

APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN CASOS NUEVOS TRATADOS EN BOGOTÁ

JULIANA MARÍA CUERVO Rojas MD MSc
Consultora Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

●
CORRESPONDENCIA

Juliana María Cuervo Rojas
Carrera 9 No. 61 - 45 Oficina 402. Teléfono: (571) 2553358.
Bogotá – Colombia
Correo electrónico: julicuervo@yahoo.com

RESUMEN

ANTECEDENTES: el abandono del tratamiento antituberculoso constituye un importante problema de salud pública, dada su magnitud y efecto desfavorable en el logro de las metas de control de la tuberculosis. El conocimiento de las razones que lo motivan es prioritario para definir estrategias efectivas de intervención.

OBJETIVO: identificar los factores individuales y de la atención de salud que son referidos como causa de abandono por pacientes tuberculosos que dejaron el tratamiento durante 1999.

METODOLOGÍA: el abordaje metodológico fue cualitativo, utilizando la técnica de entrevista en profundidad. La población objetivo correspondió a los 78 casos de abandono que se presentaron en la cohorte de casos nuevos de Tuberculosis que iniciaron tratamiento en instituciones notificadoras de Bogotá durante 1999. Para el estudio se eligieron 63 casos, todos ellos entrevistados.

RESULTADOS: en orden de frecuencia se identificaron como principales razones para haber abandonado el tratamiento: los efectos secundarios de la medicación, problemas con la atención, dificultades para conseguir el tratamiento, problemas económicos, problemas sociales, problemas con la información, problemas relacionados con el abuso de sustancias, decisión/olvido, mejoría sintomática y hospitalización por enfermedad intercurrente. Con respecto a los efectos secundarios de la medicación, las respuestas sugieren que como los factores adicionales al efecto adverso (sus características, intensidad o duración), la calidad de la atención y el seguimiento juegan un papel importante en la decisión de suspender el tratamiento. También fueron identificados problemas en aspectos relacionados con el programa, con la institución donde se recibió tratamiento, con el personal de salud, con el personal administrativo de la institución de tratamiento, con el personal administrativo de la entidad de afiliación, con la información, con el inicio del tratamiento y con el régimen de aseguramiento en salud.

CONCLUSIONES: las razones para el abandono en este grupo de pacientes difieren considerablemente de las tradicionalmente encontradas e indican el importante papel jugado por las deficiencias en los aspectos logísticos y operativos del programa.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis, control, abandono del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los casos infecciosos de la enfermedad es la piedra angular del control efectivo de la tuberculosis (TBC). El cumplimiento y terminación del tratamiento antituberculoso debe ser prioridad en cualquier programa, de hecho, algunos autores indican que si no es posible asegurar que el paciente tuberculoso complete el tratamiento es preferible no iniciarla dadas las graves consecuencias del no cumplimiento (abandono o irregularidad) tanto a nivel individual como colectivo. A nivel del individuo se considera que éste es responsable del aumento del riesgo de desenlaces desfavorables (muerte, fracaso, recaída, cronicidad) (1.2.3.4), de resistencia bacteriana a fármacos (4.5.6), y es quizás la mayor causa de fracaso del tratamiento. A nivel de la comunidad aumenta la diseminación de la enfermedad por infecciosidad prolongada, incrementa las formas resistentes y su diseminación, y es causa de fracaso de los programas de control (4).

Dada su magnitud, el abandono del tratamiento constituye un importante problema para el programa de prevención y control de TBC de Bogotá. Según los consolidados del año 1996 y primer semestre de 1997, el 16 y 22%, respectivamente, de los egresos del programa de tuberculosis correspondieron a abandonos del tratamiento (sin estar discriminado este porcentaje entre los pacientes nuevos BK+ y BK- y los pacientes de re-tratamiento). Para el primer semestre de 1998 la proporción de pacientes que egresó del programa por abandono aumentó a 23,7% aunque para el año completo la proporción fue menor (17,8 %) (7). Para los casos nuevos que iniciaron tratamiento en instituciones de salud de Bogotá durante 1999 el porcentaje de abandono fue de 10,76% globalmente y de 13,5% para los casos pulmonares bacilíferos (8).

