplimiento de los consejos del médico por parte de pacientes en países en desarrollo arroja información útil que podría servir de base para introducir cambios necesarios en el sistema asistencial oficial, mejorar la farmacoterapia y reducir los efectos económicos y sanitarios perjudiciales del uso inadecuado de medicamentos.

REFERENCIAS⁶

- Abdulaziz Al-Sekait M. 1989. Accidental poisoning of children in Riyadh, Saudi Arabia. *J R Soc Health* 109:204–205, 208.
- Abosedo OA. 1984. Self-medication: an important aspect of primary health care. *Soc Sci Med* 19:699–703.
- Alland Jr A. 1970. *Adaptation in cultural evolution: an approach to medical anthropology*. New York: Columbia University Press.
- Armstrong RH y Pringle, D. 1984. Compliance with antituberculous chemotherapy in Harare City. *Cent Afr J Med* 30(8):144–148.
- Artigas Giordi DM, Mion Junior D, Regina Car M, Pierin A, Bernades Silva H y Marcondes M. 1985. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhora. *Rev Bras Med (Cardiol)* 4(4): 167–176.
- Axton JHM y Zwambila LG. 1982. Treatment compliance and outcome at an urban primary health care clinic. *Cent Afr J Med*. 18(6):129–131.
- Barros MA, Silva S y Magna de Brito I. 1986. Hipertensão arterial. Aderência ao tratamento. *CCS* 8(2):7–9.
- Becker MH. 1985. Patients' adherence to prescribed therapies. *Med Care* 23(5):539–555.
- Becker MH, Maiman LA, et al. 1979. Patient perceptions and compliance: recent studies of the Health Belief Model. En: Haynes RB, Taylor DW and Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Bezerra Alves JG, Pacheco Martins Ribeiro Neto J, Castro Morais LO, de Miranda Leão E y Diniz Pacheco TH. 1987. Obediência a prescrição médica em pacientes pediátricos após receberem alta hospitalar. *Rev IMIP (Pernambuco)* 1(2):134–136.
- Bleek W. 1979. The doctor and the herbalist: views by Ghanian school pupils. En: Van der Geest and Van der Veen, eds. *In search for health: Essays in medical anthropology*. Amsterdam: Anthropological-Sociological Centre.
- Bloom S y Wilson RN. 1979. Patient-practitioner relationships. En: Freedman HE et al., eds. *Handbook of medical sociology*. 3ra ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bourauoi K y Douik E. 1981. Ordonnance médicale, santé publique et relation médecine-malade. *Tunis Med* 59:323–328.
- Buchanan N y Mashigo S. 1977. Problems in prescribing for ambulatory black children. *South Afr Med J* 52(1):227–229.
- Bygbjerg IC. 1978. Use of drugs in developing countries. *Trop Doctor* 8:174–176.

⁶ Se ha respetado el estilo de referencias del artículo original.

