

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE MALARIA EN PIURA Y TUMBES - PERÚ

Fernando Llanos-Zavalaga¹, Armando Cotrina R², Pilar Campana S¹

¹Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

²Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESUMEN

La Organización Mundial de Salud considera al tratamiento temprano y adecuado como parte fundamental del programa mundial de control de la malaria. Un problema asociado a esta estrategia es la resistencia, especialmente de *P. falciparum* a las drogas antimaláricas. **Objetivo:** Determinar los factores sociales, culturales y de los servicios de salud asociados a la adherencia al tratamiento de malaria desde la perspectiva del usuario y del prestador, en poblados de los departamentos de Piura y Tumbes, Perú. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal cualitativo en comunidades de los departamentos de Piura y Tumbes durante Febrero y Marzo del 2000, para ello se aplicaron grupos focales y entrevistas en profundidad, bajo el principio de saturación. Estos fueron grabados, transcritos, revisados y codificados considerando los temas de interés, utilizando el software Atlas-ti. **Resultados y conclusiones:** Existen factores que influyen positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento antimalárico. Dentro de las primeras, se identificó la conciencia de enfermedad, la confianza en la efectividad de los medicamentos, el conocimiento del riesgo de presentar complicaciones, medicamentos de fácil y corta administración, tratamiento gratuito y supervisado, y la participación de promotores de salud. Por otro lado, la rápida recuperación de síntomas, aparición de efectos adversos, presencia de población migrante y predominancia de actividad agrícola, la pobre accesibilidad, la mala calidad de atención y la automedicación influyen negativamente en la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Malaria/terapia; Factores epidemiológicos; Perú (fuente: BIREME).

ABSTRACT

The World Health Organization considers early and adequate treatment as a basic strategy of the malaria control program. One problem associated to this strategy is antimalarial drug resistance mainly observed in *P. falciparum*. **Objective:** To determine social, cultural and health supply factors associated to malaria treatment compliance, both from the providers and users perspectives at communities in the Piura and Tumbes departments in Peru. **Materials and methods:** A qualitative cross-sectional study was performed in communities in Piura and Tumbes departments during February and March 2000. Information was gathered through focus groups and in-depth interviews, using the saturation criterion. These interviews were taped, copied, reviewed and coded considering topics of interest, using the Atlas-ti software. **Results and Conclusions:** There are factors positively or negatively influencing malaria treatment compliance. Among the former, the following were identified: Consciousness of illness, knowledge of risk for developing complications, confidence on drug effectiveness, easy and short drug dosing, directly observed and free therapy, as well as the role of health promoters. Among factors with a negative influence, the following were identified: fast symptom recovery, occurrence of drug adverse reaction(s), being part of a migrant population with predominant agricultural activities, poor accessibility, poor quality of health care and self-medication.

Key words: Malaria/therapy; Epidemiologic factors; Peru (source: BIREME).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera al tratamiento temprano y adecuado, como parte fundamental del programa mundial de control de la malaria. Un problema asociado a esta estrategia es la resistencia, especialmente de *P. falciparum* a las drogas antimaláricas. Las infecciones por *P. falciparum* son policlonales, con la consiguiente posibilidad de selección espontánea de cepas

resistentes, ello es facilitado por exposición a concentraciones subterapéuticas de la droga por: (a) uso de drogas poco selectivas, (b) uso de drogas "blanket", y (c) esquemas inadecuados y abandonos de tratamiento¹.

El Perú reporta el segundo más alto número de casos de malaria en Sudamérica, luego de Brasil². Los casos de malaria *falciparum* se incrementaron significativamente en el período 1993-1998, para luego mostrar una tendencia al descenso en los últimos dos años. Pese a que las normas del Ministerio de Salud (MINSA) establecen el tratamiento supervisado, en zonas rurales y de escasa accesibilidad los pacientes reciben el tratamiento completo sin que éste sea supervisado. Para el año 1999,

Correspondencia: Luis Fernando Llanos Zavalaga. Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima - Perú. Apto. 4314. Teléfono: (51-1) 4824353. Fax: (51-1) 3819072. E-mail: fillanos@upch.edu.pe

Piura reportó que el porcentaje de abandono al tratamiento para *P. vivax* fue 6,05% y para *P. falciparum* 4,35%; en tanto que en Tumbes, el abandono al tratamiento fue 1,64% y 2,34% para *P. vivax* y *falciparum*, respectivamente³.

A nivel mundial, el porcentaje de abandono al tratamiento es significativamente más elevado, fluctuando entre 20% y 90%, lo que ha llevado a implementar estrategias de intervención⁴⁻⁶, ya que se ha demostrado que garantizar la adherencia al tratamiento permite retrasar la aparición de resistencia^{4,7}.

Existen estudios que describen pobre adherencia asociada a la presencia de efectos secundarios, tiempo de tratamiento, pobre consejería y asociación inversa con el deseo de curarse⁷. Otras características asociadas incluyen la desaparición temprana de síntomas y la ausencia de una envoltura amigable del antimalárico⁵. En Asia se ha demostrado los beneficios de intervenir en factores socioculturales para mejorar la adherencia a los antimaláricos⁴.