El conocimiento de las razones que motivan la suspensión del tratamiento antiTBC se hace prioritario para definir estrategias efectivas de intervención. Son múltiples las razones para la pobre adherencia a un tratamiento y, en especial, el tratamiento antituberculoso, el cual usualmente requiere cursos prolongados, aún con la terapia "acortada" que requiere como mínimo seis meses. Como señala Sumartojo, "En general, las razones para la pobre adherencia no son sólo multifacéticas y complejas sino que van desde las características particulares de los pacientes hasta las propias del ambiente económico y social que influye sobre todas las actividades de prevención y control de la tuberculosis" (9).

Sin embargo, la investigación sobre el tema se ha centrado en la identificación de predictores de abandono del tratamiento especialmente en relación con las características demográficas y clínicas de los casos que, aparte de haber mostrado su poca consistencia, posiblemente no son inherentemente causales y usualmente no son modificables por las intervenciones de un programa de control de tuberculosis. Por otra parte, se ha realizado mucha menos investigación sobre las características ambientales, estructurales y operativas de los programas que pueden afectar la adherencia (9).

El objetivo principal de este estudio fue identificar factores individuales y de la atención de salud que son referidos como causa de abandono por los pacientes tuberculosos que suspendieron el tratamiento. Se pretendió también identificar qué factores del programa, las instituciones de salud y las entidades aseguradoras consideran que afectaron la adherencia al régimen de tratamiento prescrito, y qué intervenciones y/o actividades podrían favorecer la adherencia y la culminación del tratamiento.

METODOLOGÍA

El abordaje metodológico fue cualitativo, utilizando la técnica de entrevistas en profundidad. Se desarrolló una entrevista semiestructurada cuyos ejes temáticos fueron:

- Principal causa (razón) para el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Razones secundarias para el abandono del tratamiento.
- Factores de la atención a la que se tuvo acceso que influyeron en el abandono del tratamiento.

- Posibilidades de intervención en el programa para mejorar la adhesión y lograr que se complete el tratamiento.

Se consideró como población objetivo a los 78 casos de abandono del tratamiento que se presentaron en la cohorte constituida por los casos nuevos de tuberculosis que iniciaron tratamiento en instituciones notificadoras de Bogotá durante 1999. La población de estudio estuvo constituida por los casos de abandono que cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad: ser localizado, estar disponible para ser entrevistado en Bogotá o en municipios del Departamento de Cundinamarca y dar su consentimiento para la realización de la entrevista.

De los 78 casos de abandono que se presentaron, 63 cumplieron con los criterios de elegibilidad; dos de los casos no aceptaron la entrevista, uno se encontraba residiendo en la ciudad de Santa Marta, uno ya había fallecido y no fue posible localizar a once, la mayoría de ellos indigentes, a pesar de una intensa búsqueda en los sectores que inicialmente habían referido como de estancia más frecuente (calles, expendios de droga, "ollas" y albergues). De los 63 casos que cumplieron con los criterios de elegibilidad, todos fueron entrevistados. En el caso de menores de edad o personas con discapacidad cuyo tratamiento antituberculoso estaba bajo la responsabilidad de un cuidador, la información fue suministrada por éste.

Se realizó análisis de contenido de las entrevistas, generando categorías o subtópicos para cada uno de los ejes temáticos, de acuerdo con lo identificado en las respuestas. A las categorías de respuesta se les asignaron nombres representativos de su contenido y para cada eje temático se identificaron los subtópicos más frecuentemente referidos (10).