- Carrasco KI, González JM, Mascaró JV, Garrido RV, Saavedra MB y Ruiz CO. 1990. Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas: una experiencia de atención primaria pediátrica. *Cuad Med Soc Rev Chil Salud Pub* 31(2):44-53.
- Carruthers G, Goldberg T, Segal H y Sellers E. 1987. Drug utilization: a comprehensive literature review. Informe inédito para el Ministro de Salud de la Provincia de Ontario.
- Chetley A y Gilbert D. 1986. Problem drugs. *Health Action Int.*
- Conrad P. 1985. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med* 20:29-46.
- Cornejo EA, López IB, Moreno SS y Peña ED. 1982. Magnitud de la inasistencia a la profilaxis secundaria de fiebre reumática de la policlínica cardiovascular del Hospital Roberto del Río en un año de observación. *Rev Chil Ped* 53(1):53-58.
- De León Ovidio A, Rodríguez V y de Medina I. 1985. Transacciones familiares y adhesión a la farmacoterapia con litio. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 31:7-16.
- Donovan JL y Blake DR. 1992. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 34:507-513.
- Egbert A, Sifres I, Gaitán C, Travella A y Nemirovsky J. 1986. Tratamiento ambulatorio de la tuberculosis en un consultorio de neumotisiología en un hospital general: experiencia de cinco años. *Rev Argent Tuber Salud Pub* 47(1):33-39.
- El Tom A. 1991. Self-medication in Sweireeba village in Central Sudan. Trabajo presentado en la International Conference on Social and Cultural Aspects of Pharmaceuticals, Países Bajos, 17 a 21 de octubre.
- Eraker AS, Kirscht JP y Becker MW. 1984. Understanding and improving patient compliance. *Ann Int Med* 100:258-268.
- Feinstein AR. 1979. Compliance bias and the interpretation of therapeutic trials. En: Haynes RB, Taylor DW y Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins: 309-322.
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JWAS, et al. 1991. Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet* 337:406-409.
- Ferguson AE. 1981. Commercial pharmaceutical medicine and medicalization: a case study from El Salvador. *Cult Med Psychiatr* 5:105-134.
- Florenzano-Urzúa R, Rocessler A, Scharazer JG, Soto I y Cantú AM. 1981a. Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparación de dos sistemas de seguimiento. *Bol Oficina Sanit Panam* 91:428-438.
- Florenzano-Urzúa R, Scharazer JG, Cantú AM y Soto I. 1981b. Un estudio de pacientes que abandonan su tratamiento antihipertensivo. *Rev Med Chil* 109:1060-1064.
- Gan VHS y Gan S. 1978. Use of antimicrobials by private practice physicians in governmental health insurance service. *J Public Health*: 30-35.
- Greenhalgh T. 1987. Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey. *Soc Sci Med*. 25:307-318.
- Hardon AP. 1987. The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctors' prescription and self-medication. *Soc Sci Med* 25:277-292.
- Hardon A, van der Geest S, Geerling H y Le Grand A. 1991. *The provision and use of drugs in developing countries*. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.
- Henderson A. 1984. Tuberculosis in a developing country: experiences of the TB service at BMH, Dharan. *J R Army Med Corps* 130:22-30.
- Homedes N, Ugalde A, Zamora C y Sáenz LB. 1989. Cumplimiento de las recomendaciones médicas en Costa Rica. *Farmaco* 5(2):3-14.
- Homedes N. 1990. Patients' compliance with physician's advice in Costa Rica. Disertación doctoral, University of Texas, School of Public Health.
- Hunte PA y Sultana F. 1992. Health seeking behavior and the meaning of medications in Balochistan, Pakistan. *Soc Sci Med* 34:1385-1398.
- Isenalhume AE y Oviawe O. 1988. Polypharmacy: its cost burden and barrier to medical care in a drug-oriented health care system. *Int J Health Services* 18:335-342.
- Kapil I. 1988. Doctors dispensing medications: contemporary India and 19th century England. *Soc Sci Med* 26:681-689.
- Kitai IC, Matchaba R, Mushayandebvu I, Mbayiwa M y Matenga J. 1986. Hypertension in Harare hospital outpatients: drugs prescribed, drugs taken and control achieved. *Central Afr J Med* 32(11):262-268.
- Koticha KK y Raveendran Nair PR. 1979. Treatment defaulters in leprosy: a retrospective study of 42,000 cases. *Int J Leprosy* 47(1):50-55.
- Kumar A y Balakrishnan S. 1983. Operational study to monitor the regularity of Dapsone intake by leprosy outpatients. *Leprosy India* 55(3):521-527.
- Kunin CM. 1985. The responsibility of the infectious disease community for the optimal use of antimicrobial agents. *J Infect Dis* 151:388-389.
- Ledogar RJ. 1975. *Hungry for profits: US food and drug multinationals in Latin America*. New York: International Documentation (IDOC).
- Lessa I, Evangelista Filho D y Santo MEGE. 1983. Adesão. Eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. *Arch Brasil Cardiol* 42(2):119-123.
- Ley P. 1986. Cognitive variables and non-compliance. *J Compliance Health Care* 1:171-188.
- Madhi AH, Taha SAy Al Rifai MR. 1983. Epidemiology of accidental home poisoning in Riyadh (Saudi Arabia). *J Epidemiol Comm Health* 37:291-295.

- Maitai CK y Watkins WM. 1980. A survey of outpatient prescriptions dispensed in Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J* 26:641-645.
- Martínez C, Guiscafere H, Fleitas E, Cedillo L, Muñoz-Cota C y Muñoz O. 1982. Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. *Rev Med IMSS (Mex)* 20:667-675.
- McFarland WM. 1984. An evaluation of the effectiveness of ambulant treatment of pulmonary tuberculosis. *S Afr Med J* 70:265-266.
- Minchola de Pérez A. 1984. Accidentes en el hogar en niños menores de cinco años de Trujillo, Perú. *Bol Oficina Sanit Panam* 97:414-421.
- Morice E. Sin fecha, circa 1985. Drug information in developing countries. Documento inédito.
- Mull JD, Wood CS, Gans LP y Mull DS. 1989. Culture and compliance among leprosy patients in Pakistan. *Soc Sci Med* 29(7):799-811.
- Ngoh LN. 1992. The comprehension of antibiotic prescription instructions and their utilization in 3 primary health care settings in Cameroon, West Africa. Disertación doctoral, University of Texas at Austin.
- Nyazema NZ. 1984. Towards better patient drug compliance and comprehension: a challenge to medical and pharmaceutical services in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 18(7):551-554.
- Olatunde A. 1979. *Self-medication benefits, precautions and dangers*. Hong Kong: The MacMillan Press, Ltd.
- Parsons T. 1951. *The social system*. New York: The Free Press.
- Ramírez Aranda JM y Gómez Gómez C. Circa 1987. Análisis de los factores que influyen en el apego al régimen terapéutico en enfermos crónicos en el primer nivel de atención. Documento inédito.
- Ramos de Fernández IC y Riera Zubillaga A. 1983. Cumplimiento de órdenes médicas en pacientes pediátricos ambulatorios. *Arch Venezolanas Puericultura Ped* 46(1 y 2):37-42.
- Roizblatt SA, Cueto GU y Álvarez P. 1984. Diagnóstico y tratamiento: ¿qué saben los pacientes? *Bol Oficina Sanit Panam* 97(6):491-496.
- Sechrist KR. 1979. The effect of repetitive teaching on patients' knowledge about drugs to be taken at home. *Br J Nurs Stud* 16:51-58.
- Silverman M, Lee PR y Lydecker M. 1982. *Prescriptions for death*. Los Angeles: University of California Press.
- Soumerai S. 1988. Changing the unchangeable. Principles and experiences in improving prescribing accuracy. Presentado en el National Seminar on Rational Drug Therapy and Pediatric Practice, Nueva Delhi, India, 14 a 16 de enero.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ y Avorn J. 1989. Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature. *Milbank Q* 67:268-317.
- Taylor P y Mutambu SL. 1987. Compliance with malaria chemoprophylaxis programmes in Zimbabwe. *Acta Trop* 44:423-431.
- Tovar Espinosa JA y Tamez G. Circa 1987. Factores relacionados con el apego a los tratamientos en enfermedades agudas en el primer nivel. Documento inédito.
- Trostle JA. 1988. Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 27: 1299-1308.
- Ugalde A. 1984. Where there is a doctor. Strategies to increase productivity at lower costs. The economics of rural health care in the Dominican Republic. *Soc Sci Med* 19:441-450.
- Ugalde A, Homedes N y Collado J. 1986. Do patients understand their physicians? Prescription compliance in a rural area of the Dominican Republic. *Health Pol Plann* 1(3):250-259.
- Ugalde A y Homedes N. En prensa. Household storage of pharmaceuticals in Costa Rica. En: Etkin N et al., eds. *Soc Cult Aspects Pharmaceuticals in the Third World*.
- Uppal R, Sharma P, Sharma SC, Sharma PI y Kaur S. 1987. Compliance studies in dermatology. *Bull Postgrad Inst Med Educ Res* 21(2):73-76.
- Valenzuela P y Valenzuela MT. 1984. Quimioterapia abreviada de la tuberculosis en Chile. Consideraciones operacionales. *Rev Med Chil* 112:287-289.
- Van Asbeck-Raat AM y Becx-Bleumink M. 1986. Monitoring dapsone self-administration in a multidrug therapy programme. *Lepr Rev* 57:121-127.
- Van der Geest S. 1982. The illegal distribution of medicines in developing countries: pharmacists, drug peddlars, injection doctors and others. A bibliographical exploration. *Med Anthropol* 6(4):197-219.
- Vargas H, Gutiérrez R, Fallas O y Gainza J. 1978. Estudio sobre el consumo de medicamentos por parte de la población asegurada. *Rev Cent Am Ciencias Salud* 9:121-151.
- Wagstaff LA, Shuenyane EN, Mkhiasibe CM, Geefhuysen J y Platzky D. 1982. Comparisons in the therapeutic management of black pediatric outpatients by primary health care nurses and doctors. *South Afr Med J* 62:654-657.
- World Health Organization. 1985. Pharmaceutical distribution, prescription and use. Informe para la Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, Nairobi, Kenya, 25 a 29 de noviembre.
- World Health Organization. 1988. Rational use: more drugs, better health? Prescribing in perspective. *Essential Drugs Monitor* 7:14-15.
- Yeats JR. 1986. Attendance compliance for short-course tuberculosis chemotherapy at clinics in Estcourt and surroundings. *South Afr Med J* 70:265-266.

