

ANALISIS DEL NIVEL DE COMPRENSION
Y RETENCION DE LAS RECOMENDACIONES
MEDICAS EN UNA POBLACION RURAL
DE LA REPUBLICA DOMINICANA

ANTONIO UGALDE*
MARIA HOMEDES**
JAVIER COLLADO UREÑA***

La eficacia terapéutica de la atención médica depende de:
1) la habilidad del médico para hacer un diagnóstico correcto, 2) la
selección adecuada del tratamiento y 3) el cumplimiento de las

* Departamento de Sociología, Universidad de Texas, Austin, Texas, Estados Unidos.

** Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas, Houston, Texas, Estados Unidos.

*** Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo, República Dominicana.

Este estudio se realizó con fondos de una beca Fulbright-Hays Group Study Abroad. Estamos muy agradecidos del Dr. Amiro Pérez Mera, Secretario de Salud Pública y Asistencia Social y al Lic. Méjico Angeles Suárez, Subsecretario de la misma entidad por su valioso y continuo apoyo. También queremos agradecer a Bárbara Addington, Catherine Capers y Bárbara Jackson por su desinteresada ayuda en la recolección de datos. Para las familias de El Río que pacientemente respondieron a nuestras preguntas nuestra única forma de reciprocidad es la esperanza de que este estudio contribuya en un plazo breve de tiempo a mejorar la calidad de los servicios médicos de su comunidad y de otros distritos de salud de la República Dominicana.

indicaciones terapéuticas por parte del paciente. Si los pacientes no siguen el tratamiento prescrito todos los esfuerzos previos son intrascendentes.

Para que el paciente siga las recomendaciones médicas es necesario, primero, que las entienda; una vez entendidas, que las recuerde; y finalmente que se decida a cumplirlas.¹ Los dos primeros pasos de este proceso (entendimiento y retención) son indispensables para la consecución del tercero y van a ser el objeto de nuestro estudio. Esta distinción es importante porque las razones por las que unos pacientes no entienden y las razones por las que no cumplen pueden ser bien distintas. Por ejemplo, en algunas zonas rurales del Tercer Mundo una de las posibles razones por las cuales no se sigue el tratamiento, a pesar de haberlo entendido, podría ser el patrón de compra de los pacientes. Los campesinos están acostumbrados a comprar la comida a diario en pequeñas cantidades, algunas veces por problemas económicos, pero en otras ocasiones se debe a la falta de refrigeración o de un lugar apropiado para almacenarla. En la comunidad que estudiamos en la República Dominicana, este patrón de compra se extiende también a las medicinas. Los pacientes adquieren las medicinas en cantidades muy pequeñas en la farmacia local o en las pequeñas tiendas o colmados locales. Cuando esta pequeña cantidad se acaba, puede suceder que también se interrumpa o se termine el tratamiento, porque la distancia o las condiciones climatológicas pueden disminuir el incentivo para volver a la tienda, sobre todo cuando hay una mejora temporal de la sintomatología del paciente.

En los países industrializados se han hecho innumerables estudios sobre el cumplimiento de las recomendaciones médicas. mientras preparábamos nuestra investigación encontramos a través de la ordenadora electrónica más de 6,000 publicaciones sobre el tema.² En contraste con esta superproducción, las investigaciones en el Tercer Mundo, incluyendo Latinoamérica, son muy escasas y las pocas que existen se concentran en unas pocas enfermedades crónicas como la tuberculosis y la hipertensión, y el control de la natalidad.³ Hay que señalar que estos estudios se llevaron a cabo en clínicas urbanas y no hay ninguna investigación sobre el cumplimiento de las recomendaciones dadas por médicos de atención primaria rural en el Tercer Mundo.⁴ La falta, hasta muy recientemente, de médicos permanentes en las áreas rurales explica el por qué no se ha investigado ese aspecto tan importante de la atención médica.

Los estudios realizados en los países industrializados tienen una aplicación limitada en los países en vías de desarrollo, porque los problemas de comunicación entre médicos y pacientes en el Tercer Mundo, sobre todo en las áreas rurales, son distintos de los

de las sociedades industrializadas. Tanto en Latinoamérica como en otros países del Tercer Mundo la distancia social y cultural entre los médicos y los usuarios de los servicios de salud rural es muy amplia. El conocimiento que los médicos tienen del campesinado es superficial y limitado: en su mayoría los médicos son de origen urbano y pertenecen a la clase media o alta. Su entrenamiento universitario no ha llenado este vacío, en todo caso lo ha aumentado: las escuelas de medicina están orientadas hacia la práctica hospitalaria de alta tecnología y dan muy poca importancia, por no decir ninguna, al cuidado primario.⁵ Los problemas de comunicación entre médicos y pacientes rurales son culturales, sociales, económicos y en algunos sitios étnicos y lingüísticos. Por ejemplo, en Ecuador, donde gran parte de la población rural habla Quechua, en 1982 había únicamente un médico que hablase ese idioma.⁶ En Zimbabwé, Axton y Zwambila observaron en un centro urbano de atención primaria la influencia del idioma en el cumplimiento de las recomendaciones médicas: el cumplimiento era más alto entre aquellos pacientes a quienes se les daba la primera consulta en su idioma nativo.⁷

Dada esta laguna en la investigación del cumplimiento de las recomendaciones médicas entre pacientes rurales, pensamos que es urgente que se lleven a cabo estudios sobre este tema. La urgencia responde a la penetración de las industrias farmacéuticas en las áreas rurales del Tercer Mundo en los últimos años.⁸ Las medicinas han llegado al campesinado a través de los numerosos centros de salud rural que se han construido recientemente en la mayoría de los países de América Latina, y también como resultado de la incorporación de las áreas rurales a los mercados nacionales.⁹ Estos factores han incrementado la fe de los campesinos en el poder de las medicinas modernas con menosprecio quizá del valor terapéutico de otras alternativas curativas tales como dietas, hierbas medicinales, ejercicios o reposo, etc.