Siendo necesario contar con información sobre el conocimiento y creencias de la población sobre malaria y su tratamiento, dentro del marco de la cosmovisión del poblador de la zona, se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar los factores fisiológicos, sociales, culturales y de los servicios de salud asociados a la adherencia al tratamiento de malaria desde la perspectiva del usuario y del prestador, en poblados de los departamentos de Piura y Tumbes, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo en los departamentos de Piura y Tumbes, durante los meses de Febrero y Marzo del año 2000.

Los establecimientos de salud por departamento fueron ordenados en dos grupos (alto y bajo) en función de los casos de malaria reportados y tratados. De cada grupo se seleccionó aleatoriamente un establecimiento, independiente de que sea centro o puesto de salud.

En cada establecimiento, se trabajó con prestadores y usuarios (Figura N°1). Con los prestadores, se realizó una entrevista en profundidad (EEP) con los profesionales de salud (médico o enfermera) y un grupo focal (GF) con técnicos asistenciales; de no ser factible, se realizó una EEP al técnico asistencial. Además se realizó un GF con los promotores de salud; cuando ello no fue posible, se aplicaron dos EEP. Cuando se encontraron boticas o farmacias que vendían antimaláricos se realizó una EEP con el dueño o encargado de la atención. Con los usuarios se definieron dos subgrupos: pacientes que cumplen o han cumplido el tratamiento supervisado en los últimos tres meses y pacientes que no cumplieron el tratamiento. Se consideró un máximo de 5 EEP o 3 EEP más 1 GF.

En total se realizaron 4 EEP a médicos, 4 EEP a técnicos de salud, 4 EEP y 2 GF a promotores de salud, 2 EEP a encargados de botica, 2 GF y 12 EEP a pacientes que cumplieron el tratamiento y 5 EEP a pacientes que lo abandonaron. La aplicación de estos instrumentos permitió lograr la saturación sobre el tema.

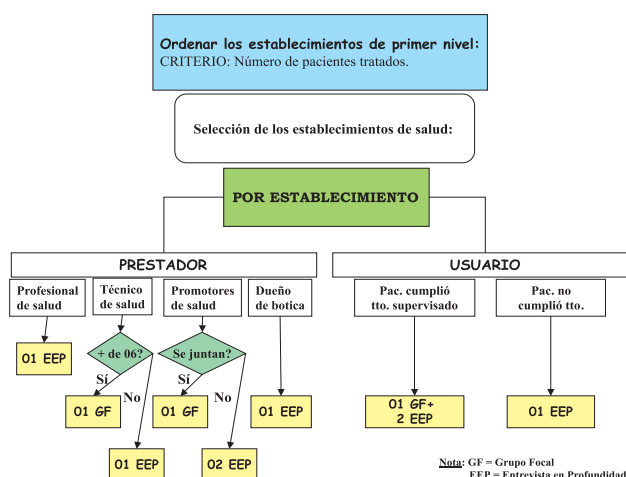


Figura N°1. Flujograma del estudio

Las guías de GF y EEP fueron diseñadas con miembros de la Facultad de Salud Pública y Administración (FASPA) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). La validación se realizó en un establecimiento de salud del ámbito, distinto de los seleccionados. Se aplicaron EEP a 2 prestadores y 2 usuarios, las grabaciones y notas del entrevistador fueron analizadas y se realizaron modificaciones. Al inicio de cada GF y EEP se explicó y entregó el consentimiento informado; luego, se pidió la autorización expresa de los participantes para la grabación, garantizando la confidencialidad.

PLAN DE ANÁLISIS

Se aplicó una estrategia de análisis cualitativo inductivo, se analizó la información para conceptualizarla y elaborar temas que expliquen el problema planteado. Para ello, se evaluó de manera conjunta la visión de los usuarios y las percepciones y experiencias de prestadores en relación a la malaria y la adherencia al tratamiento, permitiendo contrastar diferentes perspectivas.

Las EEP y GF grabados, fueron transcritos, revisados y codificados considerando los temas de interés, utilizando el software Atlas-ti⁸. El nivel de textos incluyó segmentación de textos, codificación, indexación, etc. Se realizó análisis temático intersujeto e intrasujeto. En el análisis intersujeto se consideró los temas planteados por cada persona, con mayor énfasis en los temas relevantes. La definición de la relevancia del tema para el entrevistado (análisis intrasujeto) fue realizado en función del número de veces que la persona hizo referencia a un tópico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existen factores que influyen positiva o negativamente en la adherencia a la terapia antimalárica. En las primeras, se identificó la conciencia de enfermedad, la confianza en la efectividad de medicamentos, el conocimiento del riesgo de presentar complicaciones, drogas de fácil administración y corta duración, tratamiento gratuito y supervisado y la participación de promotores de salud. Entre

los que influyen negativamente están la rápida recuperación de síntomas, la aparición de efectos adversos, la presencia de población migrante, el predominio de actividad agrícola, la pobre accesibilidad, la mala calidad de atención y la automedicación (Figura N° 2).

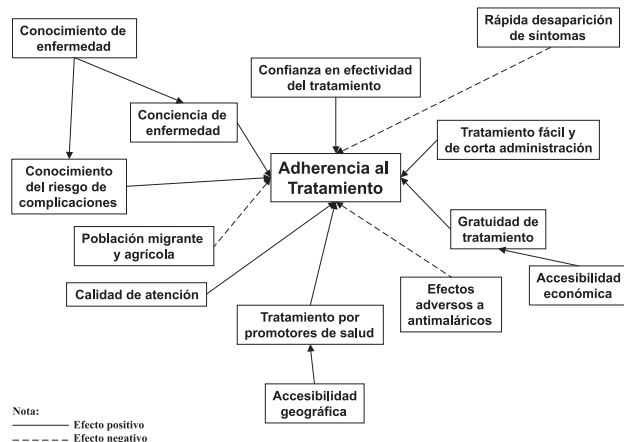


Figura N°2. Mapa de factores identificados

La concepción de salud forma parte de la visión del mundo de los grupos humanos de pertenencia; en ella se entremezclan componentes culturales, historia social y económica, experiencias previas, personales y de personas del entorno, y condiciones del contexto en el espacio de convivencia.