ANEXO 1. Estudios sobre el cumplimiento de las recomendaciones médicas en el tercer mundo, 1977 a 1992

País y autor	Entorno y tipo de problema	Muestra	Definición y método	Resultados
Argentina Egbert et al. (1986)	Consultorio urbano para tuberculosis Tuberculosis	390 pacientes de clase socioeconómica baja, mayores de 12 años	Incumplidores = pacientes que abandonaron el tratamiento. Examen de expedientes médicos.	62% de los pacientes terminaron el tratamiento. Todos los problemas médicos por fármacos se produjeron durante los 2 primeros meses de tratamiento.
Brasil Ariegas Giorgi et al. (1985)	Consultorio urbano para pacientes con hipertensión arterial Hipertensión arterial	El estudio tuvo dos fases: durante la primera, $n = 547$; durante la segunda, $n = 422$. Número total de pacientes = 969	Incumplidores = pacientes que no fueron al consultorio durante 3 meses seguidos. En la segunda fase, los pacientes recibieron instrucciones del personal de enfermería. Examen de expedientes médicos.	Los hombres analfabetos menores de 40 años fueron los menos cumplidores. Un tercio de los pacientes incumplidores abandonaron el tratamiento el primer mes y 90% antes del séptimo. El cumplimiento disminuyó con el tiempo: de 59% el primer año a 44% el segundo. El grupo que recibió instrucciones del personal de enfermería fue más cumplidor. No se observó ninguna relación entre un mejor cumplimiento y el control de la tensión arterial.
Brasil Barros et al. (1986)	Consultorio urbano para pacientes con hipertensión arterial Hipertensión arterial	564 pacientes de clase socioeconómica alta, 60% mujeres	Cumplidores = pacientes que asistieron a las consultas. Examen de expedientes médicos.	Solo 28% de los pacientes estaban cumpliendo bien el tratamiento a fines del primer año y 24% a fines del segundo.
Brasil Bezerra Alves et al. (1987)	Hospital pediátrico urbano Todas las enfermedades	121 niños (de 1 mes a 14 años) a los que se dio de alta	Cumplidores = los que siguieron las instrucciones. Autoinformación y recuento de pastillas.	52% cumplieron el tratamiento. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y la edad, el sexo, el origen del paciente y la presencia de un miembro de la familia durante la hospitalización. La autoinformación no es un método confiable.
Brasil Lessa et al. (1983)	Consultorio urbano para pacientes con hipertensión arterial Hipertensión arterial	109 pacientes de clase socioeconómica baja: 80 mujeres, 18% negros, 29% blancos, 52% mulattos	Cumplidores = pacientes que asistieron a las consultas durante 2 años. Examen de expedientes médicos.	Más de 34% abandonaron el programa durante los primeros 6 meses. Casi 37% cumplieron el tratamiento. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y el sexo, el número de fármacos y el costo de los mismos. La tensión arterial volvió a la normalidad solo en 19%, se mantuvo en un nivel límite en 10% y aumentó en casi 7%.