RESULTADOS

De acuerdo con los ejes temáticos, los dominios para los cuales se identificaron categorías de respuesta son: razón principal para el abandono del tratamiento, razones secundarias, factores relacionados con el programa, factores relacionados con la institución donde se recibió tratamiento, relaciones con el personal de salud, relaciones con el personal administrativo de la institución de tratamiento, relaciones con el perso-

nal administrativo de la entidad de afiliación, información, problemas para el inicio del tratamiento, problemas con el tratamiento relacionados con el régimen de seguridad social en salud, intervenciones sugeridas. A continuación se presenta el análisis para cada uno de estos dominios.

RAZÓN PRINCIPAL PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

En orden de frecuencia se refirieron como principales razones para haber abandonado el tratamiento las enunciadas en el cuadro I.

CUADRO I
MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

- | | |
|--|--|
| ✓ Efectos secundarios de la medicación | ✓ Dificultades para conseguir el tratamiento |
| ✓ Problemas con la atención | ✓ Hospitalización por enfermedad intercurrente |
| ✓ Problemas económicos | ✓ Problemas relacionados con abuso de sustancias |
| ✓ Problemas sociales | ✓ Decisión/olvido |
| ✓ Problemas con la información | |
| ✓ Mejoría sintomática | |

Respecto a los efectos secundarios de la medicación, las respuestas sugieren que como factor adicional al efecto adverso y relacionado con la calidad de la atención y el seguimiento, las características, intensidad o duración del tratamiento juegan un papel importante en la decisión de suspender el tratamiento. Para los efectos adversos frecuentemente referidos, como las reacciones alérgicas y aquellos indicativos de toxicidad vestibular (vértigo, dificultad o imposibilidad para la marcha), y para los cuales se indica un esquema de desensibilización en el caso de la primera y cambios en el esquema farmacológico en el caso de los segundos, los pacientes señalan que no recibieron suficiente atención por parte del personal de salud.

En algunos casos, los entrevistados indican franca indiferencia frente a sus síntomas por parte del personal y, en otros, la severidad y duración de los efectos secundarios limitó la capacidad de los pacientes para asistir a los controles, la recepción de medicamentos o el trabajo.

Los problemas que se categorizaron como relacionados con la atención cubren un amplio espectro, que va desde actitudes negativas del personal de salud frente a pacientes con diagnóstico de SIDA, hasta errores en la toma de decisiones sobre la duración o administración del tratamiento debidos a la inadecuada referencia y/o seguimiento de los pacientes, pasando por dificultades con el acceso y oportunidad de los servicios. Estas últimas debidas a los trámites, la terminación de la afiliación al sistema de seguridad en salud, y el prolongado tiempo de espera para recibir la atención o ser asignadas citas de control médico. En dos ocasiones se señaló la dificultad para asistir con la frecuencia y los horarios indicados para la entrega de medicamentos a la institución de salud, como la razón más importante para la suspensión del tratamiento.

En tres casos, una franca deficiencia asistencial fue responsable de la suspensión del tratamiento. En un paciente transferido de otra institución, el médico suspende el tratamiento por error antes de completar el esquema de seis meses, al no contar con un registro clínico de seguimiento que le permita conocer el curso real del tratamiento. En otro caso, el personal encargado de la administración del tratamiento desconocía el número de dosis que debían administrar durante la segunda fase, y en otro caso el entrevistado refiere que sus medicamentos no estuvieron disponibles en varias oportunidades o "fueron refundidos" luego de que la institución de salud se trasladara a otra sede.

Uno de los casos muestra los complejos factores sociales, económicos e institucionales implicados en el problema de abandono: una paciente anciana discapacitada, en precaria situación socioeconómica y con un débil soporte social, es "descargada" por una institución luego de una prolongada hospitalización porque, según refiere un familiar, el personal que la dejó expresó que "los costos de la hospitalización superaban la cuota del Sisben". Aparte de esta situación, el que la institución tratante no dispusiera de estrategias o mecanismos para asegurar la continuidad del tratamiento antituberculoso o la falta de gestión para que otra entidad lo hiciera, complican la situación, considerando además que, aparte de entregar algunas dosis de tratamiento a la persona que recibió a la paciente (una menor de edad), no se le suministró ningún otro tipo de orientación.