En segundo lugar, la urgencia responde al costo relativamente alto, tanto para el sector público como para los pacientes, de las medicinas.¹⁰ La República Dominicana no es una excepción. Los resultados de una encuesta hecha en 1968 indicaban que las personas con menos ingresos gastaban el 69% de los gastos de atención médica en medicinas.¹¹ En nuestro trabajo de campo encontramos también un alto gasto en medicinas. El promedio anual de gasto en medicinas de una familia campesina era 72 pesos (58 dólares) lo que equivalía al 58% de los gastos médicos.¹² Según nuestros cálculos, en 1983 el total de gastos en salud, incluyendo el sector público y el privado, en el área sanitaria estudiada (5,500 personas) ascendía a unos 209,000 pesos (136,000 dólares), y de ellos el 37% era para medicinas. En 1984, la recién creada farmacia popular, que servía al área objeto de nuestra investigación, vendió un total de 11,500 pesos (4,000 dólares) en medicinas.¹³

Las agencias internacionales del desarrollo y los organismos de las Naciones Unidas tales como la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF han demostrado desde hace varios años un gran interés en la distribución de medicinas y en el mejoramiento del código de medicamentos básicos.¹⁴ Sin embargo, hay una buena posibilidad de que estos esfuerzos, así como la amplia infraestructura física y humana que se ha desplegado en las áreas rurales del Tercer Mundo y una buena parte del gasto en medicinas tengan una eficacia terapéutica limitada (o negativa en los casos en que la falta de seguimiento adecuado en la medicación tiene efectos iatrogenéticos), porque, como indicarán los resultados de nuestra investigación, muchos pacientes no recuerdan con claridad las recomendaciones médicas, y por lo tanto no siguen el tratamiento de la manera requerida. En nuestro estudio encontramos que las recomendaciones no se daban por escrito, pero aunque así hubiera sido, muchos pacientes tampoco las retendrían, bien sea porque son analfabetos, porque las pierden o porque no las entienden.

Lugar de la Investigación y Metodología

El estudio se realizó en la sección de salud de El Río (municipio de Constanza) en la cordillera central de la República Dominicana, con una población de 5,500 personas distribuidas en 18 parajes. En esta sección de salud hay una sola clínica rural, la cual es la base de actividades del médico, y dos dispensarios atendidos semanalmente por el mismo médico. La clínica rural de El Río es una de las 341 clínicas rurales que se han ido estableciendo en el país desde 1975. Las medicinas básicas se venden tanto en la farmacia comunal de la clínica como en las de los dispensarios a precios muy inferiores a los de las farmacias urbanas y de los colmados locales, además la clínica entrega gratuitamente las medicinas básicas a las familias más pobres (unas 160 familias ó 10%).

Cuando realizamos este estudio (verano 1984), el médico de El Río era uno de los pocos médicos rurales permanentes (contrato de tres años) en el país, había empezado su servicio en 1982 cuando se graduó en una de las facultades de medicina más prestigiosas de la República Dominicana. Su conocimiento de la comunidad y su experiencia médica eran superiores a los de los médicos pasantes que trabajan en las clínicas rurales de la República Dominicana.¹⁵ El grado de aculturación o modernización de la población de El Río es relativamente alto, en parte ello se debe a las frecuentes idas y venidas de sus moradores a Santo Domingo, Santiago, Bonao, Constanza y otros centros urbanos menores en donde se encuentran los familiares que emigraron. Hay familias que tienen también parientes en New York y cada cierto tiempo los emigrantes new-yorquinos visitan El Río y los de El Río pasan una temporada en

Nueva York. En la agricultura se emplea tecnología avanzada: tractores, sistemas de riego de aspersión, pesticidas, fungicidas, herbicidas y abonos químicos. El Río se podría caracterizar como una región agrícola relativamente próspera. En investigaciones anteriores encontramos que el 17% de los que necesitaban atención médica fueron a consultar con médicos urbanos, y el lugar preferido para dar a luz de las mujeres entrevistadas era el hospital. Únicamente el 5% de la población enferma acudía a curanderos, y en la mayoría de los casos la consulta tenía lugar cuando la medicina alopática había fracasado o por problemas de tipo psicológico. Todas estas características deben de tenerse en cuenta al interpretar los datos de nuestra investigación.

El objetivo de nuestra investigación era documentar el nivel de comprensión y de retención que los pacientes atendidos por médicos en clínicas rurales tienen con respecto a la dosis (cantidad de medicamento que debía ingerir o aplicarse de una sola vez), el intervalo o frecuencia de la administración (cada cuántas horas), el momento adecuado (por la mañana, antes del desayuno, después de las comidas, antes de acostarse, etc.), la forma de administración (por vía oral, aplicación tópica, inyección), la duración del tratamiento y los efectos secundarios.