Camerún Ngho (1992)	3 centros asistenciales rurales Antibióticos	78 mujeres analfabetas de 15 a 55 años, divididas en tres grupos: un grupo testigo ($n = 26$) y dos grupos experimentales del mismo tamaño	Incumplidoras = las que tomaron la dosis equivocada una vez, las que tomaron los medicamentos a intervalos incorrectos cualquier día, las que abandonaron la farmacoterapia antes de tiempo o las que usaron la vía equivocada. Autoinformación. Grupo experimental 1 = recibió información sobre el uso de los medicamentos con medios audiovisuales. Grupo experimental 2 = recibió información sobre el uso de los medicamentos con organizadores avanzados y medios visuales.	Los grupos experimentales presentaron puntajes más altos que el grupo testigo en las pruebas de comprensión durante el seguimiento y después del mismo ($P < 0,05$). El grupo experimental 2 tuvo puntajes mucho más altos en la prueba de comprensión que el grupo experimental 1 ($P < 0,05$). Los dos grupos experimentales presentaron puntajes de cumplimiento más altos (90 y 95%) que el grupo testigo (78%). La diferencia entre el grado de cumplimiento de los dos grupos experimentales no fue estadísticamente significativa. Los puntajes de la prueba de comprensión tuvieron una correlación directa con el grado de cumplimiento.
Chile Carrasco et al. (1990)	Centro urbano de atención primaria Infecciones de las vías respiratorias superiores	90 menores de 6 años	Cumplidores = los que siguieron las instrucciones de los médicos tal como se indicaba en sus expedientes y tomaron de 85 a 115% de los medicamentos recetados. Autoinformación, recuento de pastillas y examen de expedientes médicos.	Las madres comprendían el tratamiento en 36% de los casos. Se observó una relación entre una mayor comprensión y la frecuencia de las consultas, el consumo de menos medicamentos, la educación de la madre y la insatisfacción con el tratamiento. Se observó una relación entre el grado de comprensión y el cumplimiento. El cumplimiento se asoció con el número de medicamentos (era menor con dos medicamentos) y con la capacidad de la familia de comprarlos. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y la satisfacción de la madre con la consulta médica, la percepción del estado de salud del niño y la gravedad del problema de salud. Los fármacos podrían desempeñar un papel más importante en enseñar a los pacientes a usar productos farmacéuticos.
Chile Cornejo et al. (1982)	Consultorio cardiovascular de un hospital urbano Profilaxis de la fiebre reumática	162 niños	Incumplidores = los que no recibieron tratamiento durante 3 meses consecutivos o más. Examen de expedientes médicos.	48% dejaron de cumplir en algún momento del estudio, y 13% abandonaron el tratamiento por completo. Cuanto mayor era el niño y cuanto más tiempo había estado en tratamiento, menos cumplía.
Chile Florenzano-Urzúa et al. (1981a)	Consultorio urbano para pacientes con hipertensión arterial Hipertensión arterial	24 pacientes de 60 años en promedio, 22 mujeres y 2 hombres	Incumplidores = aquellos que al cabo de 1 mes o más de tratamiento no asistían a las consultas de seguimiento. Examen de expedientes médicos.	Las mujeres de mayor edad, con menos educación y con un conocimiento insuficiente de la enfermedad eran más propensas a abandonar el tratamiento. Razones del abandono: dificultades para conseguir la consulta; espera prolongada; malas relaciones con el personal del centro; cambio de médico; mala relación entre médico y paciente; conflicto entre el horario de atención y el horario de trabajo.

ANEXO 1. (Continuación)

País y autor	Entorno y tipo de problema	Muestra	Definición y método	Resultados
Chile Florenzano-Urzúa et al. (1981b)	Consultorio urbano para pacientes con hipertensión arterial Hipertensión arterial	80 casos y 34 testigos 28% de analfabetos	Cumplidores = los que asistieron a las consultas. Estudio de casos y testigos. Influyó el hecho de que las enfermeras dieran instrucciones a los pacientes. Examen de expedientes médicos. Después de 6 meses de tratamiento se preguntó a los pacientes qué sabían sobre la hipertensión arterial y se les pidió que dieran información sobre su cumplimiento.	Los pacientes del grupo testigo tendían más a interrumpir el tratamiento que los pacientes que habían recibido instrucciones del personal de enfermería. Se observó una relación directa entre la escolaridad y los conocimientos sobre hipertensión arterial. La información de los pacientes conduce a un conocimiento mucho mejor de la enfermedad, pero no a mayor éxito con el tratamiento.
Chile Roizblatt et al. (1984)	Centros asistenciales urbanos especializados (hipertensión arterial, enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos psiquiátricos)	Pacientes psiquiátricos: 101 mujeres, 19 hombres. El resto: 77 mujeres y 23 hombres	Estudio de los conocimientos de los pacientes sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.	Solo 4% de cada grupo con un problema de salud conocía a fondo el diagnóstico y el tratamiento. Los pacientes psiquiátricos sabían menos que los demás sobre el diagnóstico pero sabían más sobre el tratamiento y sus efectos. Menos de 6% de los pacientes conocían los efectos secundarios.
Chile Valenzuela et al. (1984)	Consultorio urbano para pacientes con tuberculosis Tuberculosis	2 312 pacientes	Incumplidores = los que abandonaron el tratamiento. Examen de expedientes médicos.	El cumplimiento era mayor cuando los regímenes de tratamiento eran más fáciles. El porcentaje de incumplidores bajó de 22 en 1978 a 7 en 1982.
Costa Rica Horned et al. (1989)	Medicina familiar, ubicación 50% urbana y 50% rural: 1 centro asistencial rural: 1 consulta externa de hospital urbano. 1 consulta externa de hospital rural Atención primaria	404 pacientes, 988 medicamentos	Cumplidores = los que siguieron las instrucciones de los rótulos de los medicamentos o las recomendaciones del médico. Autoinformación y recuento de pastillas.	8% de los pacientes se fueron del centro sin información sobre la dosis, 21% sin información sobre el intervalo, 69% sin información sobre la hora en que debían tomar el medicamento y 79% sin información sobre la duración del tratamiento. En 5% de los medicamentos había discrepancias entre las recomendaciones del médico y lo que decía en el rótulo. La gente seguía más las instrucciones escritas que las recomendaciones verbales. Según el método del recuento de pastillas, 77% de los medicamentos que podían causar problemas iatrogénos se tomaron correctamente.
Según la autoinformación de los pacientes, 78% se cifraron a la dosis, 67% observaron el intervalo, 56% tomaron los medicamentos en el momento indicado y 53% hicieron el tratamiento completo. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y la duración de la consulta.				

