



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud

**GIOVANO DE CASTRO IANNOTTI**

**DEL IMPACTO DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA EN LA ATENCIÓN  
PRIMARIA DE LA SALUD EN BELO HORIZONTE, BRASIL.**

**Especialistas en Salud de la Familia; Especialistas en Homeopatía.**

**DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Ciudad de Córdoba**  
**2008**

Jobresolvente (Cba) Dicembre 29/2008  
Dr. Siera Comandó Albesca  
Istituzione: ICM, UNE.

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>8</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>14</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>16</b>
<b>RIASSUNTO.....</b>	<b>18</b>
<b>EQUIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>20</b>
<b>SIGLAS .....</b>	<b>21</b>
<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo I - Introducción.....</b>	<b>31</b>
I.A) Los Sistemas de Salud .....	34
I.B) El Sistema de Salud de Brasil .....	36
I.B.1) El Sistema Único de Salud .....	36
I.B.2) Programa Salud de la Familia .....	40
I.3) La Formación Médica .....	45
I.C.1) Especialistas en Salud de la Familia.....	46
I.C.2) Especialistas en Homeopatía.....	47
I.D) La Eficiencia en la Resolución de los Problemas en el SUS .....	52
I.E) Objetivos.....	54
<b>Capítulo II – Material y Método.....</b>	<b>55</b>
II.A) Descripción.....	57
II.B) El Cómputo de los Datos .....	63
II.C) La Cronología del Trabajo .....	65
II.D) Observaciones.....	66
<b>Capítulo III – Resultados.....</b>	<b>67</b>

III.A) Resultados de las Entrevistas .....	69
III.B) Resultados de las Encuestas .....	69
III.C) Resultados de la Producción de los Profesionales .....	91
<b>Capítulo IV – Discusión.....</b>	<b>95</b>
IV.A) El Cuestionario.....	104
IV.B) La Producción .....	114
IV.C) Las Entrevistas .....	116
IV.C.1) Las Impresiones del Campo .....	120
IV.C.2) Pacientes de Salud de la Familia .....	121
IV.C.3) Pacientes de Homeopatía .....	135
IV.C.4) Gestores.....	150
IV.D) Posibles Explicaciones para los Resultados (O Donde el Alcance de la Investigación se Hace Explicativo) .....	162
IV.D.1) La Formación Académica y los Orígenes de su Naturaleza .....	163
IV.D.2) ¿Información es sinónimo de “no-formación”? .....	169
IV.D.3) La Yatrogenia .....	172
IV.D.4) El Rol de la Homeopatía en el SUS .....	180
IV.E) Conclusiones .....	186
<b>Capítulo V – Bibliografía.....</b>	<b>188</b>
<b>Capítulo VI – Anexos .....</b>	<b>200</b>
VI.A) Anexo A: Modelo de Encuesta .....	202
VI.B) Anexo B: Consentimiento Informado .....	205
VI.C) Anexo C: Modelo Simplificado de Ficha de Producción de Homeopatía .....	206
VI.D) Anexo D: Modelo Simplificado de Ficha de Producción de Salud de la Familia.....	206

## **Comisión de Seguimiento de Tesis**

### **Dirección**

Prof. Dr. Luis Santos Spitale

### **Co-Dirección**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo

### **Miembros**

Prof. Dra. Alicia Ruth Fernandez

Prof. Dr. Juan Brunetto

**La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta  
Tesis.**

## DEDICATORIA



## **Dedicado**

Al Popolo, ai miei parenti, ai miei fratelli, agli amici.

Al BelPaese e a Celle di Bulgheria.

Al futuro representado por Ian, Bárbara y Rafael.

A los *usuários* del SUS.

A los de la Escuela, maestros de los del Instituto.

A mis padres y hermanos.

A Galileo Galilei y a Giordano Bruno.

A Jacques de Molay.

A Gustavo P. Cordera.

A Roca y a Orgaz.

Este trabajo es de Luisa.

## AGRADECIMIENTOS



## **Agradecimientos**

A Luisa Mello por hacer todo esto posible.

A la Comisión de Seguimiento de Tesis

A mis amados maestros Dehatri, Javier y Beatriz.

A Antônio Carlos G. da Cruz y a todos del IMH.

A todos los que me alentaron, escucharon, leyeron y ayudaron.

A la UFMG en la persona de la Dra. Elza Melo.

A la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte, en la persona del Dr. Helvécio Magalhães

Al Prof. Dr. Rubén Daniel Ruiz

A la Familia Viale.

## RESUMEN

Esta Tesis, cuali-quantitativa, de alcance correlacional y explicativo, buscó saber si la especialidad de los médicos, fuera ella Homeopatía o Salud de la Familia, impactaba en la resolución de problemas de Atención Primaria de la Salud (APS) en Belo Horizonte. Brasil creó su sistema nacional de salud, llamado Sistema Único de Salud (SUS) en 1988, universalizando la atención a la salud bajo los principios de integralidad, gratuidad, equidad, descentralización, capacidad de resolución y participación popular. Desde su creación, se han probado algunos modelos de atención que permitieran cumplir con los principios y objetivos legales; en 1994 el Gobierno Federal adoptó el Programa Salud de la Familia (PSF) como modelo de atención, el cual fue designado como eje estructural del SUS por la XII Conferencia Nacional de Salud (CNS) en 2003. El PSF es un modelo multidisciplinario de atención que trabaja con una población limitada asignada a cada equipo de salud que actúa en una Unidad Básica de Salud (UBS); en 2005, 61,1% de los habitantes de Brasil (103.976.897 personas) estaban vinculados a alguno de los 24.872 equipos existentes. El médico que actúa en APS en Brasil es conocido como generalista y la formación ideal de los generalistas es tema de extensos debates gubernamentales y académicos y de severas críticas de las CNS. En la ciudad de Belo Horizonte, por determinación legal, además de los médicos de PSF, varios de ellos especialistas en Salud de la Familia, hay médicos especialistas en Homeopatía actuando en el nivel primario de atención en las UBS. Los gestores de salud pública utilizan el Índice de Resolución de Problemas para medir el desempeño de los médicos, o sea, la proporción de pacientes atendidos y no derivados. Para medir la resolución de problemas en APS la presente Tesis consideró el Índice de Resolución de Problemas (IRP) incompleto, si bien, útil, y lo asoció a otros instrumentos con el objetivo de saber si la especialidad del médico de APS es un factor independiente. Dividió la investigación en dos núcleos, uno de gestores y otro de pacientes (*usuários*). La visión de los gestores se midió con el IRP calculado con datos de la Secretaría Municipal de Salud (SMS), la cual informó el número de consultas, de derivaciones y de exámenes de radiología y de laboratorio de cada médico seleccionado al azar y con 5 entrevistas en profundidad realizadas a gestores claves. El núcleo de pacientes fue estudiado con 482 encuestas estructuradas y con 37 entrevistas abiertas y en profundidad con criterio de saturación. Se analizaron 217.963 consultas de 14 homeópatas y 67 especialistas en Salud de la Familia entre 01 de julio de 2006 y 30 de junio de 2007. El IRP fue, respectivamente, 1,7 y 9,7 ( $\alpha < 0,001$ ) con proporción de solicitación de Rx en 0,20% y 4,8% ( $\alpha < 0,001$ ) y de laboratorio 1,20% y 15,40% ( $\alpha < 0,001$ ); las entrevistas mostraron que todos los gestores consideran el PSF un gran avance y la Homeopatía como un hecho positivo para el SUS. Dos gestores del SUS dijeron que, después de iniciaren el tratamiento homeopático, los pacientes mejoran sus relaciones con la UBS y su autorresponsabilidad. En las encuestas se encontró que significativamente más pacientes de Homeopatía consideran que sus médicos preguntan más en detalles sobre la familia, antecedentes, forma de vivir, miedos, sueños y deseos ( $p = ,000$ ) y más pacientes de Salud de la Familia cambiarían de