Durante un mes cuatro entrevistadores (un médico, una trabajadora social y dos educadores de salud) observaron las consultas médicas que tenían lugar en la clínica y en los dos dispensarios tomando nota de las recomendaciones médicas. Una vez terminada la consulta los pacientes eran entrevistados en sus propios domicilios. Para estudiar si la capacidad de retención disminuía con el tiempo, algunos pacientes fueron entrevistados entre 4 y 6 horas después de la consulta, otros entre 24 y 30 horas, y el resto entre 54 y 60. En total se entrevistaron 119 personas. Debido a la gran dispersión geográfica nos limitamos a entrevistar pacientes en 13 de los 18 parajes. Ningún paciente se negó a responder a nuestras preguntas. El entrevistado era siempre el paciente excepto en el caso de niños menores de 15 años; por éstos respondía la persona que les acompañó a la consulta, generalmente la madre.

De los 119 encuestados el 26% fueron entrevistados 4-6 horas después de la consulta, 39% y 35% a las 24-30 y 54-60 horas respectivamente. Únicamente el 17% de los entrevistados fueron hombres; este pequeño porcentaje refleja el gran número de madres que llevan a sus niños al médico y también el mayor número de mujeres que hacen uso de los servicios médicos de la clínica (en la clínica de El Río el 76% de todos los pacientes de más de 15 años son mujeres). El 87% de los entrevistados tenían entre 15 y 49 años de edad, y sólo el 13% más de 50 años. Únicamente el 21% de los entrevistados no había ido nunca a la escuela, el 29% había

recibido entre 1 y 3 años de educación, el 27% entre 4 y 6 años y el 22% más de 7 (Cuadro 1).

CUADRO 1

Características Socio-demográficas de los Entrevistados

		%
Sexo:	Hombres	17
	Mujeres	<u>83</u>
		100
Edad:	15 a 49 años	87
	50 años y más	<u>13</u>
		100
Años de escolaridad:	Ninguno	21
	1 a 3	29
	4 a 6	27
	7 y más	<u>22</u>
		99

El total de medicamentos recetados fue 230, es decir una media de 1,9 medicinas por paciente. La clasificación de las medicinas recetadas se presenta en el Cuadro 2. Sólo el 5% (6) de los pacientes salieron de la consulta sin ninguna receta, el 27% (33) recibieron únicamente una medicina, el 43% (50) recibieron dos recetas, el 19% (23) recibieron 3, y el 6% (7) recibieron 4 recetas (Véase el Cuadro 3). En nuestro análisis nos referiremos unas veces al número de recetas (n=230) porque nos interesa saber el número de medicinas para las cuales se sabe las recomendaciones dadas por el médico y otras veces al número de pacientes (n=119) porque nos interesa conocer cuántos pacientes se acuerdan de las recomendaciones.

Como hemos indicado, nuestro estudio se limita a la comprensión y retención del tratamiento farmacológico; de todas maneras es interesante mencionar que se recomendaron dietas a 45% (54) de los pacientes, de entre ellos el 48% recordaba su contenido.

CUADRO 2

Clasificación de las Medicinas Recetadas a los 119 Pacientes

	Número de Recetas
Analgésicos	51
Antiácidos	6
Antialérgicos	2
Antianémicos	14
Antibióticos	28
Antidiarreicos	16
Antiepiléptico	1
antiespasmódicos	10
Antihemético	3
Antihipertensivo	3
Antiparasitarios	23
Cardiotónico	1
Dermatológicos	14
Desinfectantes	4
Fluidificantes y antitusivos	29
Hormonas	2
Oftalmológico	2
Otológicos	2
Vasoconstrictores	1
Vitaminas	<u>18</u>
Total	n=230

CUADRO 3

Número de Pacientes Según el Número de Medicamentos Recetados

	%
No recibieron ninguna receta	5
Una receta	27
Dos recetas	43
Tres recetas	19
Cuatro recetas	<u>6</u>
	(n= 119)

Solamente el 8% (10) de los pacientes recibieron instrucciones con respecto al horario de las comidas y sólo el 40% de ellos recordaba correctamente esta información. Se prescribió actividad o ejercicio físico a un 10% (19) de los enfermos y sólo el 50% de ellos se acordaba correctamente de la recomendación. El 23% (27) de los pacientes recibió recomendaciones con respecto a higiene personal o del medio ambiente y el 44% de ellos comprendieron y retuvieron las instrucciones. Al estudiar la morbilidad atendida durante 6 meses en la clínica encontramos que resfriados, gastroenteritis, parásitos, anemias, infecciones urinarias y vaginales, y escabiasis constituían el 68% de las consultas médicas. En vista de esta morbilidad pensamos que el número de recomendaciones higiénicas debieran haber sido más frecuentes. (Cuadro 4)

Resultados

El médico no explicó a ninguno de los pacientes los efectos secundarios de las medicinas recetadas y, por eso no se ha incluido este aspecto en nuestro análisis. En términos generales podemos decir que solamente el 50% de las recomendaciones médicas se retienen adecuadamente.¹⁶ La única excepción es la forma de administración de las medicinas que se conoce para el 80% de las medicinas. De todas maneras preocupa que una información tan básica sea ignorada para un 20% de los medicamentos. Esta ignorancia puede tener efectos nocivos. Por ejemplo, durante nuestro trabajo de campo un promotor de salud nos informó que una crema para la escabiasis estaba siendo administrada a uno de los niños por vía oral. (Cuadro 5)