La responsabilidad, actitud, manera de enfocar la enfermedad, manifestación de conciencia o entendimiento del significado e implicancias de estar enfermo, y riesgos de no continuar tratamiento, son elementos clave para la adherencia al tratamiento. En síntesis, tomar conciencia de la enfermedad implica asumir una responsabilidad con el tratamiento y garantizar su cumplimiento.

El conocimiento adquirido por experiencias personales, por el entorno familiar o social, por información brindada por diferentes tipos de prestadores de salud, determinan la actitud (conciencia) al encontrarse frente a una situación de enfermedad. En este estudio, pese al reconocimiento de la malaria como una enfermedad "importante", los conocimientos "técnicos" referidos fueron escasos, posiblemente debido a un menor nivel educativo y pobre consejería; sin embargo, éstos aumentan con la experiencia previa "familiar" o "social" de enfermedad. Las campañas educativas en salud pueden mejorar las actitudes de los pobladores, como se demostró en Camboya, donde usando medios audiovisuales se aumentó marcadamente la adherencia al tratamiento antimalárico⁹. Esto también ha sido descrito para otras enfermedades como tuberculosis^{10,11}, asma¹² y VIH/SIDA¹³. Reconocer la malaria como una enfermedad con un agente causal orgánico puede inducir a los pacientes a confiar en medidas terapéuticas como los antimaláricos, asegurando la adherencia. El conocimiento del curso natural de la enfermedad, la valoración de un enfermo como portador y potencial propagador, y el asumirse en-

fermo y reconocerlo son claves para entender que es necesario culminar el tratamiento, independientemente de la sintomatología que se tenga. Aunque ya no presenten malestares, algunos reconocen que es necesario seguir con la medicación a fin de estar sano.

"...como son 14 días, uno mira las pastillas y dice que no las va a tomar...pero en mi caso yo recordaba que estaba mal y que debía terminar..."
(EEP Paciente supervisado-Tumbes)

En Ecuador, el conocimiento de la gravedad de infección por *P. falciparum* favoreció la adherencia al tratamiento¹⁴. La conciencia de enfermedad y su efecto en la adherencia al tratamiento se evidenció en el asma y otras enfermedades crónicas renales y cardíacas en Canadá¹⁵ y Reino Unido¹⁶. En pacientes con tuberculosis¹⁷, se encontró pobre adherencia asociada a desconocimiento o conocimiento erróneo con respecto al proceso biológico de la enfermedad. Resultados similares se han encontrado en Vietnam¹⁸, México¹⁹ y Pakistán²⁰.

Otro factor asociado a la adherencia es el conocimiento de los riesgos de abandonar el tratamiento, como complicaciones, muerte, recaídas y generación de resistencia. Sin embargo, éste no siempre es un conocimiento "correcto" de los aspectos etiológicos y de la evolución de la enfermedad: que la "malaria benigna", se transforme en "malaria maligna". Asimismo, la posibilidad de recaída es mencionada al ser fácil de observar y valorar como consecuencia de la no adherencia al tratamiento. Este temor hace que algunos pacientes consideren absolutamente necesario completar el tratamiento; reconociendo, a la vez, la posible generación de resistencia como uno de los riesgos de la no adherencia.

"(al abandonar el tratamiento) los síntomas se incrementan y puede agravarse el cuadro ..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... Sí, recuerdo el amigo que fue conmigo la otra vez, ha recaído como tres veces, ya la última vez creo que terminó de tomarlas porque era mucha la recaída ..."
(EEP Paciente abandono - Piura)

"... me dijeron que seguramente había interrumpido el tratamiento y por eso ahora tengo el problema de resistencia..."
(EEP Paciente supervisado - Tumbes)

En Ecuador²¹, la población considera la malaria como una enfermedad que puede tener complicaciones, pero que pueden evitarse con la adherencia al tratamiento. Asimismo, el reconocimiento de los probables riesgos de abandonar el tratamiento como condicionante de su adherencia concuerdan con los hallazgos de estudios de tuberculosis en Perú¹⁷ y Argentina²², y en pacientes con SIDA en EE.UU.²³.

La confianza en el tratamiento fue descrita como otro factor para la adherencia y es determinada por la percepción de efectividad y calidad de las drogas. La efectividad del tratamiento entendida como desaparición de síntomas y definida por experiencia propia, por transmisión

oral de prestadores o adquiridos por canales propios generan un estado de confianza hacia los antimaláricos. Resultados similares se han reportado en Ecuador²¹. La confianza en la terapia también está relacionada con modelos populares causa-efecto (remedio-curación), sin comprenderse la acción lenta en algunas de ellas, lo que genera desconfianza en la terapia recibida y motiva una pobre adherencia, como en tuberculosis¹⁷.