En nueve casos (14%), la razón principal para no continuar el tratamiento fue la dificultad para obtener los medicamentos. En las instituciones tratantes los medicamentos no estaban completos o tuvieron que esperar largos períodos de tiempo para disponer de ellos. En tres casos,

transcurrió más de un mes luego de terminada la primera fase del tratamiento, para que la institución tratante recibiera la segunda fase de éste. Algunos pacientes que se transfirieron fuera de Bogotá, señalaron dificultades para la continuación del tratamiento y el mantenimiento de su regularidad debidas a la no disponibilidad de medicamentos.

Los razones clasificadas dentro de la categoría de "problemas económicos" hicieron evidente cómo las limitaciones de recursos monetarios restringieron el acceso a los servicios. La no disponibilidad de recursos para asumir los gastos del transporte para desplazarse a las instituciones de salud a recibir el tratamiento fue frecuentemente indicada como la razón para la suspensión. En un caso, con el objeto de conseguir los recursos necesarios para cubrir el costo de los exámenes paraclinicos de control solicitados, la paciente se desplazó a trabajar fuera de Bogotá y no regresó al no disponer del dinero para volver a la ciudad.

Las razones agrupadas dentro de la categoría "problemas sociales" son también variadas. En dos casos las respuestas tuvieron relación con el estigma asociado a la enfermedad, por el cual se es rechazado en los lugares de habitación o de trabajo. En dos casos el desplazamiento fuera de la ciudad debido al trabajo o a la necesidad de atender asuntos de carácter familiar llevó a la suspensión de la medicación. Uno de los casos ejemplifica cómo la compleja situación de orden público del país puede afectar el curso de un tratamiento. En este caso un paciente transportador es detenido durante varias semanas en uno de los rehenes de los grupos alzados en armas, siendo imposible regresar oportunamente a continuar la medicación.

Sólo tres (5%) de los entrevistados refirieron que el abuso de sustancias (alcohol o drogas ilícitas) había alterado la regularidad del tratamiento. En otros tres, se señalaron razones que indican la inadecuada información respecto a la duración del tratamiento, al tratamiento en circunstancias especiales como el embarazo y a la certeza del diagnóstico de tuberculosis, como los factores que condujeron a la suspensión del tratamiento. Tan sólo en un caso se refirió la disminución de los síntomas como la razón que llevó a suspender la medicación.

RAZÓN SECUNDARIA PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Los entrevistados señalaron como factores que influyeron de forma secundaria los enunciados en el cuadro 2.

CUADRO 2
MOTIVOS SECUNDARIOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO

- ✓ Problemas relacionados con la atención
- ✓ Efectos secundarios
- ✓ Problemas socioeconómicos
- ✓ Problemas con la información
- ✓ Abuso de sustancias

En cuanto a los problemas que se categorizaron como relacionados con la atención, los entrevistados mencionaron los trámites para la solicitud de citas y de la medicación, el trato impropio por parte de algunos funcionarios y la negativa en una institución privada a entregar una orden para el tratamiento a un paciente que tenía un deuda por hospitalización. Se refirieron también dificultades económicas debidas a la falta de trabajo, que nuevamente en una oportunidad limitaron la posibilidad de desplazamiento para la recepción de medicamentos.

En tres casos se evidenciaron problemas relacionados con la información como un factor adicional. En uno de ellos no se dio indicación acerca de cómo conseguir y continuar el tratamiento antituberculoso. En otro, la información confusa acerca de la duración del tratamiento, hace que se suspenda al entenderse que éste ya había terminado.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS IDENTIFICADOS

No todos los entrevistados identificaron problemas para cada una de las instancias consideradas, de hecho, algunos indicaron no haber identificado problemas o haber recibido una muy buena atención. A continuación se indican solamente los problemas detectados.