Como ya es sabido, el uso inadecuado de medicinas puede tener efectos iatrogénicos indeseables no sólo cuando hay sobredosis, sino también cuando un medicamento se toma o se aplica en dosis inferiores a las indicadas, a intervalos más amplios de los recomendados, o cuando se reduce la duración del tratamiento. Por ejemplo, en el caso de los antibióticos, cualquiera de estas variaciones no sólo hace el tratamiento inefectivo sino que también es una fuente de problemas.¹⁷ El uso inadecuado de antibióticos hace que los microorganismos del receptor desarrollen resistencia a la medicina haciéndolos vulnerables a nuevas infecciones que deberán tratarse con otros antibióticos, que en general tienen mayor toxicidad, y que son difíciles de adquirir en las áreas rurales. El resultado de todo ello es que, en algunas ocasiones, las posibilidades de recuperación se reducen dramáticamente. En nuestro estudio de los 28 antibióticos recetados, los pacientes sólo recordaban la dosis y el intervalo apropiado del 50% de los antibióticos, y la duración del tratamiento del 25%. Se debe resaltar también que el médico sólo indicó cuál debía ser la duración del tratamiento para el 50% de los antibióticos recetados.

CUADRO 4

Número de Pacientes que Recibieron otras Recomendaciones Terapéuticas
Además de Medicamentos y Porcentaje de Pacientes que se Acordaban de Ellas

Tipo de Recomendación	Total de pacientes entrevistados	Pacientes que recibieron recomendación		Pacientes que se acordaban de la recomendación	
		Número	%	Número	%
Dietas tipo de dieta horarios de las comidas duración de la dieta	119	54	45	26	48
	119	10	8	4	40
	119	4	3	2	50
Ejercicios físicos	119	19	10	10	50
Higiene personal y del medio ambiente	119	27	23	12	44

CUADRO 5

Retención de las Recomendaciones Médicas sobre los Medicamentos

	T i p o d e r e c o m e n d a c i ó n				
	Dosis (cuánto)	Intervalo (cada cuánto tiempo)	Tiempo (cuándo)	Forma de Administrar (cómo)	Duración (hasta cuándo)
Número total de medicinas para las que se dio la recomendación	229	215	176	195	45
Porcentaje de los medica- mentos de los cuales se acordaban la recomenda- ción	50	49	49	80	47

Al analizar los datos según la edad de los pacientes vemos que los más jóvenes (15-19 años) recuerdan la información mejor que los mayores (50 años y más). (Cuadro 6). La capacidad de retención no aumenta progresiva o linealmente al aumentar los años de escolaridad, aunque los entrevistados con 7 ó más años de escolaridad, recuerdan bastante mejor que los demás (Cuadro 7). Quizás el bajo nivel de educación impartida en las escuelas rurales de la República Dominicana explica la falta de un aumento progresivo de la capacidad de retención hasta que los alumnos alcanzan los grados intermedios (7 años de escolaridad).

Para la dosis y el intervalo hay una relación inversa entre la capacidad de retención y el número de medicinas recetadas: cuantas más recetas menor es la retención.¹⁸ (Cuadro 8). Lo más probable es que los pacientes que recibieron mayor número de recetas se confundan más y disminuya su capacidad para recordarlas. Hay que señalar que los enfermos de más edad son los que tienden a recibir mayor número de recetas y son ellos también los que en las áreas rurales del Tercer Mundo tienen niveles más bajos de escolaridad. Tal como puede verse en el Cuadro 9, éste es el caso de la clínica rural de El Río, pero desgraciadamente, el pequeño número de entrevistados de más de 50 años no nos permite controlar a un tiempo las variables escolaridad, número de recetas y edad para identificar la influencia independiente de cada variable. El conocimiento de la forma de administración no se ve afectado por el número de recetas. Se puede sugerir que esta información es tan básica que el ignorarla es debido más a la vejez o a problemas mentales, y en estos casos la capacidad para recordar la información es independiente del número de medicamentos recetados.

Según los datos del Cuadro 10, y contrariamente a lo que esperábamos, la retención de las recomendaciones médicas no disminuye a través del tiempo; en otras palabras, una vez que el mensaje se ha comprendido y ha sido internalizado, se retiene a través del tiempo. Una posible explicación de este fenómeno es que cada vez que se toma la medicina se refuerza el consejo médico.

Nos interesaba saber cuántos pacientes recordaban correctamente todas las recomendaciones del médico (dosis, intervalo, etc.). De los 33 pacientes que recibieron sólo una receta, 18 ó el 54% recordaba perfectamente toda la información con respecto a la dosis, el intervalo, el tiempo, la forma de administración y la duración del tratamiento. De los 50 pacientes que recibieron 2 medicinas sólo 12 ó el 24% recordaban toda la información con respecto a las dos medicinas. De los 23 que recibieron 3 medicinas sólo 4 ó el 17% recordaba el tratamiento completo para las 3, y 1 solamente de los pacientes que recibieron 4 medicinas recordaba el tratamiento completo para las 4. En total, de los 113 pacientes a los que se

CUADRO 6

Retención de las Recomendaciones Médicas sobre Medicinas por Grupos Etarios

Edad de los entrevistados*	Para la dosis		Para el intervalo		Para el tiempo		Para la administración		Para la duración	
	número de recetas de retención	porcentaje de retención	número de recetas de retención	porcentaje de retención	número de recetas de retención	porcentaje de retención	número de recetas de retención	porcentaje de retención	número de recetas de retención	porcentaje de retención
de 15 a 49 años	181	55	168	53	144	52	156	83	35	43
de 50 años y más	48	31	47	34	32	34	39	66	10	60

* Para pacientes menores de 15 años se entrevistó al adulto que les acompañaba.