médico si pudieran ( $p = ,016$ ). En las entrevistas, los pacientes de Salud de la Familia se mostraron menos satisfechos con la resolución de sus problemas y los de Homeopatía se mostraron más activos e involucrados en sus tratamientos y más entusiasmados con los médicos que los atendían. Fueron analizados aspectos relacionados a los modelos paradigmáticos de salud, a la formación médica y a la iatrogenia, como posibles explicaciones para los hallazgos de la investigación. Se consideró que la asociación de varias metodologías, la triangulación metodológica, cuyos resultados fueron coincidentes entre sí, dio más validez a las conclusiones. La Tesis pudo concluir que los especialistas en Homeopatía tienen mejor Índice que los de Salud de la Familia, que piden menos exámenes complementarios, que los pacientes de Homeopatía perciben más que sus problemas de salud son resueltos que los de Salud de la Familia. En Belo Horizonte, la especialidad del médico de APS parece tener impacto sobre la resolución de problemas, según la investigación realizada.

## RESUMO

Esta Tese, quali-quantitativa, de alcance correlacional e explicativo, baseia-se em uma pesquisa que procurou descobrir uma possível influência da especialidade dos médicos na resolução de problemas de Atenção Primária de Saúde (APS) em Belo Horizonte, fosse essa especialidade Homeopatia ou Saúde da Família. O Brasil criou seu sistema nacional de saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, universalizando a atenção à saúde sob os princípios da integralidade, gratuidade, equidade, descentralização, resolubilidade e participação popular. Desde seu surgimento, o SUS testou alguns modelos de APS que permitissem cumprir com os seus princípios e objetivos legais; em 1994 o Governo Federal adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção, o qual foi designado como eixo estruturante do SUS pela XII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2003. O PSF é um modelo multidisciplinar de atenção que trabalha com uma população adscrita a cada equipe de saúde que atua numa Unidade Básica de Saúde (UBS); em 2005, 61,1% dos habitantes do Brasil (103.976.897 pessoas) estavam vinculados a alguma das 24.872 equipes existentes. O médico que trabalha em APS no Brasil é conhecido como generalista e a formação ideal dos generalistas é um tema de extensos debates governamentais e acadêmicos e de severas críticas das CNS. Na cidade de Belo Horizonte, por determinação da legislação local, além dos médicos do PSF, vários deles especialistas em Saúde da Família, há médicos especialistas em Homeopatia trabalhando no nível primário de atenção nas UBS. Os gestores de saúde pública utilizam um índice de resolubilidade (IR) para comparar o desempenho entre os médicos, *id est*, a proporção de pacientes atendidos e não encaminhados. Para medir a resolubilidade na APS a presente Tese considerou o IR incompleto, ainda que útil, e o associou a outros instrumentos com objetivo de saber se a especialidade do médico de APS é um fator independente na resolução de problemas de saúde. Dividiu-se a pesquisa em dois núcleos, um de gestores e outro de pacientes (usuários). Mediu-se a visão dos gestores com o IR, calculado com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a qual informou o número de consultas, de encaminhamentos, e de exames de radiologia e de laboratório de cada médico selecionado aleatoriamente e com 5 entrevistas em profundidade realizadas com gestores importantes do Sistema. O núcleo de pacientes foi estudado com 482 entrevistas estruturadas e com 37 entrevistas abertas e em profundidade, com critério de saturação. Analisaram-se 217.963 consultas de 14 homeopatas e 67 especialistas em Saúde da Família entre 01 de julho de 2006 e 30 de junho de 2007. O IR foi, respectivamente, 1,7 e 9,7 ( $\alpha < 0,001$ ) com proporção de solicitação de Rx de 0,20% e 4,8% ( $\alpha < 0,001$ ) e de laboratório de 1,20% e 15,40% ( $\alpha < 0,001$ ); as entrevistas mostraram que todos os gestores consideram o PSF um grande avanço e a Homeopatia como um fato positivo para o SUS. Dois gestores do SUS disseram que, após iniciarem o tratamento homeopático, os pacientes melhoraram suas relações com a UBS e seu espírito de auto-responsabilidade. Nas entrevistas, constatou-se que significativamente mais pacientes de Homeopatia consideram que seus médicos perguntam mais em detalhes sobre a família, antecedentes,

jeito de viver, medos, sonhos e desejos ( $p = ,000$ ) e mais pacientes de Saúde da Família trocariam de médico se pudessem ( $p = ,016$ ). Nas entrevistas em profundidade, os pacientes de Saúde da Família mostraram-se menos satisfeitos com a resolução de seus problemas e os de Homeopatia, mais ativos e envolvidos nos seus tratamentos e mais entusiasmados com os médicos que os atendiam. Foram analisados aspectos relacionados aos modelos paradigmáticos de saúde, à formação médica e à iatrogenia, como possíveis explicações para as descobertas da pesquisa. Considerou-se que a associação de várias metodologias, a triangulação metodológica, cujos resultados foram coincidentes entre si, deu mais validade às conclusões. A Tese pode concluir que os especialistas em Homeopatia têm melhor IR que os de Saúde da Família, que pedem menos exames complementares, que os pacientes de Homeopatia percebem mais que seus problemas de saúde são resolvidos quando comparados aos de Saúde da Família. Em Belo Horizonte, a especialidade do médico de APS parece ter impacto sobre a resolução de problemas, segundo a pesquisa realizada.