Costa Rica Vargas et al. (1978)	Centro asistencial urbano. Medicina familiar (74%), pediatría (24%), psiquiatría (2%) Atención primaria	476 pacientes, 66% mujeres	Cumplidores = los que tomaron los medicamentos siguiendo las instrucciones del médico tal como las describieron durante la entrevista después de la consulta. Recuento de pastillas.	43% de los pacientes tomaron más de 76% del medicamento reclutado. Se observó una relación entre la baja escolaridad y los bajos ingresos por una parte, y un menor cumplimiento por otra. Eran más cumplidores los pacientes que tomaban tres o cuatro medicamentos y los que recibían inyecciones o pastillas. Razones del incumplimiento: efectos secundarios; mejoría; falta de confianza en el medicamento; demasiados medicamentos. Los menores de 1 año presentaron el grado más bajo de cumplimiento.
República Dominicana Ugalde et al. (1986)	Centro de atención primaria rural Atención primaria	119 pacientes	Estudio sobre la comprensión de los consejos del médico. Visita domiciliar para obtener información sobre la retención y comprensión de los consejos médicos en cuanto a dosis, intervalo, hora y duración.	Los pacientes recordaron correctamente solo 50% de los consejos del médico. A los ancianos, a las personas con menos de 7 años de escolaridad y a las que tomaban varios medicamentos les fue más difícil retener la información.
Etiopía Asbeck-Paat et al. (1986)	Consultorio urbano para pacientes ambulatorios Lepra	721 pacientes que iban a consultas de seguimiento	Cumplidores = pacientes con resultados positivos en la prueba de orina. Prueba bioquímica.	91% de los pacientes cumplieron el tratamiento. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y la edad, el sexo, la prevalencia de discapacidad o el contacto de un miembro de la familia con un leproso. Se observó una relación inversa entre el cumplimiento y la duración del tratamiento.
India Kolicha et al. (1979)	Consultorio para pacientes ambulatorios de un hospital urbano y sus 10 centros asistenciales periféricos Lepra	48 345 pacientes que asistieron al hospital de 1950 a 1979 27% eran bacteriológicamente positivos y 37% tenían deformaciones	Cumplidores = los que siguieron el tratamiento durante 9 meses del año por lo menos durante 3 años. Examen de expedientes médicos.	De los pacientes, 13% tomaban los medicamentos con regularidad. Más pacientes del grupo de 30 a 59 años cumplían con regularidad. Los casos bacteriológicamente positivos ($P < 0.0001$) asistían a las consultas con más regularidad que los casos no infecciosos. Los casos que no presentaban deformaciones acudían al consultorio con más regularidad (12,4% en comparación con 13,5%, $P < 0.01$). El tipo de lepra era un factor de predicción del cumplimiento (11,5% de los casos lepromatosos cumplían, así como 12,5% de los casos tuberculoides y 20,8% de los intermedios $P < 0.0001$). Los estudiantes y los trabajadores, ya fuesen obreros u empleados, cumplían más que los mendigos.

ANEXO 1. (Continuación)