CUADRO 7

Retención de las Recomendaciones Médicas sobre Medicamentos según los Niveles de Educación*

Años de educación	Para la dosis		Para el intervalo		Para el tiempo		Para la administración	
	número de recetadas	porcentaje de retención						
ninguno	62	45	61	47	41	46	48	81
de 1 a 3 años	74	43	67	43	55	45	63	78
de 4 a 6 años	50	50	46	48	41	46	46	83
7 y más años	38	79	40	63	38	61	38	79

* No se incluye la información sobre la duración de la medicación porque el número de recomendaciones es demasiado pequeño (45 casos).

CUADRO 8

Retención de las Recomendaciones Médicas sobre Medicamentos según el Número de Recetas Prescritas*

Número de Recetas**	Para la dosis		Para el intervalo		Para el tiempo		Para la administración	
	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención
1 receta	33	58	30	63	21	57	25	80
2 recetas	99	54	93	54	79	54	85	85
3 recetas	69	46	65	42	57	39	61	74

* No se incluye la información sobre la duración de la medicación porque el número de recomendaciones es demasiado pequeño (45 casos).

** No se incluyen los casos de cuatro recetas por ser muy pocos (véase el cuadro 3).

CUADRO 9

**Años de Escolaridad según la Edad de los Encuestados
(En porcentajes)**

Edad	Años de escolaridad			
	ninguno	1-3	4-6	7 y más
	%	%	%	%
15 a 49	15	85	56	25 (n= 102)
50 y más	63	37	6	6 (n= 16)

CUADRO 10

Retención de las Recomendaciones Médicas sobre Medicación con el Paso del Tiempo*

Número de horas después de la consulta	Para la dosis		Para el intervalo		Para el tiempo		Para la administración	
	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención	número de recetas	porcentaje de retención
de 4 a 6 horas	59	53	52	48	34	50	36	81
de 24 a 36 horas	85	49	81	51	69	43	81	78
de 54 a 60 horas	85	49	91	48	73	53	64	82

* No se incluye la información sobre la duración de la medicación porque el número de recomendaciones es demasiado pequeño (45).

les recetaron medicinas sólo 35 ó el 31% recordaba en el momento de la entrevista la totalidad de la información recibida del médico.

CUADRO 11

Número de Pacientes que Recordaban Todas las Recomendaciones Médicas

Pacientes que recibieron	Recordaban todas las recomendaciones	%
1 receta (n= 33)	18	54
2 recetas (n= 50)	12	24
3 recetas (n= 23)	3	17
4 recetas (n= 7)	1	14

Conclusiones

La clínica de El Río reúne una serie de condiciones que no son comunes en otras clínicas rurales de la República Dominicana y de otros países latinoamericanos: un médico permanente con dos años de experiencia en la comunidad, graduado de una prestigiosa escuela de medicina, una farmacia comunal en donde se venden los medicamentos a precios más baratos que en otras farmacias y se entregan medicinas gratuitas a las familias indigentes, y un campesinado relativamente aculturado. Además hay que tener en cuenta que en cualquier estudio como el presente el médico al ser observado y conocer la naturaleza de la investigación se esfuerza, por lo menos durante los primeros días, en explicar mejor la medicación a los pacientes. Bajo estas condiciones favorables encontramos que los pacientes no recordaban adecuadamente la dosis, el intervalo, el tiempo y la duración del tratamiento para la mitad de las medicinas recetadas, y que ignoraban la manera de administrar del 20% de las mismas. Nuestro estudio no investigó la dimensión de cumplimiento de las recomendaciones (**compliance**), pero es obvio que no se puede cumplir la recomendación que se desconoce, y que por tanto, en El Río, el número de pacientes que sigue las recomendaciones médicas es aún menor que los que las recuerdan. Podemos llegar a la conclusión de que en condiciones más desfavorables (en clínicas atendidas por médicos pasantes con sólo unos meses de experiencia y sin ser observados en la rutina de su práctica, y en

comunidades con niveles de aculturación más bajos y más pobres) el porcentaje de pacientes que cumple con las recomendaciones terapéuticas es bajísimo, quizás ni siquiera llegue al 25%.

La solución de este problema hará:

1) que la enorme inversión que se ha hecho en la construcción de miles de clínicas rurales en Latinoamérica en los últimos años así como los esfuerzos encomiables en extender la atención primaria a la población rural tengan un mayor impacto en la salud del campesinado,

2) que los gastos en medicinas tengan una máxima eficacia terapéutica, y

3) que se eviten los efectos iatrogenéticos por la administración inadecuada de medicinas.

Podemos avanzar dos sugerencias para superar en parte los problemas mencionados. Casi todos los países latinoamericanos tienen promotores de salud rural. Los promotores podrían jugar un papel muy importante en la resolución del problema que nos concierne si se les entrenara en la manera de ayudar a los pacientes que tienen una probabilidad más alta de olvidar las recomendaciones médicas, tales como los ancianos, las personas que reciben mayor número de recetas y las que tienen un nivel educativo bajo. En las visitas domiciliarias los promotores podrían averiguar si los pacientes se acuerdan de las recomendaciones médicas, y en caso negativo, enseñarles de nuevo la forma adecuada de usar la medicina. También pensamos que sería muy práctico la implantación de un sistema de símbolos que permitiera a los pacientes, sobre todo a los analfabetos, acordarse de la dosis, el intervalo, el momento y la forma en que debe administrarse la medicación y la duración del tratamiento.