## ABSTRACT

This quali-quantitative Doctoral Thesis, of co-relational and explanatory scope, has the objective to know if physician's specialties – be it Homeopathy or Family Medicine – impacted the resolution of problems in Primary Health Care (APS) in the City of Belo Horizonte (Brazil). Brazil created its National Health Care System (Sistema Único de Saúde –SUS) in 1988. The program universalized care and was legally required to be of broad spectrum; provide free and equal service; be decentralized; have problem-solving capacity and popular participation. From its inception, different care approaches have been tried in order to fulfill the required legal ordinances. In 1994 the Federal Administration adopted the Family Health Program (PSF) as the standard model of care. At the XII National Health Conference (CNS) in 2003, the PSF was designated as the main structural element of the SUS. The PSF adopts a multidisciplinary care approach and has a model where each health care team works with a pre-assigned number of patients. Each one of these cells is called Basic Health Care Unit (UBS). In 2005 61.1% of the Brazilian population (103,976,897 individuals) was connected to one of the 24,872 teams. The physician who works at the APS is known in Brazil as a General Practitioner (GP), whose training is the subject of extensive governmental and academic debate. The training is also theme of severe criticism at the CNSs. In the city of Belo Horizonte, local laws require that UBS have, besides PSF physicians (many of whom are specialized in Family medicine), homeopathic doctors working at the primary care level. Public health managers use the so-called Problem Solving Index (PSI), which is the number of patients who were not forwarded to other health care units for treatment, as the standard to assess physicians' performance. To measure the problem solving ability of APS, the study considered the PSI incomplete, but useful, and associated it to other tools in order to measure if the specialty of physicians working in APS was a stand-alone variable. The research had two main focus of investigation: one on managers, and the other on patients (*users*). Managers' assessment was measured using PSI data from the Municipal Health Secretary (SMS), and contained the number of cared and forwarded patients; and the number of radiological and laboratorial exams requested by each, randomly chosen, physician. The data was complemented with 5 in-depth interviews performed with key health care managers. Patients' perspective was evaluated using 482 researcher-administered surveys and 37 in-depth interviews with saturation criteria. A total of 217.963 medical examinations from 14 homeopaths and 67 Family Medicine specialists, performed from the 1<sup>st</sup> of July 2006 and June 30<sup>th</sup> 2007, were analyzed in the research. The PSI was, respectively, 1.7 and 9.7 ( $\alpha < 0.001$ ) with a percentage of X-rays request of 0.20% and 4.8% ( $\alpha < 0.001$ ) and lab requests of 1.20% and 15.40% ( $\alpha < 0.001$ ). Interviews showed that all managers consider PSF to be a major advancement in care and that homeopathy has a positive effect for SUS. Two managers stated that homeopathy is more effective than allopathy to APS and that, after starting homeopathic therapy patients had an improvement in their relationship with UBSs and in their self-reliance. The interviews revealed that a significant higher

difference number of Homeopathy patients think that their physicians ask more questions about family, medical history, lifestyle, fears, dreams and wishes ( $p = .000$ ). It also pointed that more patients of Family Medicine would change doctors, if possible ( $p = .016$ ). The interviews demonstrated that Family Medicine patients were less satisfied with the results of problem solving and that Homeopathy patients had a more active and engaging attitude towards their treatment and that they were more enthusiastic about their doctors. Aspects related to paradigmatic health models, medical training and iatrogenesis were considered as possible explanations for the findings of this research. It was inferred that the association of different methodologies, all of which produced corroborating results, gave more validity to the conclusions of the study. The conclusion of this Doctoral Thesis is that Homeopath physicians – compared to Family Medicine physicians – had a better problem solving ratio, asked for fewer laboratorial and radiological exams. It showed that, compared to patients treated by Family Medicine specialists, patients treated by Homeopaths had a higher perception that their health problems had been solved. According to the research, in the city of Belo Horizonte, physicians' specialty has an impact on the solving of problems on Primary Health Care (APS).

## RIASSUNTO

Questa tesi, quali-quantitativa, di portata correlazionale e esplicativa, si basa su di una ricerca che ha tentato scoprire un possibile influsso della specialità dei medici nella risoluzione dei problemi di Attenzione Primaria della Salute (APS) a Belo Horizonte, fosse questa specialità l'Omeopatia o la Salute della Famiglia. Il Brasile ha creato il suo sistema nazionale sanitario, chiamato Sistema Unico Sanitario (SUS) nel 1988, universalizzando l'attenzione alla salute sotto i principi dell'integrità, gratuità, equità, decentralizzazione, risolubilità e partecipazione popolare. Fin dal suo sorgimento, il SUS ha testato alcuni modelli di APS che avrebbero permesso di adempiere ai suoi principi e obiettivi legali; nel 1994 il Governo Federale adottò il Programma Salute della Famiglia (PSF) come modello di attenzione, il quale fu designato come asse strutturante del SUS dalla XII Conferenza Nazionale per la Sanità (CNS), nel 2003. Il PSF è un modello multidisciplinare di attenzione che lavora con la popolazione residente nell'area di attuazione di ogni équipe sanitaria che opera in una Unità Basica Sanitaria (UBS); nel 2005, 61,1% degli abitanti del Brasile (103.976.897 persone) erano vincolate ad una qualsiasi delle 24.872 équipe esistenti. Il medico che lavora nella APS in Brasile è conosciuto come generalista e la formazione ideale dei generalisti è tema di estensi dibattiti governamentali e accademici e di severe critiche delle CNS. Nella città di Belo Horizonte, per determinazione della legislazione locale, oltre ai medici del PSF, vari di loro specialisti in Salute della Famiglia, vi sono medici specialisti in Omeopatia lavorando a livello primario di attenzione nelle UBS. I gestori della pubblica sanità utilizzano un indice di risolubilità (IR) per paragonare la performance tra i medici, *id est*, la proporzione di pazienti assistiti e non inoltrati. Per misurare la risolubilità nella APS la presente Tesi ha considerato l'IR incompleto, anche se utile, e lo ha associato ad altri strumenti con l'obiettivo di sapere se la specialità del medico della APS è un fattore indipendente nella risoluzione dei problemi sanitari. La ricerca è stata divisa in due nuclei, uno di gestori e l'altro di pazienti (utenti). È stata misurata la visione dei gestori con l'IR, calcolato con i dati della Segreteria Municipale della Sanità (SMS), la quale ha informato il numero di visite, di inoltri, e di esami di radiologia e di laboratorio di ogni medico selezionato aleatoriamente e con 5 colloqui in profondità svolti con gestori importanti del Sistema. Il nucleo di pazienti è stato studiato con 482 colloqui strutturati e con 37 colloqui aperti e in profondità, con criterio di saturazione. Sono state analizzate 217.963 visite di 14 omeopati e 67 specialisti in Salute della Famiglia tra il 01 luglio 2006 e il 30 giugno 2007. L'IR è stato, rispettivamente, 1,7 e 9,7 ( $\alpha < 0,001$ ) con proporzione di sollecitazione di Rx del 0,20% e 4,8% ( $\alpha < 0,001$ ) e di laboratorio dell'1,20% e 15,40% ( $\alpha < 0,001$ ); i colloqui hanno mostrato che tutti i gestori considerano il PSF un grande avanzo e l'Omeopatia come un fatto positivo per il SUS. Due gestori del SUS hanno detto che, dopo aver iniziato il trattamento omeopatico, i pazienti hanno migliorato le loro relazioni con la UBS e il loro spirito di auto-responsabilità. Nei colloqui, è stato constatato che significativamente più pazienti di Omeopatia considerano che i loro medici hanno domandato più dettagli sulla famiglia, antecedenti, modo di vivere,

temori, sogni e desideri ( $p = ,000$ ) e più pazienti della Salute della Famiglia avrebbero voluto cambiare medico se avessero potuto ( $p = ,016$ ). Nei colloqui in profondità, i pazienti della Salute della Famiglia si sono mostrati meno soddisfatti della risoluzione dei loro problemi e quelli di Omeopatia, più attivi e coinvolti nei loro trattamenti e più entusiasti per i medici che li assistevano. Sono stati analizzati aspetti relazionati ai modelli paradigmatici della salute, alla formazione medica e alla iatrogenia, come possibili spiegazioni per le scoperte della ricerca. È stato considerato che l'associazione di varie metodologie, la triangolazione metodologica, i cui risultati sono stati coincidenti tra loro, ha dato ancor più validità alle conclusioni. La Tesi può concludere che gli specialisti in Omeopatia hanno migliori IR che quelli della Salute della Famiglia, che chiedono meno esami complementari, che i pazienti di Omeopatia percepiscono di più che i loro problemi di salute sono risolti quando comparati a quelli della Salute della Famiglia. A Belo Horizonte, la specialità del medico di APS sembra aver impatto sulla risoluzione dei problemi, secondo la ricerca svolta.