País y autor	Entorno y tipo de problema	Muestra	Definición y método	Resultados
India Kumar et al. (1983)	Seis unidades móviles de tratamiento Lepra	319 pacientes, 24% menores de 15 años y 46% mujeres	Cumplidores = los que tomaban los medicamentos tal como habían sido recetados. Los pacientes iban al consultorio cada 2 semanas. En tres visitas domiciliarias realizadas de 7 a 10 días después de la primera, sexta y duodécima consulta se hicieron recuentos de pastillas.	Solo 36% de los pacientes fueron al consultorio. Alrededor de 10% de los pacientes que recogían los medicamentos no los tomaban. Los análisis de orina realizados durante las tres consultas fueron positivos en 85% de los pacientes. De 3 a 9% de los pacientes (las variaciones corresponden a distintos días de la visita domiciliar) tuvieron resultados negativos en la prueba de orina y en la relación dapsona/creatinina, aunque el número de comprimidos de dapsona cortados fue el esperado. La autinformación de los pacientes sobre la regularidad con que ingerían sus medicamentos no era confiable en 30 a 40% de los casos (las variaciones corresponden a distintos días de la visita domiciliar).
India Uppal et al. (1987)	Consultorio dermatológico para pacientes ambulatorios en un hospital urbano Enfermedades cutáneas	100 pacientes, 50% analfabetos	No se definió el cumplimiento. Autoinformación durante la consulta de seguimiento en el consultorio.	100% de los pacientes dijeron que estaban siguiendo el tratamiento recetado.
Kenya Feksi et al. (1991)	Zona rural y semiurbana Epilepsia	302 pacientes (173 hombres) de 6 a 65 años que habían sufrido convulsiones por lo menos dos veces el año anterior No habían recibido tratamiento con antiepilépticos durante los 3 meses previos Sin antecedentes de abuso de drogas	Cumplidores = pacientes que tomaron los medicamentos y terminaron 1 año de tratamiento. Pruebas bioquímicas.	Un agente de salud visitaba a los pacientes por lo menos una vez al mes. El personal de enfermería les hacía un análisis de sangre cada 3 meses, y cada paciente iba al médico seis veces al año. Al cabo de 1 año, solo 11% de los pacientes no estaban cumpliendo el tratamiento. Los agentes de salud pueden vigilar eficazmente el tratamiento de la epilepsia.
México Martínez et al. (1982)	Consultorio urbano para tuberculosos Tuberculosis	40 familias, 20 eran cumplidoras y 20 no lo eran Los incumplidores recibieron más información y supervisión	Incumplidores = los que abandonaron el tratamiento. Examen de expedientes médicos.	La mayoría de los casos de incumplimiento se debieron a que los pacientes no comprendían el problema y a la falta de comunicación entre la familia y los proveedores de servicios de salud. Los incumplidores eran de clase socioeconómica baja, se alimentaban mal, vivían en viviendas precarias y provenían de familias con problemas. Cuando los incumplidores recibieron más información, empezaron a cumplir el tratamiento.

México	Urbano	195 adultos mayores de 45 años	Cumplidores = pacientes que seguían las instrucciones del médico. Autoinformación.	61% de los pacientes con hipertensión arterial cumplieron la farmacoterapia y 46% la dieta. 79% de los diabéticos cumplieron la farmacoterapia y 61% la dieta. Se observó una relación entre el cumplimiento y la satisfacción con el tratamiento pero no entre aquel y la complejidad del tratamiento, la situación socioeconómica y la gravedad de la enfermedad. Se observó cierta relación entre el cumplimiento y la mejora de la hipertensión arterial, pero no entre aquel y la disminución de la glucosa.
México	Centro urbano de atención primaria	154 pacientes de clase socioeconómica baja	Cumplidores = pacientes que seguían las instrucciones. Autoinformación.	63% de los pacientes cumplían la farmacoterapia. 61% cumplían las recomendaciones sobre el estilo de vida. No se observó ninguna relación entre el cumplimiento, el número de medicamentos y la escolaridad. Razones del incumplimiento: falta de mejoría (15%), costo del medicamento (15%), mejoría (12%), falta de comprensión de las instrucciones (8%), dificultad para seguir las instrucciones (8%), dificultad para seguir las instrucciones debido a las condiciones de vida (12%).
Nepal	Consultorio urbano para pacientes tuberculosos	3 095 pacientes de 28 años de edad en promedio. Había dos veces más hombres que mujeres	Incumplidores = pacientes que habían interrumpido la quimioterapia un mínimo de 28 días. Examen de expedientes médicos.	32% de los pacientes no cumplieron el tratamiento. Los hombres dejaron de cumplir 3 veces más que las mujeres. 9% abandonaron el tratamiento muy temprano y 72% lo abandonaron al cabo de 6 meses. Los factores de predicción del incumplimiento fueron el sexo, los efectos secundarios, la baja escolaridad y la distancia del consultorio.
Nigeria	Hospital urbano (pacientes hospitalizados y ambulatorios). Enfermedades infecciosas. Antibióticos (sulfamidas o tetraciclina)	41 adultos	Estudio de casos y testigos. A los casos se les dieron instrucciones dos veces sobre la forma de administrar el medicamento.	Las instrucciones aumentaron en 35% los conocimientos sobre los medicamentos que debían tomarse en casa. Las características que se pasaban por alto con más frecuencia eran el nombre del medicamento y sus efectos secundarios.
Pakistán	Dos centros para leproso en barriadas de Karachi	128 pacientes: 69 hospitalizados, 59 ambulatorios que vivían en tugurios	Cumplidores = todos los pacientes hospitalizados, excepto los que esperaron por lo menos 3 años entre el diagnóstico inicial y el comienzo del tratamiento, y los ambulatorios, salvo los que no recibieron tratamiento por lo menos durante los 3 meses antes del estudio ($n = 48$).	No se observó ninguna relación entre el cumplimiento y el tipo de lepra o el grado de desfiguración, la edad o el origen étnico.
Mull et al. (1989)	Lepra	86 hombres de clase socioeconómica baja, 65% sin escolaridad	Examen de expedientes médicos.	Los incumplidores eran en su mayoría hombres, habían sufrido los efectos secundarios del tratamiento, y eran más proclives a negar que tenían la enfermedad y a acudir a curanderos y tratamientos tradicionales. Las presiones familiares, el estigma y la falta de comprensión de la enfermedad llevaban al incumplimiento. El principal factor que influye en el incumplimiento es la falta de comunicación entre el personal de salud y los pacientes.