Estas dos recomendaciones pueden ser de gran utilidad a los pacientes una vez que han abandonado la clínica, pero quizás es más importante atacar el problema allí en donde se encuentra su causa principal: en las aulas de las escuelas de medicina. Se ha criticado en varias ocasiones el entrenamiento que reciben los estudiantes de medicina por no estar adecuado a las necesidades primordiales de la población que van a servir.¹⁹ Ahora que el desempleo médico en Latinoamérica, así como el desarrollo de las zonas rurales, hacen posible que por primera vez en la historia la atención médica rural la den médicos, es urgente que las escuelas de medicina pongan mayor empeño en mejorar la enseñanza de la comunicación entre médicos y pacientes rurales. Tradicionalmente, la comunicación médico-paciente se ha considerado importante desde un punto de vista clínico para que el médico entienda los síntomas y llegue a un diagnóstico preciso. A pesar de ello, hasta el

presente el entrenamiento médico no ha tenido muy en cuenta este componente básico del diagnóstico. Nuestro estudio enseña que una buena comunicación entre médico y paciente es también esencial para que el paciente siga el tratamiento.

Además los estudiantes deben aprender a dedicar el tiempo necesario durante la consulta a explicar con cuidado el tratamiento y asegurarse que el paciente lo ha entendido antes de que salga de la clínica. Si los médicos rurales no dedican el tiempo durante la consulta a esta labor no es porque les falte tiempo por el número excesivo de consultas ni por desinterés. Los datos que tenemos de la República Dominicana e investigaciones llevadas a cabo en otros países indican que la duración de la consulta médica en clínicas rurales es muy corta, y que la brevedad no se debe a sobrecarga de trabajo.²⁰ Responde más bien a la ignorancia y a la falta de experiencia y entrenamiento en el difícil arte de la comunicación. Conviene resaltar también que el número de recomendaciones sobre terapias no farmacológicas (dietas, ejercicios físicos y controles del medio ambiente) es muy pequeño. Si se tiene en cuenta el tipo de morbilidad atendida por los médicos rurales parece sorprendente que no utilicen el tiempo de la consulta para enseñar a los pacientes medidas preventivas y refuercen así la labor de los promotores de salud. Los programas de las escuelas de medicina deben enseñar a sus estudiantes a comunicarse con los pacientes, pero también deben dar mucho mayor énfasis al estudio de la salud pública y nutrición para que los futuros médicos sepan durante la consulta dar recomendaciones preventivas a los pacientes. Esto exigirá la inclusión de ciencias de la comunicación, ciencias sociales (antropología, sicología y sociología) y salud pública aplicada al ámbito rural. El conseguir el balance ideal entre estas ciencias y las ciencias biomédicas será sin duda uno de los retos más difíciles que tiene que enfrentar en un futuro inmediato el profesorado de las escuelas de medicina. En última instancia la calidad y la capacidad profesional de un médico ha de juzgarse no sólo por su conocimiento de las ciencias biomédicas sino por su capacidad de mejorar la salud de sus pacientes. Esperamos que nuestro trabajo haya demostrado que esto último requiere una mejora en la comunicación entre médicos y pacientes.

NOTAS

1. La mayoría de los estudios que se han hecho sobre cumplimiento de las recomendaciones médicas (**compliance**) no hacen esta distinción. Quizás esto explique la falta de consenso que existe en la literatura sobre las razones por las cuales los pacientes no cumplen las recomendaciones médicas. El artículo de B.L. Svarstad, "Physician-Patient Communication and Patient Conformity with Medical Advice", (En: D. Mechanic, compilador,

The Growth of Bureaucratic Medicine, New York: Wiley, 1976) es un buen resumen de las investigaciones hechas sobre este tema principalmente en los Estados Unidos. Svarstad sugiere que, de acuerdo a la literatura revisada, ni las variables psicológicas (etnocentrismo, anomia, actitudes a favor de la ciencia, actitudes de dependencia de la enfermedad, etc.), ni las variables socio-culturales (edad, ingresos, ocupación, nivel de educación, raza, número de hermanos, estructura familiar, estabilidad familiar, etc.) son capaces de explicar el incumplimiento de las recomendaciones.

2. Entre éstos se pueden citar como más representativos: R.B. Haynes, W. Taylor and D.L. Sackett, compiladores, **Compliance in Health Care**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979; M.R. DiMatteo and D.D. DiNicola, **Achieving Patient Compliance**. New York: Pergamon Press, 1982; J.P. Kirscht y I.M. Rosenstock, "Patients' Problems in Following Recommendations of Health Experts", En: G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Alder, **Health Psychology**. Londres: Jossey Bass, 1980; R.C. Benfari, E. Eaker y S.G. Stoll, "Behavioral Interventions and Compliance to Treatment Regimes". **Annual Review of Public Health**, (2): 431-471, 1981; D. L. Roter, "Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance", **Health Education Monographs**, (5): 281-315, 1973; B.S. Hulka, "Communications, Compliance, and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications". **American Journal of Public Health**, (66): 847-853, 1976; P. Ley, "Satisfaction, Compliance and Communication", **British Journal of Clinical Psychology**, (21): 241-254, 1982; M.V. Marston, "Compliance with Medical Regimes: A Review of the Literature", **Nursing Research**, (19): 312-323, 1970; D.L. Christensen, "Drug Taking Compliance. A Review and Synthesis", **Health Services Research**, (13): 171-186, 1978; R.C. Wasserman, "Systematic Analysis of Clinician-Patient Interactions. A Critique of Recent Approaches with Suggestions for Future Research", **Medical Care**, (21): 279-93, 1983.
3. Los artículos que hemos encontrado en países del Tercer Mundo son: P. Valenzuela, "Short Course Chemotherapy for Tuberculosis in Chile. Operational Considerations", **Revista Médica de Chile**, (112): 287-289, 1984; V. Farga, "Causes of Failure in TB Treatment", **Revista Médica de Chile**, (112): 72-76, 1984; I. Lessa, "Compliance-Efficacy and Cost of the Treatment of Arterial Hypertension", **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, (21): 119-123, 1983; N. Buchanam y S. Mashingo, "Problems Prescribing for Ambulatory Black Children", **South African Medical Journal**, (4): 227, 977; R. Florenzano, et al., "Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparación de dos sistemas de seguimiento", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, (91): 428-435, 1981; R. Florenzano, et al. "A Study of Patients Who Drop Antihypertensive Therapy", **Revista Médica de Chile**, 109 (11): 1060-4; A. Henderson, "Tuberculosis in