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la investigación en la cual se basa la presente tesis, se reunió el siguiente equipo:

- Investigador Principal / Doctorando: Sr. Méd. Giovano de Castro Iannotti
- Director de Tesis: Prof. Dr. Luis Santos Spitale
- Co-Directora de Tesis: Prof. Dra. Elza Machado de Melo
- Miembro de la Comisión de Seguimiento: Prof. Dra. Ruth Fernandez
- Miembro de la Comisión de Seguimiento: Prof. Dr. Juan Brunetto
- Consultora de Salud Pública: Doc. Univ. Méd. Faustina Dehatri Miranda
- Consultor de Homeopatía: Prof. Méd. Antônio Carlos Gonçalves da Cruz, N.S.
- Consultor de Clínica Médica: Prof. Dr. Javier Zamudio
- Consultora de Homeopatía: Prof. Méd. Mônica Beier
- Consultor de Estadística: Prof. Dr. Luis Horacio Parodi
- Consultor SPSS®: Prof. Horácio Pereira de Faria
- Revisor Ortográfico: Prof. Hugo Ricardo Gigli
- Transcritora: Sra. Suzana Miranda
- Colaborador de Campo: Sr. Thiago
- Colaboradora de Campo: Srta. Danielle Prata Melo
- Colaboradora de Campo: Srta. Izabella
- Colaboradora de Campo: Srta. Diane Líbia Prata Melo
- Colaboradora de Campo: Srta. Ana Carolina
- Ilustraciones y Revisión Gráfica: Maria Luisa Pereira de Mello

## SIGLAS

Siglas usadas en este texto:

ABRASCO: Asociación Brasileña de Post-Grado en Salud Colectiva

ACS: Agente Comunitario de Salud

APS: Atención Primaria de Salud

CEP: Comité de Bioética

CES: Conferencia Estadual de Salud (provincial)

CIPLAN: Comisión Interministerial de Planificación

CMS: Conferencia Municipal de Salud

CNBB: Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil (máximo órgano de la Iglesia  
Católica Apostólica Romana en Brasil)

CNS: Conferencia Nacional de Salud

CS: Centro de Salud (dispensario)

DSM: Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales

ENSP: Escuela Nacional de Salud Pública

IRP: Índice de Resolución de Problemas

MS: Ministerio de la Salud

NOB 01: Norma Operacional Básica 01

PBH: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Municipalidad)

PNPIC: Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias en el SUS

PSF: Programa Salud de la Familia (algunos actualmente abogan por el término  
Estrategia Salud de la Familia)

PRHOAMA: Programa de Homeopatía, Acupuntura y Medicina Antroposófica

NESCON: Núcleo de Formación en Salud Colectiva de la UFMG

NIH: Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América

OMS: Organización Mundial de Salud

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

SM: Salario Mínimo

SMS: Secretaría Municipal de Salud

SUS: Sistema Único de Salud

UBS: Unidad Básica de Salud

UBR: Unidad Básica de Referencia

UFMG: Universidad Federal de Minas Gerais

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

USF: Unidad de Salud de la Familia (dispensario)

USP: Universidad de San Pablo

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VIS: Virus de la Inmunodeficiencia de los Simios

## PRÓLOGO



Hombres de una República libre, acabamos de romper la última cadena que, en pleno siglo XX, nos ataba a la antigua dominación monárquica y monástica. Hemos resuelto llamar a todas las cosas por el nombre que tienen. Córdoba se redime. Desde hoy contamos para el país una vergüenza menos y una libertad más. Los dolores que quedan son las libertades que faltan. Creemos no equivocarnos, las resonancias del corazón nos lo advierten: estamos pisando sobre una revolución, estamos viviendo una hora americana.<sup>(8)</sup>

21 de junio de 1918.

Esta es la fecha en la que comienza esta tesis. Me gusta verlo así; me gusta rendir tributos a los que caminaron por estos claustros antes que nosotros de este tiempo – que ya no es; me gusta concatenar los eslabones de la Historia; sobre todo, me gusta ser parte de la Universidad Nacional de Córdoba. Me pongo a los pies de sus columnas con una mezcla de admiración, respeto, placer y deseo. Admiración por la Señora de 400 años casi completos que supo ser el vértice intelectual de Latino América, con personalidad propia, sin complejos; admiración por sus hijos que brillan por la Tierra, o por los cielos. Respeto por todo lo que contribuye para la formación de millones que bebieron y beben de sus manantiales de sabiduría y de conocimiento. Placer por haber encontrado siempre las puertas abiertas y por llevarla adónde voy. Deseo de contribuir para su crecimiento perpetuo y de honrar su vida.

Los héroes del 18 establecieron las bases que me han formado. Su espíritu está presente en nuestros muros y anima nuestros estudios. Quizás el calor del momento, generado en los corazones jóvenes, no los haya dejado ver, en aquél Clínicas, que las revoluciones rompen menos con el pasado de lo que quisieran los revolucionarios; la dialéctica del cambio es más lenta que las teorías. “La juventud

vive siempre en trance de heroísmo”. Así, aún respiramos algo de los aires de la “vieja universidad” combatida por ellos. Pero eso no nos hace menores, al contrario, nos hace subir en hombros de gigantes. La conciliación con hechos pasados es el paso que le sigue a la explosión revolucionaria. Pero 1995, año en que crucé el umbral académico, ya no era año de antítesis y tampoco de síntesis. El futuro dirá, pero la República vivía años de búsqueda de nueva identidad después que el huracán monstruoso la barrió. Nuestra Docta fue una víctima repetida y preferencial de la crueldad perversa, culpable por reunir mentes inquietas y rebeldes, hijas de la Reforma. Por eso es que cuando fui iniciado en la Universidad, ella se buscaba entre los escombros de papeles, letras y cadáveres. Hoy, 13 años después, pienso que no se reencontró aún, golpeada por otros seres y “manos invisibles”. Algunos queridos amigos se resienten del presente; a veces se desesperan; uno que otro se va. Pero hay que mirar más allá, para atrás y para adelante. Cuatrocientos años no son 400 días. Nuestra Universidad ya vivió y sobrevivió todo tipo de reventón histórico y es más grande que las vulgares modas. El problema no es ella; somos nosotros: ¿estamos a la altura de pasarla adelante a las nuevas generaciones? La Historia nos pide eso: cuidarla para que se reencuentre consigo misma. Ella es más. Miro el futuro y la veo grande; “la juventud universitaria de Córdoba afirma que jamás hizo cuestión de nombres ni de empleos”. Y es esa la actitud humilde que debemos tener con la Señora, pues “no podemos dejar librada (...) al juego de intereses egoístas”.