En la institución de salud donde se recibe el tratamiento:

- Mala atención para la entrega de medicamentos.
- Horarios para la entrega de la droga no posibles para todos los pacientes.
- Extravío de los medicamentos.
- Mala atención/servicio en general.
- Demora para la realización del diagnóstico.
- Trato inadecuado para los pacientes psiquiátricos.
- Tiempo de espera prolongado para la atención.
- Tiempo de espera prolongado para las citas de control.

- Falta de indicaciones acerca del tratamiento al momento del egreso de una hospitalización.
- Coordinación inadecuada con la familia para el egreso de los pacientes y la continuación del tratamiento.
- Deficiente información al momento de ser remitidos a otra institución.
- Falta de disponibilidad de los registros clínicos y de seguimiento del tratamiento cuando una institución recibe un paciente para continuar su manejo y la institución inicial cierra.
- Lugar inadecuado para el tratamiento en instituciones carcelarias.
- Dificultades para conseguir el tratamiento.
- Inexistencia de programa de TBC en las instituciones o programa deficiente y no disponibilidad del tratamiento.
- Falta de claridad/desconocimiento respecto a la responsabilidad institucional y los procedimientos para la consecución del tratamiento, lo cual conduce a que los pacientes asuman la gestión y trámites para solicitar el tratamiento, frecuentemente pasando por varias instituciones de salud o entes administrativos (SDS, Min-salud)
- Tramitología que se debe realizar para acceder a la atención y al tratamiento.
- Negativa a entregar la medicación al terminarse la contratación con aseguradoras o por los límites impuestos para la atención de pacientes (v. gr. planillas).
- Dificultad para asegurar la continuidad de la atención y el tratamiento con la terminación de los contratos entre los aseguradores y los prestadores.
- Falta de coordinación institucional.
- Dificultades para el acceso a la institución debidas a circunstancias especiales como cierres, huelgas, etc.
- Manejo inflexible ("no comprensión") frente a hechos circunstanciales (v.gr. pérdida de documentos y/o carnés necesarios para la solicitud de citas o el ingreso a un servicio) que pueden dificultar el acceso a los servicios para la continuación del tratamiento.

En la relación con el personal de salud:

- Rechazo por parte del personal de enfermería.
- Difíciles relaciones con el personal de salud.

- Actitud desmotivadora por parte del personal de salud en situaciones especiales (v. gr. pacientes con coinfección por VIH).
- Poca atención por parte del personal de salud, visitas infrecuentes de los médicos durante la hospitalización.
- Regaños o indiferencia por parte del personal médico frente al reporte de los efectos secundarios de la medicación.
- Recriminaciones y actitud de disgusto por parte del personal médico al atender pacientes afiliados a ciertas aseguradoras.
- Trato inadecuado ("como seres que no tienen derecho a nada") para los pacientes psiquiátricos.

En cuanto a la forma de administración del tratamiento:

- Exigencia de reclamar la medicación personalmente.
- No dar el tratamiento para administrarlo en la casa.
- Entrega de la droga para autoadministrarla.

En la relación con el personal administrativo de la institución de salud donde recibió el tratamiento:

- Relaciones difíciles.
- Trato inadecuado (descortés, grosero, etc.) por el personal de citas.
- Desorden en la atención.
- Información inexacta.
- Demora para la atención.

En la información recibida:

- Información deficiente o nula acerca de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación.
- Falta de información acerca del diagnóstico de tuberculosis.
- Falta de información acerca de los resultados de los exámenes paraclínicos de diagnóstico.
- Falta de información acerca de la infección por VIH.
- Información inadecuada/incorrecta por parte del personal de salud (v. gr. indicar la necesidad de suspender el tratamiento durante la gestación, sugerencia de abortar por haberse encontrado en tratamiento antituberculoso al inicio de la gestación, explicación de la enfermedad tuberculosa como una "rama del SIDA").
- Falta de información al momento del egreso hospitalario, especialmente respecto a la continuidad del tratamiento.