"... con esto me curo, y con esto me estoy curando igual cuando me dan mis pastillas..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... me dieron otro tipo de medicina, eran unas tabletas, fansidar ... luego desaparecieron los síntomas, y así me curé felizmente..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

Son pocos los pacientes y promotores que no consideran o ponen en duda que los antimaláricos sean efectivos o no funcionan, situación que condiciona el abandono del mismo.

"... los (medicamentos) que da el gobierno, sí son buenos ..."
(EEP Paciente Supervisado - Piura)

"... como yo no he terminado mi tratamiento, yo en realidad no creo que las pastillas curen..."
(EEP Paciente abandono - Tumbes)

"... efectividad [...] ahí tengo un poco de duda ..."
(EEP Promotora - Tumbes)

El año 2000, el MINSA aprobó la "Política Nacional de Medicamentos para el control de la Malaria en el Perú" optando por esquemas alternativos para malaria *falciparum* no complicada, según estratos de resistencia. Usuarios y prestadores mencionaron al nuevo tratamiento como condicionante para una mayor aceptación y adherencia al tratamiento antimalárico. El uso de esquemas cortos y de fácil administración como condicionantes de buena adherencia al tratamiento ha sido reportado para quimioprofilaxis²⁴⁻²⁹ y tratamiento de malaria *falciparum*^{7,24}, para tratamiento y profilaxis de tuberculosis^{17,30-32}, y para profilaxis en pacientes VIH positivos³³.

"... conviene pues una sola vez, porque así te da ganas de seguir haciendo tu trabajo".
(EEP Paciente Supervisado - Piura)

"... lo que más molesta, mucho tiempo, muchas pastillas..."
(EEP Paciente Abandono - Tumbes)

"...en el caso de vivax, a mí el tratamiento me parece muy largo, porque a veces el paciente no viene a buscar el tratamiento y te dicen que es muy largo, en cambio cuando es falciparum le damos su tratamiento y le decimos que regresen a su control, y regresan..."
(EEP Técnico Salud - Tumbes)

El tratamiento brindado por el MINSA es gratuito, ello fue mencionado por muchos pacientes como factor asegu-

rador de cumplimiento al tratamiento. Pero, según los prestadores, la gratuidad del tratamiento es desencadenante de desinterés y minusvaloración de la enfermedad, produciendo bajo compromiso con la terapia. Este efecto positivo de la gratuidad del tratamiento no concuerda con la literatura. En Myanmar, los usuarios no consideraron la gratuidad como un factor para la adherencia⁵; tampoco en tuberculosis, en el Perú, donde prestadores y usuarios consideran los fármacos gratuitos de mala calidad¹⁷.

"... porque es una cosa gratuita uno las toma ..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... pues prácticamente el tratamiento es gratis porque si tuviéramos que comprar pastillas, cuanto gastaríamos, acá nos lo dan en el centro de salud"
(EEP Paciente Abandono - Tumbes)

"... «ya no le doy ninguna importancia porque no me ha costado», más o menos así me respondió..."

(EEP Técnico de Salud - Piura)

La gratuidad debe estar acompañada del suministro garantizado^{34,35}. En algunas oportunidades no ha habido disponibilidad de antimaláricos para su administración adecuada y completa, por lo que fue necesaria su indicación por otros medios, complicando la supervisión del tratamiento. El suministro no garantizado asociado a una pobre adherencia ha sido reportado en estudios de malaria³⁶ y tuberculosis³⁷.

"... cuando no hay medicina quieren que vayamos a comprar aquí en la farmacia, ahorita estarán, pero las ampollas tenemos que comprarlas, porque a veces no hay agujas..."
(EEP Paciente abandono - Tumbes)

"...fansidar el año pasado no daban en la posta y había que comprarlas en Tambo Grande, están 10 soles y no teníamos para comprarlas... veíamos la forma para prestarnos, para ir a comprar, pero hasta ahora yo no he tomado esa pastilla, pero hoy día dieron porque ya hay..."

(EEP Paciente abandono - Piura)

La administración supervisada del tratamiento es considerada por los pacientes como indispensable para la adherencia al tratamiento. La supervisión es brindada por personal del MINSA o por personas voluntarias de la población (promotores de salud) capacitados. Así, la supervisión puede ser realizada en el centro de salud, en la localidad, en el domicilio del paciente, incluso en el local laboral, como fue manifestado. Los promotores reconocen su valor para garantizar el cumplimiento del tratamiento supervisado y algunos prestadores expresan desconfianza por el destino de las drogas si son brindadas de manera no supervisada. La ausencia de supervisión en malaria es un factor condicionante de un tratamiento inadecuado y de malaria grave³⁸, semejante a lo que ocurre en tuberculosis^{17,39-44}.

"tienen que hacértelas tomar porque si te dan así en montón tú te olvidas..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... supervisas que el paciente tome el medicamento, porque si tú se lo das a su casa hay dos posibilidades: que lo tome o que no lo tome, o que lo venda de repente..."
(EEP Médico - Tumbes)

"... nosotros tenemos el trabajo de irlos a buscar, a veces están trabajando ... nosotros tenemos que andar con nuestra botella de agua y hacerles tomar ahí..."
(EEP Promotor de Salud - Tumbes)

La mayoría de usuarios reconocen que la presencia de promotores de salud es otro factor determinante para una buena adherencia al tratamiento. La supervisión del tratamiento mediante promotores de salud reduce la distancia y minimiza el tiempo de espera de atención, al ser brindada al interior de la comunidad. Este rol también fue resaltado por los prestadores. Sin embargo, el malestar reportado por los promotores por la falta de incentivos o reconocimiento por su trabajo genera interrogantes sobre su sostenibilidad. Este efecto positivo ha sido descrito en malaria (Ecuador)²¹; tuberculosis^{17,31,40}, y enfermedades de transmisión sexual⁴⁵.