A veces es necesario alejarse del árbol para contemplar el bosque, dice el dicho popular. Tal es la razón por la que repito: cuando el espectro de la Reforma rondaba la América, algunos países llevarían aún más de diez años para poder contar con sus primeras Casas de Altos Estudios. Esa extraordinaria diferencia temporal es el lastro histórico que pone la Universidad de Córdoba de Tucumán, la Universidad de San Carlos, la Universidad de Córdoba, la Universidad Nacional de Córdoba en la vanguardia en tiempos de bonanza o de carencia. Otras le siguen el ejemplo. Algunas, movidas por ímpetus juveniles – o infantiles – quisieran volar antes de tiempo; pena faltaren las plumas. Uno de sus secretos es reinventarse. Su

gran ejemplo es acoger a los que la buscan, sin preocuparse con la clase social. Hoy son 104.218 alumnos en el grado, 7111 en el posgrado y 1162 en el nivel terciario. Siempre me fascinó la historia de un pueblo que decide democratizar las letras aún en el siglo XIX. En el XXI, algunos conviven cómodamente con analfabetos y sus universidades parecen no molestarse con la vergüenza, aún en tiempos de pre-Reforma, como si sus gobiernos parafrasearan la infamia: “Prefiero antes de renunciar a mis privilegios, que quede el tendal de analfabetos pobres y negros”.

Hoy, quizás más que ayer, el mundo necesite de las lecciones de la UNC. Nos asaltaron y robaron, vilipendiaron nuestras salas, en nombre del mercado. Es hora de hacer pesar la tradición y contribuir para levantar las banderas de la Filosofía. No hay, en las Américas, muchas instituciones que lo puedan hacer como lo puede nuestra Universidad. Los americanos deberían ser nuevamente convidados a sus muros para, otra vez, llevar los valores de la Universidad de Córdoba a sus rincones para encender sus hogares. Hay en el estómago del mundo un vacío. Que la Universidad de Córdoba lo alimente.

Ese es el alma de la presente tesis: contribuir para llenar el vacío de conocimientos acerca del sufrimiento de los pueblos y de las personas que lo componen. Se estudian dos paradigmas milenarios de salud que, en el mundo moderno, se traducen en Filosofía, uno, y en mercado, otro. Es algo antiguo, pero nuevo. Es nuevo en una Universidad que se recrea a sí misma para liderar las academias del presente. Es osada la Universidad al abrirse a la presente investigación, ya que podrá ser cobrada por los terroristas mercadológicos, para usar un término en boga. Agradezco el espíritu libre y rejuvenecido que gobierna el Claustro (de otra manera perecería, despertaría los revolucionarios de su ensueño histórico).

Delante de los riesgos que implica un viaje como este, todos los cuidados y rigores científicos fueron adoptados para que el diálogo se diera en alto nivel académico y que alguna pasión presente se restringiera al amor por el conocimiento. Los maestros que me convidaron a la senda del doctorado son seres iluminados,

generosos y pacientes. Destaco a Dehatri, Javier (quien se reveló el hombre más sensible que jamás he podido conocer) y Beatriz. Esos tres me pusieron en este camino que culmina en este tomo (y Luisa es dueña de todo esto, pues lo hizo posible); el lugar es común, por eso tengo que ocuparlo también: las virtudes son de ellos y las fallas, mías.

La elección del lema fue simple; “fui pensado por la idea”, como dice el maestro Antônio Carlos Cruz. Soy médico, homeópata y trabajé, desde que me recibí, hasta comenzar la investigación que culminó en esta tesis, en el Programa Salud de la Familia. Me desempeñé allí como médico generalista y como director de Atención Primaria de la Salud. Siempre aproveché para seguir aprendiendo, pero la base de todo se formó aún en el Ciclo de Nivelación, en Introducción a la Medicina, pasó por Salud Comunitaria, por Medicina Preventiva y Social, por Prevención de Catástrofes y Desastres y por destacadas clases magistrales de ética en la vida en Anatomía Patológica, Semiología, Farmacología Clínica, Parasitología, Radiología y otras. La oportunidad de ver la realidad del punto de vista del médico, del gestor y del ciudadano fue decisiva para la tesis. Sentía que debería siempre triangular las opiniones para validar las descubiertas. Desde su idea original, el trabajo creció mucho y también decreció un poco. Creció a medida en que fueron incorporadas técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, dando más consistencia y complejidad a la tarea. Decreció un poco cuando descubrimos que la *Prefeitura de Belo Horizonte* no tenía un banco de datos con informaciones completas sobre la titulación de sus médicos y que su elaboración no sería posible. Tuvimos que reducir la investigación a las dos especialidades del título. A los senderos citados, se sumaron otros profesores de la UNC que hicieron críticas muy precisas y necesarias. La existencia de una Comisión de Seguimiento de Tesis, en lugar de un solo Director se reveló muy positiva, al permitir mayores debates y críticas.

Parte de los costos de la investigación de campo fue financiada por unos trabajos que hice para el Núcleo de Promoción de Salud y Paz de la Universidad Federal de Minas Gerais, liderado por la Dra. Elza Machado de Melo, quien aceptó graciosamente nuestra invitación para orientar la etapa brasileña de la pesquisa,

en el rol de Co-Directora de la Tesis. La Doctora fue de excepcional ayuda en la elaboración y validación de la metodología cualitativa y en la materialización de la investigación de campo. Cuando agradezco a la doctora y a los miembros de su Núcleo y de su Departamento, pienso poder hacerlo en nombre de la Universidad.

Técnicamente, esta tesis se asienta sobre un enfoque mixto, cuali-cuantitativo. El primer responsable por ello fue el Dr. Spitale; me explico. Mi idea original era una investigación cualitativa, pero mi Director me expuso algunas dificultades que podríamos encontrar con un diseño que no contara con análisis cuantitativos. El primer impacto, al escuchar el consejo, ya que tenía una investigación cualitativa bastante adelantada, confieso, fue negativo. Pero, al rato, me di cuenta de que el desafío mayor representaría una oportunidad única. Loas a los directores como el mío; pienso haber sido la recomendación más productiva de todo el trabajo. Desde entonces, todo un mundo de posibilidades se abrió delante de mis ojos. El aprendizaje fue intenso, conjugando los dos enfoques y buscando establecer un diálogo entre ellos. Hoy no veo como sustentar esta tesis sin sus dos piernas; sería imposible. De ahí la opción consciente de colocar las transcripciones de las entrevistas en el capítulo de las discusiones, y no en el de resultados. No sé si se viola alguna regla con ello, pienso que no, pero pido permiso a los más ortodoxos. Un primer intento de hacerlo al revés dejó el texto muy pesado y empobrecido. Así, encaré a los entrevistados como autores y con ellos busqué establecer un diálogo, como ya dije, de académicos y de la tesis en sí. La opción por mantener íntegras grandes partes de las entrevistas, incluyendo a las preguntas, en lugar de seleccionar frases u oraciones que podrían subsidiar los argumentos, aconteció con el hito de preservar la originalidad, la imparcialidad y la prodigalidad de las opiniones cosechadas. Esa no es una solución extraña a la metodología cualitativa; es una de sus posibilidades. Creo que se entenderá esa predilección cuando sean leídas las transcripciones, pues la agudeza de la percepción de las personas entrevistadas es verdaderamente distinguida; obviamente que conocía a las entrevistas, pero admito que, al leer una a una, con tranquilidad, tuve la sensación de descubrir un tesoro. Espero poder compartir esa sensación con cuántos me den

el honor de leer este texto. En el análisis de los datos cuantitativos intenté explicar brevemente, y de forma crítica, cada pregunta del cuestionario.