- a Developing Country: Experiences of the TB Service at BMH, Dharan", **Journal of the Royal Army Medical Corps**, (130): 22-30, 1984; T. Moulding, "The Medication Monitor for Treating Tuberculosis in the Developing Countries", **Tropical Doctor**, (9): 106-109, 1979; A.E. Pitchenik, **England Journal of Medicine**, (311): 799, 1984.
4. A. F. Hardon, "The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village: Doctor's Prescription and Self-Medication", **Social Science and Medicine** (en prensa), investigó la calidad de las recetas médicas de atención primaria rural en Filipinas pero no el entendimiento y retención de las recomendaciones.
 5. Un artículo que presenta con claridad las dificultades que encontró un grupo de profesores en una escuela de medicina para dar más importancia a la atención primaria es A. Flores Arechiga, et al., "Family Medicine: A Medical Care Alternative for Latin America", **Social Science and Medicine**, (21): 87-92, 1985.
 6. Comunicación personal de uno de los directores del servicio de salud rural del Ecuador, 1982. En este mismo país, el libro de J. Salazar, **Cuchucún. Soledad y sombra. Un año de medicatura rural** (Cuenca: Sociedad Ecuatoriana de la Historia de la Medicina, 1981. Capítulo Azuay) da una visión clara de las dificultades de comunicación que existen entre médicos pasantes y poblaciones indígenas en Latinoamérica.
 7. J.H. Axton y L.G. Zwambila, "Treatment Compliance and Outcome at an Urban Primary Care Clinic", **The Central African Journal of Medicine**, (28), 1982.
 8. A. Hardon en su artículo (*op. cit*) citando a A.E. Ferguson ("Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization; A Case Study from El Salvador", **Culture, Medicine and Psychiatry**, (5): 105-134, 1981), afirma que se ha creado una dependencia de los productos farmacéuticos producidos por las multinacionales. La autora atribuye el éxito de la industria farmacéutica al deterioro de los servicios personales de salud, a la falta de una reglamentación de medicamentos y la excesiva publicidad de la industria. Hardon añade que en Filipinas no es raro que el médico reciba a 20 representantes de productos farmacéuticos al día. La promoción de fármacos existen todos los países (véase el editorial del **Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, (86): 131-137, 1983, pero los métodos utilizados son con frecuencia más engañosos en el Tercer Mundo. Véase M. Silverman, P.R. Lee y M. Lydecker, **Prescriptions for Death. The Drugging of the Third World** (University of California Press, 1982). J.S. Yudkin ("Provision of Medicines in a Developing Country", **The Lancet**, (1978): 810-812) documentó que en Tanzania hay un representante farmacéutico por cada cuatro médicos mientras que en el Reino Unido hay uno por cada 20. Este exceso de promoción ocasiona un alto e innecesario número de recetas. D. Melrose ("Double Deprivation: Public and Private Drug Distribution from the Perspective of the Third World Poor",

World Development, (11): 181-186, 1983, ha discutido las técnicas de mercadeo utilizadas por las multinacionales farmacéuticas en el Tercer Mundo. En nuestro trabajo de campo en El Río pudimos confirmar que varios tipos de antibióticos se vendían en los pequeños colmados rurales sin necesidad de receta.