"... es común que la gente vaya a las promotoras, es más fácil, más rápido..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"(los promotores) nos sacan las muestras, esperan el resultado y nos dan el tratamiento..."
"(los promotores) están bien, porque cuando hay bastante paludismo las enfermeras no se alcanzan..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"...los promotores ayudan bastante, colaboran bastante"
(EEP Técnico Salud - Piura)

"...he sido promotora de salud y hasta ahorita no he recibido ningún apoyo..."
(EEP Promotor de Salud - Tumbes)

La sensación de bienestar, el sentirse "sano", luego de iniciar el tratamiento, es uno de los principales factores asociados al abandono de tratamiento. Cuando ya no se perciben síntomas, uno se considera sano, cree que no necesita continuar tratamiento y lo suspende. En general, la población concibe que debe seguir tratamiento hasta que no tenga síntomas, lo que concuerda con lo reportado en el estudio de malaria grave en Piura y Loreto³⁸. En Ecuador, 8,2% de los que abandonaron tratamiento antimalárico dieron como motivo el rápido alivio de síntomas¹⁴. En Myanmar, 25% de los pacientes abandonaron el tratamiento antimalárico al remitir los síntomas²⁵. Esta relación también ha sido reportada en tuberculosis^{17,26}.

"...se me hacía difícil venir (al puesto de salud) porque salíamos a las dos de trabajar... y como tomé por cuatro días y ya me sentía bien..."
(EEP Paciente abandono - Piura)

"... algunos sí (abandonan) porque se sienten bien, dicen: ya no tengo nada, ya no vienen al centro de salud porque ya se ven bien..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

La presencia de efectos adversos a los antimaláricos es otro factor asociado a la pobre adherencia y a la ausencia de búsqueda de ayuda y tratamiento en caso de un nuevo episodio de sintomatología probable de malaria. Los efectos adversos descritos por los usuarios fueron: dermatológicos (rash, prurito), cardiovasculares (hipotensión), y gastrointestinales (irritación gástrica, náuseas/vómitos), entre otros. Algunos usuarios relacionan los efectos adversos con una dosis "elevada" de antimaláricos, por lo que sugieren alargar el tiempo de tratamiento reduciendo la dosis diaria. Esta asociación ha sido reportada en Piura y Loreto³⁸ y fue causa de abandono en 50,6% de los pacientes en Ecuador¹⁴ y en 37,5% de usuarios en Tailandia⁷. Resultados similares han sido encontrados para quimioprofilaxis contra malaria^{27,28} y en tratamiento de tuberculosis^{17,22,46-48} y SIDA³³.

"... las pastillas cuando yo las tomo me coge una picazón fuerte, no me deja dormir, toda la noche me pica el cuerpo..."
(EEP-Paciente abandono - Tumbes)

"... (abandoné) porque era demasiado amarga, era una cosa que yo decía «ya no quiero tomar, no me gusta», y las pastillas cuando las tomaba como que más mal me sentía... náuseas, vómitos luego de tomar las pastillas..."
(EEP Paciente abandono - Tumbes)

Otro aspecto relacionado es el consumo de algunos alimentos junto con la medicación. Existe la idea de que se debe evitar el consumo de pescado y cítricos cuando uno tiene una herida cortante o recibe medicación, como en malaria.

"... me dijeron que durante el tiempo que esté tomando evitara comer pescado, todo cítrico, todo lo que es colorante no debía consumir..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

La migración o movilización continua por motivos laborales y comerciales también fue descrita como factor de pobre adherencia al tratamiento, tanto por los pacientes y los prestadores. Ello sobretodo en el área cercana a la frontera, como Aguas Verdes que reporta el segundo más alto número de casos de malaria y la mayor proporción de abandonos al tratamiento en Tumbes. En Piura, algunos prestadores indicaron que este fenómeno se presenta con menor frecuencia y por temporadas, como cuando el campesino va a laborar a otras tierras, en época de sembrío y/o cosecha en zonas lejanas a su vivienda.

"... la gente no es de acá, todos son de fuera y a veces encuentran otra posibilidad de trabajo y se van..."
(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"...el problema del tratamiento es en el vivax, en la zona es una población flotante, es migratoria, entonces abandonan el tratamiento, se van y es difícil, por ser zona de frontera, zona comercial..."

(EEP Técnico Salud - Tumbes)

"... hay gente que le sale otro trabajo y se van por 15 días, un mes y uno no sabe, se van a Piura, Sullana sin decir nada..."

(EEP Técnico Salud - Piura)

La migración temporal, por motivos laborales, favorece la transmisión de malaria⁴⁹ y tuberculosis^{50,51}. Además, esta población suele tener menor conocimiento y pobre conciencia de la malaria y, al no reconocer los síntomas, favorece un mayor tiempo de transmisión y riesgo de desarrollar malaria severa³⁸. La importancia de la actividad laboral es otro factor para la demora en acudir al establecimiento para el diagnóstico y tratamiento. Los prestadores refieren que se prioriza la labor que genera ingresos sobre la adherencia al tratamiento; más aun cuando en la zona, la pobreza es predominante. Ello también ha sido descrito en pacientes con malaria³⁸ y con tuberculosis¹⁴.