No soy de los que se iluden con la posibilidad de existencia de una ciencia neutra. Toda producción obedece a ciertos intereses más o menos claros y tiene sesgos más o menos asumidos. Pero sí me encuadro con convicción entre aquellos que creen, defienden y buscan la honestidad intelectual. Tomé todos los recaudos posibles para ser el primero en señalar cualquier posibilidad de sesgo de la investigación. A pesar de tener mi convicción sobre la materia tratada, mi amor a la verdad es mucho más fuerte que la de vanidad de querer comprobar por cualquier medio la hipótesis investigada. Siento la responsabilidad de llevar todos los nombres de prestigio impresos en estos papeles y jamás me permitiría defraudarlos; principalmente por tener consciencia de lo polémico del tema. Empero, “si alguna deuda chica sin querer se me ha olvidado”, póngasela en mi cuenta y, desde ya, recíbanse los más constreñidos pedidos de disculpas.

Apunto mi reconocimiento de que todo el proceso de doctorado ha contribuido para que yo mejorara. Como profesional y como persona. Preguntar a la naturaleza es descubrir la respuesta en sí mismo. Por otro lado, si a alguien pudiera servir una sola frase que fuera, de tantas que aquí se registraron, sentiré el gusto de compartir un placer. O, mejor, con nuestras coordinadas geográficas, debo decir que sentiré el *gustazo*.

Este año, que llega a su fin, es uno de transformaciones importantes, de emociones grandes. Reencontramos la “Matria” Italiana y, en ella, *carissimi amici, parenti e fratelli*; tornamos a casa. Ian, mi hijo, recibió la noticia de la llegada de Rafael, su primo. Nos despedimos de un amigo que, un día después de escribir a los compañeros una abjuración sobre el uso de benzodiazepinas (las suyas eran recetadas), sufriendo para abandonarlo, decidió saltar al vacío. Otros dos embarazos dan esperanzas a nuestro círculo y muestran el ouroboros. El mundo está lleno de nuevas posibilidades. En mi caminar, al septentrión y al meridián, encontré bellas acacias bajo las cuales descansar para de nuevo empezar.

Un año después de la autorización del Sr. Decano para desarrollar la Tesis la presento a la Academia y pido su consideración.

Gracias, ¡Universidad! Salve, ¡Argentina!

## Capítulo I - Introducción



“Vanidad de vanidades, dijo el Predicador; vanidad de vanidades, todo es vanidad. ¿Qué provecho tiene el hombre de todo su trabajo con que se afana debajo del sol? Generación va, y generación viene; mas la tierra siempre permanece. Sale el sol, y se pone el sol, y se apresura a volver al lugar de donde se levanta. El viento tira hacia el sur, y rodea al norte; va girando de continuo, y a sus giros vuelve el viento de nuevo. Los ríos todos van a la mar, y la mar no se llena; al lugar de donde los ríos vinieron, allí vuelven para correr de nuevo. Todas las cosas son fatigosas más de lo que el hombre puede expresar; nunca se sacia el ojo de ver, ni el oído de oír. ¿Qué es lo que fue? Lo mismo que será. ¿Qué es lo que ha sido hecho? Lo mismo que se hará; y nada hay nuevo debajo del sol. ¿Hay algo de que se puede decir: He aquí esto es nuevo? Ya fue en los siglos que nos han precedido. No hay memoria de lo que precedió, ni tampoco de lo que sucederá habrá memoria en los que serán después”. Eclesiastés<sup>(182)</sup>

Esta Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía busca el conocimiento sobre el impacto de la especialidad de los médicos de Atención Primaria de la Salud (APS) en la resolución de los problemas presentados por los pacientes. Brasil ha optado, desde la década de los 80, por priorizar la APS y está perfeccionando los mecanismos para llevar adelante esa tarea. Muchos caminos han sido recorridos en ese tiempo y, aunque muchos se hayan mostrado callejones sin salida, varios están dando pruebas de ser eficientes. El tema de la especialidad ideal para el médico de APS, llamado generalista, es fundamental para el sistema público de salud y es, entre otros, un debate abierto en Brasil. De ahí la importancia del presente estudio que puede influenciar directamente políticas de Estado y de Gobierno.

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma-Ata <sup>(152)</sup> definió la APS como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esa es la definición adoptada por el sistema público de salud de Brasil, llamado Sistema Único de Salud y por considerable parte de los sistemas de salud de los países signatarios de la Declaración de Alma Ata. Cada expresión de esa definición tiene importancia en el desarrollo del presente trabajo (destacadamente: métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, costo

soportable y espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación) pues muchas explicaciones posibles a lo que se descubrió están en función de los conceptos señalados.

### **I.A) Los Sistemas de Salud**

Inserido en las luchas sociales por un estado de bien estar social, el siglo XX, sobretudo su segunda mitad, ha atestiguado la creación de sistemas nacionales de salud en varios países, impulsados por los principios de salud pública. Los sistemas son muy heterogéneos, pero tienen varios puntos en común; sobre ello, Zurro y Perez <sup>(199)</sup> han escrito:

En todos los países occidentales el sistema sanitario, sus problemas y sus posibles transformaciones, es uno de los temas prioritarios del debate político y social. Además de las reformas sanitarias de España, Italia y Portugal que empezaron a finales de los años setenta y primera mitad de los ochenta, en Países Bajos, Alemania, Estados Unidos y Reino Unido se han introducido medidas que han modificado o modificarán sustancialmente las relaciones de los ciudadanos con sus servicios de salud.

Los autores citados se preguntan cuáles son las cuestiones actuales en las discusiones sobre la política sanitaria. Para ellos, en Europa por lo menos, las cuestiones puestas en la mesa de discusiones son, entre otros <sup>(199)</sup>:

- calidad de la asistencia;
- características científicas y técnicas de la atención médica;
- grado de confortabilidad y personalización;
- eficiencia económica;
- adecuación de los avances tecnológicos, su costo, su disponibilidad y su prioridad;

Todas esas cuestiones mencionadas están en la pauta de los que discuten salud

pública también en Brasil y, seguramente, en todo el mundo. Para la investigación que ahora se reporta, todas son de relevancia. La aplicabilidad de las discusiones que se llevarán a cabo en el presente texto en otras realidades nacionales puede no ser inmediata, pero seguramente algunas enseñanzas se pueden sacar para adaptarlas a otras características. Zurro y Pérez dicen, todavía:

Las comparaciones entre países pueden ser engañosas, ya que el sistema de cada uno es el resultado de una larga evolución histórica y de sus propios valores y factores culturales, sociales, políticos y económicos. Sin embargo, y con todas estas cautelas, del estudio de las características y de las variaciones de los sistemas de salud y de sus resultados, pueden extraerse lecciones que permitan conocer más y mejorar la propia situación.

La forma de ejercicio o práctica profesional también varía. Existen médicos que trabajan aisladamente en su propia consulta, grupos de médicos que trabajan conjuntamente en un mismo local y médicos que trabajan junto a otros profesionales de la salud (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros) en un centro generalmente público y con responsabilidad sobre una población definida (centros de salud). De cualquier forma, la tendencia en todos los países es a agruparse para aprovechar las economías de escala tanto a nivel de utilización de recursos y tecnología como de intercambio científico y garantía de calidad.

Brasil es uno de los países que ha optado por crear un sistema agrupado, basado en la experiencia internacional y en su propia historia, en el cual los médicos son partes de un equipo multidisciplinario.