Dificultades para el inicio del tratamiento:

- Quince días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento por no disponibilidad de medicamentos ni en la institución ni en la SDS.
- Demora por tratamientos incompletos.
- Dificultad para localizar un sitio cercano al lugar de residencia.
- Tiempos de espera prolongados para el envío de medicamentos luego de que éstos son solicitados por la institución de salud.
- Falta de claridad acerca de las competencias y procedimientos para la consecución de la medicación que conduce a que los pacientes o acudientes tengan que realizar múltiples diligencias y trámites para su solicitud.

Dificultades relacionadas con el régimen de seguridad social en salud

- Dificultades para la autorización de exámenes de control.
- Demora en las órdenes de tratamiento.
- Pagos relacionados con las consultas de control.
- Falta de seguridad sobre la disponibilidad de medicamentos y sobre el seguimiento del paciente en un programa organizado.
- Trámites.
- Discriminación y trato inadecuado (comentarios descalificadores, etc.), relacionados con el régimen de seguridad social en salud (a los afiliados al régimen subsidiado, a los participantes vinculados y a los afiliados al seguro social por las deudas de esta institución con los prestadores de servicios).
- Recriminación a los pacientes por las deudas de las aseguradoras (v. gr. ISS) con las instituciones prestadoras de servicios.
- Incertidumbre respecto al estado (vigencia, existencia) de la afiliación, que limita la posibilidad de acceder a los servicios (al no aparecer en los sistemas de información correspondientes, etc.).
- Problemas para asegurar la continuidad del tratamiento y los controles al terminarse los contratos con los prestadores de servicios de salud.
- Dificultades para el pago de los costos de la atención (especialmente de hospitalización) que no alcanzan a ser cubiertos por el subsidio y que superan la capacidad de pago.
- Pérdida de la afiliación y sus beneficios por pérdida del trabajo.

Acciones e intervenciones sugeridas para facilitar la terminación del tratamiento

Las acciones sugeridas se pueden categorizar en tres grandes grupos: las relacionadas con la administración del tratamiento, las relacionadas con la información y las relacionadas con el esquema farmacológico.

Con relación a la administración del tratamiento y la atención se sugirió:

- Disponer de sitios para albergar y administrar el tratamiento hasta su culminación a personas de escasos recursos y/o con pobres redes de apoyo social (v. gr. ancianos indigentes).
- Disponer de un centro donde los pacientes indigentes puedan permanecer para recibir el tratamiento y ser controlados.
- Disminución de los trámites y papeleos para acceder al tratamiento.
- Disminución de los tiempos de espera para la atención y los controles.
- Receptividad del personal médico y de otro personal de salud frente a lo que los pacientes manifiestan.
- Entrega de medicamentos para su manejo en casa (disminuyendo los costos de transporte a la institución, las dificultades para llevar a los menores, los permisos en el trabajo, etc.).
- Entrega de todos los medicamentos para cada fase.
- Entrega de medicamentos para administración en casa o desplazamiento de personal institucional a administrar la medicación a la casa.
- Entrega de medicamentos para administración por un familiar responsable.
- Tratamiento en un sitio próximo a la red de apoyo familiar.
- Hospitalización para asegurar la atención oportuna de los casos de gran severidad (dadas las dificultades para el desplazamiento a las instituciones, etc.).
- Flexibilidad en los horarios establecidos para la entrega de medicamentos.
- Personal de salud disponible siempre para la entrega de los medicamentos (v. gr. durante el período de vacaciones).
- Administración conjunta de los tratamientos para TBC y VIH.
- Coordinación entre los diferentes servicios tratantes.
- Coordinación/mejor comunicación institucional para asegurar la suplencia de medicamentos.
- Mejorar la atención a los usuarios de los servicios.
- Personal comprometido, interesado, que cumpla con el paciente y con los horarios.