"...no se puede ir diario (al centro de salud), pues nos quita el tiempo de ir a trabajar, son 4 días...hasta 15 días y nosotros somos los que salimos a buscar el trabajo y si no salimos, no hay para la comida"

(EEP Paciente abandono - Piura)

"...ellos consideran que estar enfermos con malaria significa estar en cama y no salir a trabajar, entonces ellos dicen «cuando estoy tomando eso entonces ya no puedo irme», ... su trabajo es en otro lugar, ... a veces es el trabajo una de las razones de porque no cumplen su tratamiento..."

(EEP Técnico Salud - Piura)

La distancia del establecimiento al domicilio del paciente es un obstáculo para el uso adecuado de los servicios de salud; además, los horarios de atención no son los más apropiados considerando sus horarios de trabajo. Regresar diariamente para recibir tratamiento se hace una tarea difícil para el que trabaja o vive distante del establecimiento. En algunos casos, los síntomas limitaban la accesibilidad al centro y por ende la adherencia al tratamiento. Esta relación entre accesibilidad y adherencia ha sido descrita en malaria⁵, tuberculosis^{31,52} e inmunizaciones⁵³. Esta asociación que es más relevante en la amazonía peruana obliga a pensar en métodos de diagnóstico rápido y tratamiento supervisado a través de promotores de salud.

"... porque como no viven cerca y como tienen esos síntomas del paludismo, ... ya se van y la compran hasta que lleguen al centro de salud, hasta que abran..."

(EEP Paciente Supervisado - Piura)

"...cuando salíamos a trabajar, por ejemplo, entrábamos a las 9 de la mañana y salíamos a las 3 de la tarde y cuando llegábamos a la posta ya todos estaban saliendo, o a veces estamos cansados por eso ya no íbamos..."

(EEP Paciente abandono - Piura)

Aunque la mayoría de usuarios mencionó que la calidad de atención era buena, algunos comentaron que el tiempo de espera era muy largo, convirtiéndose en una razón para no acudir al establecimiento e interrumpir el tratamiento. Esta percepción negativa de la calidad de atención genera desconfianza y rechazo a los servicios, y plantea la opción de recurrir a otros servicios de salud, donde esperan obtener atención más personalizada. En China⁶, la pobre calidad de atención y escasa información brindada por los prestadores es causa de pobre adherencia al tratamiento antimalárico. Por otro lado, se ha descrito que la mala calidad de atención y la pobre relación prestador-usuario se asocia inversamente a la adherencia al tratamiento en tuberculosis^{17-19,52} y VIH⁵⁴.

"... la segunda vez que me sentí mal, fui con mi mamá ... le dijeron que no podían atendernos, que están muy ocupados, ... y no podíamos ir al hospital de Tumbes, porque no atendían sin orden de transferencia..."

(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... a mí cuando me trajeron, tenía que estar esperando porque la señorita se ponía a conversar y no nos atendía"

(EEP Paciente supervisado - Tumbes)

"No me gustó la atención, tuve que ir a Corrales [Centro de Salud] para que me atendieran ..."

(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

Finalmente, la automedicación es reconocida por los usuarios y relacionada con el abandono del tratamiento antimalárico. Los prestadores refieren que la capacidad de adquirir antimaláricos está asegurada por la presencia de otros dispensadores: farmacias, boticas o bodegas, que expenden abiertamente sin previo examen diagnóstico ni prescripción. Esto impide mantener un control de los esquemas brindados, aumentando el riesgo de tratamientos incompletos, complicaciones y resistencia parasitaria. Con la automedicación existe el riesgo de tratamientos inapropiados como se reportó en Vietnam, donde sólo 30% de los vendedores de antimaláricos recomendaban esquemas terapéuticos adecuados⁵⁵. Los prestadores refieren que los pacientes justifican esta práctica por la rapidez de inicio de tratamiento y el menor tiempo para administrarse el tratamiento, mayormente un día con sulfadoxina/pirimetamina.

"... en la farmacia le dicen que deben tomarse dos o tres pastillas nada más, y ya la persona que se siente bien ya no toma más..."

(EEP Paciente Supervisado - Tumbes)

"... ellos son los que usan automedicación, dicen «voy a ir a la zona de los valles del inca y como hay malaria allá, ya me ha dado y sigo mal, mejor tomo», entonces se toman dos o tres pastillas de cloroquina y se van..."

(EEP Médico - Piura)

“... a veces, como los pacientes ya saben que el fansidar es bueno dicen: «ya no sacan la sangre» y toman de frente fansidar...”

(EEP Promotor Salud - Tumbes)

Esta descripción nos lleva a reconocer la necesidad de implementar estrategias de educación, información y comunicación dirigidas a la población de la zona y población migrante para mejorar su conocimiento, actitud y conciencia sobre la malaria. Simultáneamente, desde la oferta de los servicios, es necesario capacitar a los prestadores y promotores para brindar una adecuada consejería al momento del diagnóstico presuntivo para informar adecuadamente del proceso de la enfermedad y la importancia de mantener el tratamiento independientemente de la mejoría sintomática. Todo ello dentro de una consejería integral, que incluya aspectos biológicos, sociales y culturales.