ANEXO 1. (Continuación)

País y autor	Entorno y tipo de problema	Muestra	Definición y método	Resultados
Panamá De León et al. (1985)	Consultorio de un hospital urbano Trastornos bipolares (psiquiatría)	30 familias	El cumplimiento no se definió. Entrevista con los pacientes. En un análisis de conglomerados se agrupó a los pacientes según su evolución clínica, su cumplimiento de la farmacoterapia, su educación y sus características migratorias.	Las variables familiares de empatía, afecto y expresión de los sentimientos tuvieron valor predictivo en cuanto al cumplimiento y a la evolución clínica. Se observó una relación entre el bajo grado de cumplimiento y la baja escolaridad y residencia en zonas rurales. Las mujeres de mayor edad con más de un episodio cumplían más que el resto.
Sudáfrica Buchanan et al. (1977)	Consultorio pediátrico para pacientes ambulatorios de un hospital urbano	200 niños negros, 86% con problemas de salud agudos	Cumplidores = pacientes que tomaban el porcentaje de medicamento previsto. Recuento de pastillas (visita domiciliar de 5 a 8 días después de la consulta).	Se recetaron 2,13 compuestos por paciente. 46% no cumplieron el tratamiento: 71% tomaban un antibiótico; 78% tomaron parte del medicamento a una dosis más baja o a intervalos más largos entre dosis; a 22% les sobraron más medicamentos de lo previsto; 58% de los medicamentos eran a base de penicilina. Los médicos y el personal de enfermería indicaron a los pacientes cómo tomar los medicamentos en 38 y 9% de los casos, respectivamente.
Sudáfrica McFarland (1984)	Centro asistencial para mineros y sus familias Tuberculosis	Grupo a: 198 pacientes tratados en 1979 y 1980 fueron los primeros en recibir un régimen con rifampicina sin estreptomina: rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida. Grupo b: 247 pacientes tratados en 1978 y 1979 recibieron un régimen diario con estreptomina sin rifampicina ("estándar"): estreptomina, isoniazida, etionamida y tiacetazona	Cumplidores = pacientes que terminaron el tratamiento. Examen de expedientes médicos.	En el grupo a, 71% de los pacientes terminaron el tratamiento. En el grupo b, solo 41% lo terminaron.
Sudáfrica Wagstaff et al. (1982)	Centro urbano de atención primaria Atención primaria	Dos estudios: 1977 y 1980 n = 200 niños negros en cada estudio	Estudio sobre la comprensión de los regímenes. Se comparó la comprensión de los pacientes que habían recibido instrucciones del personal de enfermería y de los que las habían recibido de médicos. Entrevistas en el consultorio.	Conocimientos impartidos a los pacientes sobre: Dosis y vía de administración: - por médicos 88 1977 89 1980 - por enfermería 93 87 Duración del tratamiento: - por médicos 33 40 - por enfermería 33 74 Propósito del tratamiento: - por médicos 51 26 - por enfermería 61 65 Diagnóstico: - por médicos 28 28 - por enfermería 63 63 Consulta de seguimiento: - por médicos 51 43 - por enfermería - 43

Sudáfrica Yeats (1986)	Centros para pacientes tuberculosos; nueve en zonas urbanas y seis en zonas rurales Tuberculosis	50 pacientes, 25 remitidos a centros urbanos y 25 a centros rurales	Cumplidores = pacientes que asistieron al consultorio y recibieron por lo menos 80% del tratamiento. Examen de expedientes médicos.	48% de los pacientes cumplieron el tratamiento. El cumplimiento en los centros urbanos fue mucho mayor que en los centros rurales (68% en comparación con 28%). Cuanto más alejado estaba el centro asistencial, peor era el cumplimiento. En zonas distantes, los profesionales de la salud se sienten menos motivados a trabajar bien.
Venezuela Ramos et al. (1983)	Consultorio pediátrico para pacientes ambulatorios de un hospital urbano Todas las enfermedades	312 pacientes seleccionados de forma aleatoria	Cumplidores = pacientes que seguían las recomendaciones del médico con respecto a la dosis, el intervalo y la hora. Autoinformación.	68,6% de los pacientes eran cumplidores. El cumplimiento mostraba una relación inversa con el número de medicamentos recetados, la situación socioeconómica y la escolaridad del paciente. El cumplimiento presentaba una relación directa con la gravedad de la enfermedad tal como la percibía el paciente. El cumplimiento no guardaba relación con la edad ni con el sexo.
Zimbabue Armstrong et al. (1984)	Consultorio urbano para tuberculosos Tuberculosis	290 pacientes de todas las edades; el número de mujeres era el triple del número de hombres	Incumplidores = pacientes que habían interrumpido el tratamiento por lo menos 1 mes. Examen de expedientes médicos.	59% terminaron el tratamiento sin apartarse del régimen; en 24% se usaron marcadores químicos y los pacientes recordaron haber interrumpido el tratamiento, pero menos de 1 mes; 18% no siguieron el tratamiento y no volvieron. El mayor riesgo de incumplimiento se observó en personas desempleadas, amas de casa y niños trabajadores, independientemente de la edad y del sexo. El "método del sanatorio" no mejoró el cumplimiento.
Zimbabue Axton et al. (1982)	Consultorio urbano de atención primaria Atención primaria (50% con antibióticos)	83 niños	Cumplidores = pacientes que fueron al consultorio para recibir el tratamiento complementario tal como los médicos lo habían recomendado. Examen de expedientes médicos, que los pacientes mismos guardan en Zimbabue. Al leer los expedientes, los investigadores pueden determinar si los pacientes fueron al consultorio para recibir el tratamiento.	La tasa de cumplimiento fue de 93%. El buen cumplimiento se debe a que el personal de enfermería usó el lenguaje local, a que en muchos casos se recetaron inyecciones y a que el consultorio estaba a poca distancia. Los autores admiten que la mejoría de los pacientes no estaba relacionada con el cumplimiento.