- Suministro de tapabocas de forma gratuita para que el paciente no tenga que asumir sus costos.
- Programas organizados para personas con patologías especiales (como enfermedades psiquiátricas) para su evaluación y seguimiento integral.
- No pago por los servicios hospitalarios para los sujetos de muy bajos recursos socioeconómicos.
- Distacciones durante el tiempo de aislamiento por la hospitalización.

Relacionadas con la información

- Informar mejor/claramente/correctamente sobre la enfermedad (su carácter, consecuencias, formas), sobre el tratamiento y cuidados generales.
- Mejorar la información suministrada a nivel individual y familiar.
- Informar a la familia.
- Información pública para evitar la discriminación.
- Uso de otros medios de información complementarios (casetes, medios de comunicación masiva como radio, televisión, etc.).

Relacionadas con el esquema de tratamiento

- Menor duración.
- No requerir drogas inyectadas/Todo en forma no inyectable.
- Menor cantidad de medicamentos (menor número de "pastillas").
- Medicamentos con menos efectos adversos.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio cualitativo entregan un panorama bastante amplio e interesante del problema de abandono en el contexto de nuestro sistema de salud. Una de sus limitaciones más importantes, sin embargo, es el que no se haya podido incluir a la mayor parte de los pacientes indigentes en quienes es importante comprender las razones por las cuales se suspende el tratamiento, al ser la indigencia una de las condiciones que con mayor frecuencia se ha encontrado asociada al abandono.

A diferencia de lo que tradicionalmente se ha identificado como una de las razones más importantes para la suspensión de la medicación antituberculosa, la mejoría sintomática (11-15), ésta no juega un papel importante entre los pacientes entrevistados, mientras que los efectos secundarios de la medicación sí lo hacen, siendo interesante resaltar que no es el efecto sólo, con sus características, sino a menudo su relación con la indiferencia o el poco interés mostrado por el personal de salud frente a la situación del paciente lo que lleva a la suspensión.

Llama la atención que aunque tradicionalmente, y por supuesto desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, se plantea que el problema principal en el tratamiento de la TBC no es encontrar nuevos esquemas farmacológicos, sino mejorar y asegurar la administración del existente, desde la perspectiva de los pacientes sí se considera prioritario disponer de mejores esquemas que reduzcan la duración y los efectos adversos del tratamiento.

Las respuestas entre los entrevistados evidencian deficiencias en aspectos logísticos como asegurar el suministro de los medicamentos (16) y en la supervisión y entrenamiento del personal de salud, que se manifiestan principalmente en el desconocimiento de las actividades y procedimientos del programa, en el inadecuado seguimiento y eventualmente en la deficiente o incorrecta información suministrada, alteran la regularidad del tratamiento, con períodos eventualmente prolongados de suspensión de la medicación, no necesariamente por decisión del paciente. Además, una deficiente calidad en la relación médico-paciente, personal de salud-paciente, personal administrativo-paciente es frecuentemente el factor que contribuye a la decisión de suspender la medicación.

Los factores socioeconómicos jugaron un papel importante también, al limitar la posibilidad de acceso a los servicios de salud y el cumplimiento con algunos de los aspectos técnicos del programa (16) como la estricta supervisión o la realización de los controles.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, en la cual entre sus objetivos no está solamente mejorar la condición de salud de la población a la que sirven sino responder a las expectativas de esa población (17), se puede considerar que parte del problema de abandono se relaciona con la poca capacidad de respuesta del programa —en el contexto de nuestro complejo sistema de salud— a las expectativas de la población a la que sirve. Infortunadamente, aunque una de las funciones de los sistemas de salud es la provisión de servicios adecuados a las necesi-

dades de los pacientes (17), las respuestas de los entrevistados indican que las actividades del programa de tuberculosis no se centran ni se orientan al paciente; más bien, al no integrarse óptimamente con el resto de servicios institucionales, éstas resultan realizándose de acuerdo con las necesidades institucionales de los proveedores y de las aseguradoras.