El tratamiento de población en constante movimiento es un tema complejo que requiere mayor profundización. El tratamiento supervisado brindado por promotores permite afrontar parcialmente este problema.

Finalmente, disminuir la automedicación es otro aspecto que debe ser abordado de manera integral. Este también es un tema complejo, que está relacionado a la pobreza, accesibilidad a los servicios, derecho de libre comercio y venta regularizada de medicamentos, tratamiento gratuito y garantizado, conocimiento y conciencia de enfermedad, entre otros.

REFERENCIAS

1. **Newton P, White N.** Malaria: new developments in treatment and prevention. *Ann Rev Med* 1999; 50: 179-83.
2. **Aramburú J, Ramal C, Witzig R.** Malaria reemergence in the peruvian amazon region. *Emerg Infect Dis* 1999; 5 (2): 209-15.
3. **Ministerio de Salud.** Estudio de cohorte del tratamiento de malaria. Programa Nacional de Control de Malaria y Otras Enfermedades Metaxénicas. Lima: MINSA; 1999.
4. **Gomes M, Wayling S, Pang L.** Interventions to improve the use of antimalarials in south-east Asia: an overview. *Bull World Health Organ* 1998; 76 (Suppl 1): 9-19.
5. **Shwe T, Lwin M, Aung S.** Influence of blister packaging on the efficacy of artesunate + mefloquine over artesunate alone in community based treatment of non severe *falciparum* malaria in Myanmar. *Bull World Health Organ* 1998; 76 (Suppl 1): 35-41.
6. **Qingjun L, Jihui D, Laiyi T, Xiangjun Z, Jun L, Hay A, et al.** The effect of drug packaging on patients' compliance with treatment for *Plasmodium vivax* malaria in China. *Bull World Health Organ* 1998; 76 (Suppl 1): 21-7.
7. **Fungladda W, Honrado ER, Thimasarn K, Kitayaporn D, Karbwang J, Kamolratanakul P, et al.** Compliance with artesunate and quinine + tetracycline treatment for uncomplicated *falciparum* malaria in Thailand. *Bull World Health Organ* 1998; 76 (Suppl 1): 59-66.
8. **Atlas-ti.** Versión 4.1. Scientific Software Development. Berlin; 1997.
9. **Denis MB.** Improving compliance with quinine + tetracycline for treatment of malaria: Evaluation of health education interventions in Cambodian Villages. *Bull World Health Organ* 1998; 76(Suppl 1): 59-66.
10. **Liefooghe R, Suetens C, Meulemans H, Moron ME, Muynck A.** A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(12): 1073-80.
11. **Morgan L.** A decade review: methods to improve adherence to the treatment regimen among hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(3): 299-304.
12. **Chang AB, Shannon C, O'Neil MC, Tremann AM.** Asthma management in indigenous children of a remote community using an indigenous health model. *J Paediatr Child Health* 2000; 36(3): 249-51.
13. **Mc Pherson-Baker S, Malow RM, Penedo F, Klimas NG.** Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV positive men. *AIDS Care* 2000; 12(4): 399-404.
14. **Yépez M, Zambrano D, Carrasco F, Yépez R.** Factores asociados con el cumplimiento del tratamiento antipalúdico en pacientes ecuatorianos. *Rev Cuban Med Trop* 2000; 52(2): 81-9.
15. **Simpson SH, Farris KB, Johnson JA, Tsuyuki RT.** Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy* 2000; 20(7): 823-9.
16. **Hofner R, Weinman J.** Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47(6): 555-67.
17. **Ministerio de Salud.** Vivir la tuberculosis. Estudio socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo de Lima: San Cosme y El Agustino. Lima: MINSA; 2000.
18. **Johansson E, Long NH, Diwon VK, Winfuist A.** Attitudes to compliance with tuberculosis among women and men in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(10): 862-8.
19. **Álvarez-Gordillo GC, Álvarez-Gordillo JE, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D.** Perceptions and practices related with tuberculosis and treatment compliance in Chiapas, México. *Salud Pública Mex* 2000; 42(6): 520-8.
20. **Liefooghe R, Muynck AD.** The dynamics of tuberculosis treatment adherence. *J Pak Med Assoc* 2001; 51(1): 3-9.
21. **Kroeger A, Mancheno M, Ruiz W, Estrella E.** Malaria y leishmaniasis cutánea en el Ecuador. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública, Universidad de Heidelberg. Heidelberg; 1993.
22. **Polo Friz H, Dain A.** Treatment with tuberculostatic drugs: compliance at a general hospital. *Rev Fac Cienc Med Univ Nac Córdoba* 1997; 55(1-2): 21-5.
23. **Gao X, Nau DP, Rosenhluth SA, Scott V, Woodward C.** The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care* 2000; 12(4): 387-98.