ANEXO 1. (Continuación)

País y autor	Entorno y tipo de problema	Muestra	Definición y método	Resultados
Zimbabwe Kitai et al. (1986)	Consultorio para pacientes ambulatorios en un hospital urbano Hipertensión arterial	101 pacientes de 49 años en promedio, 63 mujeres. 55% de los que trabajaban eran semicalificados. 57% tenían de 4 a 7 años de escolaridad; solo 12% eran analfabetos	Cumplidores = pacientes que siguieron el tratamiento tal como se indicaba en los expedientes médicos (en Zimbabwe, los hospitales no archivan los expedientes médicos, sino que los guardan los mismos pacientes). Autoinformación y examen de expedientes médicos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) tensión arterial diastólica < 100 y b) tensión arterial diastólica > 100.	En los expedientes médicos de seis pacientes no se indicaba el régimen actual. En 30% de los casos hubo una discrepancia entre la dosis diaria recetada y la indicada por el paciente. De este grupo, 83% estaban tomando menos medicamento del recetado. Cinco pacientes estaban tomando dosis más altas. Hubo una relación estadísticamente significativa entre los pacientes incumplidores y el grupo b. Todos los pacientes que estaban tomando una dosis más alta pertenecían al grupo a. Era más fácil cumplir los regímenes de una o dos dosis diarias que los de dosis más frecuentes. A menudo, los pacientes eran atendidos por distintos médicos; 44% habían visto a dos o tres médicos y 26% a cuatro o más. La asignación de distintos médicos al mismo paciente se consideraba un obstáculo para el cumplimiento.
Zimbabwe Nvazema (1984)	Consultorio de hospital urbano Atención primaria, diabetes, hipertensión arterial	288 expedientes médicos de pacientes incumplidores, 69 entrevistas, edades de 18 a 69 años, 45 con hipertensión arterial, 16 diabéticos, 49 mujeres	Cumplidores = pacientes que asistían a las consultas de seguimiento. Examen de expedientes médicos. Entrevistas para determinar el grado de conocimiento.	25% de los pacientes incumplidores tenían hipertensión arterial, 15% eran diabéticos, 10% tenían asma y 8% eran epilépticos. 42% de los pacientes con hipertensión arterial ($n = 45$) no comprendían la enfermedad y 16% no sabían por qué estaban tomando los medicamentos. Aproximadamente la mitad dijeron que se saltaban algunas dosis. Ninguno de los pacientes que recibían insulina sabía por qué tenía que esterilizar la aguja y la jeringa.
Zimbabwe Taylor et al. (1987)	Agricultores de dos grandes plantaciones (76 000 y 21 000) Quimioprofilaxis de la malaria	424 personas de cuatro aldeas en cada plantación	Cumplidores = pacientes que tomaban los medicamentos tal como habían sido recetados. Prueba bioquímica y examen de expedientes médicos.	Según los análisis de orina, 52% estaban tomando los medicamentos (55% en una plantación y 48% en la otra). Solo 61% de los pacientes cuyo expediente médico decía que habían tomado el medicamento en realidad lo habían tomado.

ABSTRACT

Patients' Compliance with Medical Treatments in the Third World. What Do We Know?

Responding to the slogan of Health for All for the Year 2000, third world governments have expanded the provision of primary health services, and with it, the number of prescriptions has increased phenomenally. However, we know very little about how third world patients are using prescribed medicines. In order to assess the available information, we reviewed 37 empirical studies on compliance located through electronic lines and networking.

By and large, the orientation of the studies is biomedical. The authors measure levels of compliance and advance recommendations to increase them. We found little consistency in the definition of compliance and a variety of methodologies used in its measurement. In spite of methodological problems, most researchers found low levels of adherence to medical regimens. Low levels of adherence raise questions about the quality of care, iatrogenic effects caused by the inadequate use of modern medicines, and the health and economic impact of health investments. At the same time it is recognized that, given current prescribing practices and lack of efficacy of many medicines, compliance may add little to the quality of care. Compliance and prescribing behaviours should always be examined together and as part of quality of care assessments.

Primera Conferencia Internacional sobre Salud y Derechos Humanos

Fechas: 22 a 24 de septiembre de 1994
Lugar: Universidad de Harvard, Cambridge, Massachusetts
Matrícula: Anticipada, US\$195; a la entrada, \$225;
estudiantes, \$50

Se realizarán sesiones plenarias, mesas redondas, talleres y discusiones educativas en torno a la vinculación de la salud con los derechos humanos.

Información:

Ms. Susan Roman, Conference Coordinator
François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights
8 Story Street
Cambridge, MA 02138 (EUA)
Teléfono: (617) 496-4392; Fax: (617) 496-4399
Correo electrónico: hhrcon@harvard.harvard.edu.