En el territorio de Latino América, Costa <sup>(48)</sup> y Silva Junior <sup>(172)</sup> identifican mucha desigualdad en el desarrollo de los debates acerca de la construcción de los servicios de salud. Específicamente analizan los casos de producción de Ecuador, México, Venezuela, Argentina y Brasil, señalando que el caso brasileño pareciera ser el único a demarcar la formación del campo científico de la Salud Colectiva capaz de conectar áreas que se encuentran aisladas en otros países:

- producción del conocimiento;

- elaboración de política pública;
- expresión corporativa de los sanitaristas.

El estudio no menciona el caso cubano, cuyos logros del Sistema Nacional de Salud son parte de la tarjeta de visitas de aquél País <sup>(161)</sup> y hechos reconocidos globalmente <sup>(146)</sup> sirviendo de inspiración y paradigma para otros sistemas o directamente como producto de exportación de la Isla <sup>(187)</sup>.

Exceptuando el caso cubano, el brasileño merece destaque en el contexto de los países subdesarrollados de occidente.

## **I.B) El Sistema de Salud de Brasil**

Brasil tuvo las primeras experiencias sanitarias significativas a comienzos del siglo XX, con aisladas, polémicas y autoritarias campañas de vacunación <sup>(126, 133)</sup>, pasó por incipientes intentos de pensar la salud colectiva, atendiendo los obreros (debiendo decirse, con objetivos económicos y no sociales), y por el movimiento sanitario y llegó al año de 1988, cuando se promulgó una nueva Constitución, que creó el SUS. En ese período, Brasil probó varios modelos de atención médica y de atención de la salud <sup>(126)</sup>. Sin embargo, todos ellos fueron relativamente efímeros y tuvieron pobres resultados desde el punto de vista de la colectividad.

### **I.B.1) El Sistema Único de Salud**

En los años 1960 y 1970, floreció en Brasil el movimiento por la reforma sanitaria, surgido en las facultades de medicina, formado por estudiantes y profesores; sobre todo ligados a los Departamentos de Medicina Preventiva y Social e inspirado en congéneres internacionales. Ese movimiento ganó fuerza y notoriedad pocas veces vistas en la historia del País, incluso cuando hablamos de

otros sectores socialmente organizados. La culminación de ese momento histórico y de los cambios que ocurrían fue la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986. Esa fue una reunión diferente de las que la precedieron por su carácter democrático, con gran poder de convocatoria y por las evidentes consecuencias que se siguieron. Mendes <sup>(133)</sup> expuso así el corolario de la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS):

La VIII Conferencia Nacional de Salud, que tuvo desdoblamiento inmediato en un conjunto de trabajos técnicos, desarrollados por la Comisión Nacional de la Reforma Sanitaria, pasó, con su doctrina, expresa en su redacción final, a constituirse en el instrumento que vendría a influir de forma determinante en dos procesos que se iniciaron, concomitantemente, en 1987: uno, en el Ejecutivo, la implantación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud, el SUDS; otro, en el Congreso Nacional, la elaboración de la nueva Constitución Federal.

De hecho, la Constitución Federal de 1988 <sup>(27)</sup> refleja, cuando trata de la salud, la doctrina pregonada por el movimiento sanitario, creando el Sistema Único de Salud posteriormente reglamentado por las leyes 8080 y 8142 <sup>(25 - 26)</sup>. Con ese importante esqueleto jurídico, Brasil pasó a reconocer a la salud como derecho de todos y deber del Estado, lo que no ocurría hasta entonces. Los Principios del SUS, según lo establecido por las normas jurídicas, son:

- universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia;
- integralidad de la asistencia, entendida como un conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema;
- preservación de la autonomía de las personas en defensa de su integridad física y moral;

- equidad de asistencia a la salud, sin preconceptos o privilegios de cualquier especie;
- derecho a la información, de las personas asistidas, sobre su salud;
- divulgación de informaciones cuanto al potencial de los servicios de salud y su utilización por el *usuario*<sup>1</sup>;
- utilización de la epidemiología para establecer prioridades, el direccionamiento de recursos y la orientación programática;
- participación de la comunidad;
- descentralización política y administrativa, con dirección única en cada esfera de gobierno<sup>2</sup>:
  - énfasis en la descentralización de los servicios hacia los municipios;
  - regionalización y jerarquización de la red de servicios de salud;
  - integración, a nivel ejecutivo, de las acciones de salud, medio ambiente y saneamiento básico;
  - conjugación de los recursos financieros, tecnológicos, materiales y humanos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, en la prestación de servicios de asistencia a la salud de la población;
  - capacidad de resolución de los servicios en todos los niveles de asistencia;
  - organización de los servicios públicos a fin de evitar la duplicidad de medios para fines idénticos.

---

<sup>1</sup> Se mantiene la forma portuguesa, *usuário*, por no haber un concepto técnico semejante en castellano.

<sup>2</sup> En Brasil, se llaman esferas de gobierno a los poderes Unión Federal (Nación), Estatales (Provinciales) y Municipales.

Se debe resaltar que el SUS no es un programa de gobierno ni tampoco un panfleto partidario. Es, antes que nada, una conquista del pueblo brasileño en su legítima lucha por los cuidados de la salud. Hoy, prácticamente todo habitante de Brasil es *usuário* del SUS; el sistema no cuida solamente de la consulta médica, o de las acciones preventivas; también la vigilancia sanitaria es un órgano del SUS. Así, cuando una persona bebe agua tratada o come en un restaurante, está utilizando servicios del Sistema Único de Salud. Según la Ley 8080<sup>(25)</sup>, los objetivos y atribuciones del SUS son:

- La identificación y divulgación de los factores condicionantes y determinantes de la salud;
- la formulación de política de salud;
- la asistencia a las personas por intermedio de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, con la realización integrada de las acciones asistenciales y de las actividades preventivas;
- la ejecución de acciones de vigilancia sanitaria, de vigilancia epidemiológica, de salud del trabajador; y  
de asistencia terapéutica integral, inclusive farmacéutica;
- la participación en la formulación de la política y en la ejecución de acciones de saneamiento básico;
- la organización de la formación de recursos humanos en el área de salud;
- la vigilancia nutricional y la orientación alimentar;
- la colaboración en la protección del medio ambiente, en este, comprendido el del trabajo;
- la formulación de la política de medicamentos, equipamientos,

inmunobiológicos y otros insumos de interés para la salud y la participación en su producción;

- el control y la fiscalización de servicios, productos y sustancias de interés para la salud;

- la fiscalización y la inspección de alimentos, agua y bebidas para consumo humano;

- la participación en el control y fiscalización de la producción, transporte, almacenamiento y utilización de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radioactivos;

- el incremento, en su área de actuación, del desarrollo científico y tecnológico;

- la formulación y ejecución de política de sangre y sus derivados.

Se observa que el SUS rescata principios y paradigmas de salud que eran, hasta su implantación, inéditos para el sistema público de salud en Brasil, volcado a campañas de vacunación y a acciones aisladas en ciertas patologías prevalentes. Tanto es así que el Ministerio de la Salud (MS) tenía a su cargo esas acciones de campañas, mientras que el Ministerio de Previdencia Social tenía servicios médicos para atender exclusivamente a los trabajadores que contribuían al sistema de previdencia.