24. **Wilairatana P, Krudsood S, Chokejindachai W, Bussaratid V, Silachamroon U, Viriyavejakul P, et al.** A clinical trial of combination of artesunate and mefloquine in the treatment of acute uncomplicated *falciparum* malaria: a short and practical regimen. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1998; 29(4): 696-701.
25. **Ko Ko H.** The study of the efficacy and safety of oral dihydroartemisinin tablet (cotecxin) on uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria patients. In: The Myanmar Medical Association Speciality Conference. Mandalay; 1995.
26. **Liam CK, Lim KH, Tang BG.** Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(4): 300-9.
27. **Petersen E, Ronne T, Roon A, Bygberj I, Larsen SO.** Reported side effects to chloroquine, chloroquine plus proguanil, and mefloquine as chemoprophylaxis against malaria in Danish travelers. *J Travel Med* 2000; 7(2): 79-84.
28. **Chattergee S.** Compliance of malaria chemoprophylaxis among travelers to India. *J Travel Med* 1999; 6(1): 7-11.
29. **Abraham C, Clift S, Grabowski P.** Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: a prospective study. *Soc Sci Med* 1999; 48(11): 1641-54.
30. **Martínez E, Solera J, Serna E, Cuenca D, Castillejos ML, Espinoza A, Saez L.** Compliance, tolerance and effectiveness of a short chemoprophylaxis regimen for the treatment of tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 1998; 111(11): 401-4.
31. **Nuwaha F.** High compliance in an ambulatory tuberculosis treatment programme in a rural community of Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(1): 79-81.
32. **Jasmer RM, Snyder DC, Daley CL.** Twelve months of isoniazid compared with four months of isoniazid and rifampin for persons with radiographic evidence of previous tuberculosis: an outcome and cost-effectiveness analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162(5): 1648-52.
33. **Roberts KJ, Mann T.** Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. *AIDS Care* 2000; 12(4): 377-86.
34. **Scott RA, Chatoo SD, Sander JW.** The treatment of epilepsy in the developing countries: where do we go from here?. *Bull World Health Organ* 2001; 79(4): 344-51.
35. **Mong Q, Liu X, Shi J.** Comparing the service and quality of private and public clinics in rural China. *Health Policy Plan* 2000; 15(4): 349-56.
36. **Kaneko A, Taleo G, Kalkoa M, Yamar S, Kobayakowa T, Bjorkman A.** Malaria eradication on islands. *Lancet* 2000; 356(9241): 1560-4.
37. **Isema MD.** Management of multidrug-resistant tuberculosis. *Chemotherapy* 1999; 45(Suppl 2): 3-11.
38. **Ministerio de Salud.** Estudio de los condicionantes de la morbimortalidad por malaria grave producida por el *Plasmodium falciparum*. Lima: MINSA; 2001.
39. **Desvarieuro M, Hyppolite PR, Pape JW.** A novel approach to directly observed therapy for tuberculosis in an HIV-endemic area. *Am J Public Health* 2001; 91(1): 138-41.
40. **Balasubramanian VN, Oommen K, Samuel R.** DOT or not? Direct observation of anti-tuberculosis treatment and patient outcomes, Kerala state, India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(5): 409-13.
41. **Al-Hajjaj MS, Al-Khatim IM.** High rate of non-compliance with antituberculosis treatment despite a retrieval system: a call for implementation of directly observed therapy in Saudi Arabia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(4): 345-9.
42. **Corvick J, Thompson S, Edlin BR, Watlers BK.** Incentives and accessibility: a pilot study to promote adherence to TB prophylaxis in a high-risk community. *J Urban Health* 1999; 76(4): 461-7.
43. **Akkslip S, Rasmitat S, Sawert H.** Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothorn Province, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(12): 1061-5.
44. **Davidson BL.** A controlled comparison of directly observed therapy vs. self-administered therapy for active tuberculosis in the urban United States. *Chest* 1998; 114(5): 1239-43.
45. **Pineda Y, Palma H.** Capacitación de promotores de salud para la formación grupal de mujeres en áreas rurales para trabajar en presencia de ETS-VIH/SIDA. En: Congreso Centroamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual. Lima; 1997.
46. **Cook SV, Fujwara PJ, Friedan TR.** Rates and risk factors for discontinuation of rifampicin. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(2): 118-22.
47. **Galván F, Santiuste C.** Factors related with compliance with tuberculosis chemoprophylaxis. *Med Clin (Barc)* 1998; 111(17): 655-7.
48. **Heal G, Elwood RK, Fitzgerald JM.** Acceptance and safety of directly observed versus self-administered isoniazid preventive therapy in aboriginal people in British Columbia. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(12): 979-83.
49. **Minodier P, Lanza-Sillol F, Unal D.** Imported pediatric malaria in Marseille. *Arch Pediatr* 1999; 6(9): 935-43.
50. **Ishikawa N.** Tuberculosis among immigrants in Japan – epidemiological, clinical and sociological features, and the future of control. *Kekkaku* 1995; 70(12): 691-703.
51. **King K, Dörner RI.** Are health undertakings effective in follow-up of migrants for tuberculosis? *Med J Aust* 1995; 163(8): 407-11.
52. **Comolet TM, Rakotomalala R, Rajaonariora H.** Factors determining compliance with tuberculosis treatment in an urban environment, Tamatave, Madagascar. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(11): 891-7.
53. **Vaahtera M, Kulmala T, Maleta K, Culliman T, Salim ML, Ashorn P.** Childhood immunization in rural Malawi: time of administration and predictors of non-compliance. *Ann Trop Paediatr* 2000; 20(4): 305-12.
54. **Wright MT.** The old problem of adherence: research on treatment adherence and its relevance for HIV/AIDS. *AIDS Care* 2000; 12(6): 703-10.
55. **Dinh Long L, Thi Yen P, Van Nhu T, Nguyen L.** Use and quality of antimalarial drugs in the private sector in Vietnam. *Bull World Health Organ* 1998; 76(Suppl 1): 51-8.