9. La incorporación de los campesinos a los mercados nacionales está produciendo efectos en la utilización de los servicios de salud, pero en América Latina y probablemente en otros países del Tercer Mundo los efectos son muy diferentes a los que sufrieron los países industrializados cuando incorporaron sus agricultores a los mercados nacionales. Según P. Starr, (**The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry.** New York: Basic Books, Inc. Harper, 1982. p. 66) el desarrollo de la infraestructura rural en el siglo XIX en los Estados Unidos aumentó la utilización de los servicios de salud en las áreas rurales al disminuir los costos indirectos de los servicios. En América Latina la modernización del campo ha tenido lugar en las dos o tres últimas décadas con la penetración agresiva de las agroindustrias, que han transformado la economía agrícola de subsistencia en una economía de mercado. Este proceso ha tenido entre otros los siguientes efectos: de una parte ha habido un empobrecimiento del campesino que se ha convertido en un proletario, y ha habido un desarrollo de la infraestructura incluyendo carreteras y transporte que mueve gente y productos de acuerdo a las necesidades de las agroindustrias. Es decir, modernización ha significado para muchos campesinos empobrecimiento. En el caso de los servicios de salud, muchas de las clínicas rurales que se han construido en los últimos años están subutilizadas, mientras los campesinos, como se indica más adelante, gastan una cantidad nada despreciable de sus escasos recursos en medicinas que benefician más a las multinacionales farmacéuticas que a su salud. Es decir, la experiencia de América Latina, y pensamos que del resto del Tercer Mundo, ha sido la contraria de los Estados Unidos: el desarrollo de la infraestructura o modernización del campo ha aumentado los costos de salud.
10. Según una editorial en **The Journal of Tropical Medicine** (op. cit) los gastos en medicamentos de los centros rurales de salud constituyen el 70% del presupuesto total. Se espera que el consumo mundial de medicamentos crezca en un 10% anualmente, pero este porcentaje podría ser más elevado en los países en desarrollo debido al incremento de servicios sanitarios y a los altos índices de natalidad. Según estos datos los gastos en medicamentos van a rebasar el crecimiento económico de esos países. A. Von Wartensleben ("Major Issues Concerning Pharmaceutical Policies in the Third World", **World Development**, (11): 169-175, 1983, calcula que los gastos en compras de medicinas en el Tercer Mundo alcanzarán la cifra de 200,000 millones de dólares para el año 2000. Un estudio interesante que incluye también información sobre gastos es el de G. Cereffi, **The Pharmaceutical Industry and Dependency in the Third World**, Princeton: Princeton University Press, 1983.

11. A. Pérez Mera y J. Cross-Bera, **Patrones de Consumo y Estructuras Sociales en Santo Domingo**. Santo Domingo: Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Santo Domingo, 1981. pp. 70 y 79.
12. A. Ugalde, "Where There is a Doctor: Strategies to Increase Productivity at Lower Costs. The Economics of Rural Health Care in the Dominican Republic", **Social Science and Medicine**, (19): 441-450, 1984.
13. A. Ugalde y N. Homedes, "Medicines and the Utilization of Rural Health Services in the Dominican Republic", (en preparación).
14. Véase entre varios documentos, Organización Mundial de la Salud, **Technical Report Series** no. 615 y no. 641 (Ginebra, 1977 y 1979 respectivamente); UNCTAD, **Technology Policies and Planning for the Pharmaceutical Sector in Developing Countries**. TC/B/C.6/56, Ginebra, 1980; UNDP, "Pharmaceuticals in the Developing World. Policies on Drugs, Trade and Production", INT./009/A/01/99, (1): 18-24, 1979; el artículo de K. Balasubramaniam ("The Main Lines of Cooperation among Developing Countries in Pharmaceuticals", **World Development**, (11): 281-287, 1983 resume las iniciativas de varias conferencias de países del Tercer Mundo sobre políticas farmacéuticas.
15. En nuestro estudio de las 39 clínicas rurales de la Región V de Salud de la República Dominicana encontramos que el año de medicatura rural no se completa en una misma clínica; en el período de un año un médico puede ser asignado a tres clínicas diferentes.
16. Como punto de referencia podemos señalar que en Nepal de 3,095 pacientes tuberculosos 985 (32%) no siguieron el tratamiento (A. Henderson, **op. cit.**). En Malawi, de 13 pacientes con quimioterapia antituberculosa 6 tomaron menos del 53% de la dosis prescrita (T. Moulding, **op. cit.**).
17. A.E. Pitchenik (**op. cit.**) presenta otro ejemplo. Según este autor, la falta del seguimiento de los tratamientos antituberculosos en países subdesarrollados puede producir nuevas resistencias a la rifampicina y pirazinamida.
18. P. Ley ("Memory of Medical Information", **British Journal of Social and Clinical Psychology**, (18): 245-255, 1979) también encontró que los pacientes se olvidan de las recomendaciones a medida que el número de éstas aumenta. P. Ley et al. ("Primacy, Rated Importance, and the Recall of Medical Statements", **Journal of Health and Social Behavior**, (13): 311-317, 1972) han hecho otros hallazgos interesantes que merecen ser reportados: el paciente memoriza mejor la información médica que para él es más importante, y en general, para el paciente es más importante conocer el diagnóstico que las recomendaciones médicas. Ley y sus colaboradores avanzaron la idea que el orden de presentación de las instrucciones médicas influyen en su retención. En sus investigaciones observaron que los médicos tienden a hablar primero del diagnóstico, después presentan otra información para acabar con las recomendaciones: los pacientes recuerdan mejor las primeras frases y peor las últimas.

19. W.J. Stepen, "Primary Medical Care and the Future of the Medical Profession", *World Forum*, (2): 315-331, 1981; J. Bryant, *Health and the Developing World*, Ithaca: Cornell University Press, 1969, p. 79. El problema existe también en los países socialistas del Tercer Mundo, véase D. M. in *Chinese Studies*, no. 18, Ann Arbor: The University of Michigan, 1974, p. 114; R. Danielson, *Cuban Medicine*, New Brunswick, NJ.: Transaction, 1978, p. 199.
20. En un análisis de la productividad de todas las clínicas rurales dominicanas se observó que en aproximadamente la mitad de ellas se realizaban menos de 15 consultas diarias, y en nuestro trabajo de campo encontramos que el promedio de tiempo de una consulta en la clínica de El Río era 3 minutos y 50 segundos, es decir que el médico sólo estaba ocupado durante un par de horas o menos de cada día laboral, véase A. Ugalde, *op. cit.*; E.L. Menéndez (*Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México: Ediciones de la Casa Chata, 1981) reporta que el promedio de tiempo por consulta médica era 2 minutos.