CONCLUSIONES

Las razones para el abandono del tratamiento antituberculoso en este grupo de pacientes difieren considerablemente de las tradicionalmente encontradas e indican el importante papel jugado por deficiencias en aspectos logísticos y operativos del programa.

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá por su apoyo financiero y operativo para la realización del proyecto.

Al doctor Carlos Gómez Restrepo por su asesoría.

A la socióloga Bethsabé Rojas por su colaboración en la búsqueda y localización de los casos de abandono.

REFERENCIAS

1. Johnson JL, Okwera A, Vjecha MJ, Byekwaso F, Nakibali J, Nyole S, et al. Risk factors for relapse in human immunodeficiency virus type 1 infected adults with pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997; 1(5) : 446-453.
2. Pablos-Méndez A, Sterling T, Frieden T. The relationship between delayed or incomplete treatment and all-cause mortality in patients with tuberculosis. *JAMA* 1996; 276 (15): 1223-1228.
3. Burman WJ, Cohn D, Rietmeijer C, Judson F, Sbarbaro J, Reves R. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis:

- epidemiology and effect on the outcome of treatment. *Chest* 1997; 111 (5): 1168-1173.
4. Weis. Universal Directly observed therapy: a treatment strategy for tuberculosis. *Clinics in Chest Medicine* 1997; 18 (1): 155-163.
 5. Álvarez G, Halperin D, Blancarte L, Vázquez J. Factores de riesgo para resistencia a drogas antifílmicas en Chiapas, México. *Salud Pública de México* 1995; 37 (5): 408-416.
 6. Pablos-Méndez A, Knirsch C, Barr G, Lerner B, Frieden T. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med* 1997; 102: 164-170.
 7. Área de Acciones en Salud Pública, Proyecto de enfermedades transmisibles. Sistema de Información. Secretaría Distrital de Salud. Santafe de Bogotá, Colombia. 1996-1998.
 8. Cuervo JM. Características, resultados del tratamiento y factores determinantes de abandono en casos nuevos tratados en las instituciones de salud que notifican al programa de prevención y control de TBC de la SDS de Bogotá durante 1999. Bogotá; 2001. Tesis para optar al título de Magíster en Epidemiología Clínica. Facultad de Medicina Universidad Javeriana.
 9. Sumartojo E. When Tuberculosis Treatment Fails: A social behavior account of patient adherence. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 1311-1320.
 10. INRUD Social Scientists Working Group. How to use applied qualitative methods to design drug use interventions (December, 1996).
 11. Palma O, Mosca C, Eisele C, Caroso A. El abandono del tratamiento en tuberculosis. Realidad actual y perspectivas futuras. *Revista Argentina de Tuberculosis, Enfermedades Pulmonares y Salud Pública* 1983; XLIV (1): 11-21.
 12. Rey de Castro J, Porto Carrero B. El cumplimiento del paciente tuberculoso en un centro particular y la importancia del programa de control de tuberculosis. *Revista Peruana de Epidemiología* 1992; 5 (1): 28-31.
 13. Ferrer X, Kirschbaum A, Toro J, Jadue J, Muñoz M, Espinoza A. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. *Bol of Sanit Panam* 1991; 111(5): 423-430.
 14. Teklu B. Reasons for failure in treatment of pulmonary tuberculosis in Ethiopians. *Tubercle* 1994; 65: 17-21.

15. Kimerling ME, Petri L. Tracing as part of tuberculosis control in a rural Cambodian district during 1992. *Tubercle and Lung Disease* 1995; 76: 156-159.
16. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO – recommended TB control strategy known as DOTS. 1999;WHO/CDS/CPC/TB/99.270.
17. World Health Organization. Health Systems: Improving Performance. World Health Report 2000. Geneva, Switzerland. WHO 2000.