### **I.B.2) Programa Salud de la Familia**

Después de la promulgación de la Constitución de 1988, en la práctica, se observó que, de la mañana a la noche, millones de personas que hasta entonces estaban alejadas del proceso de protección y promoción de la salud, fueron incorporadas por el sistema público. Si bien es cierto que eso representó un enorme avance formal, también lo es que la abrupta transición llevó a mucha confusión y a cierto

grado de frustración de los actores involucrados en el proceso, como se desprende de las lecturas de los anales de las Conferencias Nacionales de Salud <sup>(42 – 43)</sup> que se siguieron a la nueva Carta Magna de Brasil.

Después de algunas ideas poco felices, fue solamente en 1994 que el Gobierno Federal resolvió adoptar el Programa Salud de la Familia (PSF) como estrategia de APS; en principio, inspirado en el éxito del modelo cubano, adoptado en algunos municipios brasileños administrados por partidos de izquierda. Con el tiempo, las experiencias de otros países en la APS fueron incorporadas al sistema de Brasil, en cierto grado. Pero es muy importante destacar que la estrategia brasileña se constituyó en un modelo de Salud de la Familia totalmente nuevo y adaptado a las realidades de ese País.

Además del aporte de otros sistemas, el PSF aprovechó la experiencia de la *Pastoral da Criança*, una Organización no Gubernamental de la Iglesia Católica<sup>3</sup>, creada en 1983 por la pediatra Dra. Zilda Arns Neumann, hermana del entonces presidente de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil (CNBB), Cardenal Don Paulo Evaristo Arns. Esa ONG tiene por objetivo el desarrollo integral de los niños <sup>(154)</sup> y la ayuda a sus familias. Su trabajo se basa en la labor de voluntarios que visitan casas donde haya niños hasta los seis años o mujeres embarazadas, orientando, pesando y proveyendo alimentos e instrucciones, cuanto necesario, para evitar la desnutrición. En su primera experiencia, en 1983, en la ciudad de Florestópolis, en el estado de Paraná, después de un año de trabajo, la mortalidad infantil bajó de 127 para 28 por mil. Ese destacado suceso está plasmado en el PSF, en la figura del Agente Comunitario de Salud, profesional del equipo de salud, oriundo de la propia comunidad en la que trabaja, encargado de hacer visitas a todos los hogares a su cargo. Todas las casas cuyas familias estén catastradas en el PSF reciben, al menos, una visita al mes de esos agentes.

En 1998, con la efectiva implantación de la Norma Operacional Básica 01 del 1996,

---

<sup>3</sup> La Iglesia Católica en Brasil tiene una larga tradición de acciones sociales y políticas.

el Gobierno creó un gran incentivo financiero para la implantación del Programa por los municipios y el MS pasó a exigir el cumplimiento de metas para el aporte de recursos. Es cierto que varios municipios implantaron el PSF sin una verdadera comprensión del Programa, intentando cumplir normas centralizadas sin el conocimiento de su realidad particular pero, en general, la Norma Operacional Básica 01 (NOB 01) fue un marco importante, a partir del cual el PSF cobró vida.

La XII CNS, realizada en la capital Brasilia, en diciembre del 2003, definió el PSF como eje estructural del SUS, sirviendo como puerta de entrada preferencial de los *usuários* del sistema. El programa funciona con el trabajo de un equipo formado por un médico (llamado generalista), un enfermero, uno o dos técnicos de enfermería y de cuatro a ocho agentes comunitarios de salud. El equipo se vincula a la población de un determinado territorio. Esa población es cuantitativamente limitada (actualmente entre 2.400 y 4.000 personas).

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) son moradores de la propia comunidad asistida, como se ha mencionado, sirviendo de “puente” entre los demás profesionales del equipo y la comunidad, haciendo visitas domiciliarias y divulgando principios de salud pública, higiene y ecología. Cada familia debe ser visitada por lo menos una vez al mes y cuando hay una necesidad urgente, el equipo puede determinar visitas semanales o, incluso, diarias.

Para el MS, un equipo debe resolver, como mínimo, 85% de los casos que se presenten para consulta; eso, para el Ministerio, significa derivar, a lo sumo, 15% de los pacientes. Después de ser recibido y atendido, el *usuário*, si no tuvo resuelto su problema, puede ser derivado al nivel secundario de atención, en una Unidad Básica de Referencia<sup>4</sup>, para ser atendido por un especialista, o directamente al nivel terciario, para observación o internación. Actualmente, se comienza a concretar la internación domiciliaria, pero, sin embargo, de manera tímida.

---

<sup>4</sup> El nombre puede variar, según la ciudad del país.

La función del médico del PSF no es estática, dentro de las paredes de un consultorio. El médico del PSF, idealmente, debe trabajar con una clara definición de salud para sí, para el equipo y para la población atendida. Debe tener capacidad dinámica de trabajo, involucrando a los actores sociales que ya trabajan en la comunidad, como profesores, asistentes sociales, voluntarios, padres, pastores y consejeros tutelares<sup>5</sup>, en las tareas de promoción de la salud.

No por casualidad, una de las dificultades del Programa es conseguir incorporar profesionales que posean ese perfil. Típicamente, lo que se ha percibido, es que los profesionales egresados de escuelas médicas y de enfermería en Brasil poseen una formación paradigmática e ideológica muy diferente de la necesaria en el PSF (42).

“La importancia del PSF reside en su vocación para sustituir el antiguo modelo, predominantemente asistencial, por un conjunto de acciones preventivas, terapéuticas y de promoción de una vida más saludable y menos dependiente del hospital como foco central de los servicios públicos de salud”, según Mercadante (134). Ese autor también considera que “hay una inadecuación de la enseñanza médica para con las necesidades predominantes de la población”. La evaluación que el Ministerio de la Salud hace del PSF es muy positiva, lo que sirve de garantía para que tenga carácter perenne (23): “Salud de la Familia es una estrategia de eficiencia comprobada, responsable por la reducción de la mortalidad infantil y por la mejoría de otros indicadores de salud de la población brasileña”.

Los números del SUS son impresionantes y capaces de traducir, en parte, la importancia que tiene el Sistema para Brasil y su pueblo<sup>6</sup>: En 2005, los procedimientos ambulatorios llegaron a 2.192.716.298 (15) (dos mil millones). En diciembre de 2005, el PSF ya estaba implantado en 4.984 municipios de Brasil, lo

---

<sup>5</sup> Todo municipio debe tener un Consejo Tutelar, con miembros elegidos entre sus ciudadanos, que cuidan los intereses de los niños y de los adolescentes.

<sup>6</sup> Población total do Brasil en 2005, según el IBGE (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*): 177.256.093 habitantes.

que representa 89,6% del total de municipios del País. La población brasileña cuidada por un equipo de Salud de la Familia pasó de 6,55% en 1998 para 40% en 2004 <sup>(14, 16, 23)</sup>, llegando a 62,1% en 2005, lo que corresponde a 103.976.897 personas. Los ACS pasaron de 29.098 en 1994 para 209.446 en 2005 <sup>(17)</sup>. Los equipos saltaron de 328 en 1994 para 24.872 en 2005.

En la ciudad de Belo Horizonte, actualmente 485 equipos están en actividad, atendiendo a casi un millón y medio de personas. También existen más de 2.500 ACS actuando en ese municipio <sup>(157)</sup>.

Con la creación del SUS, Brasil hizo la opción por hacer de la APS la acción más significativa en la gestión de la salud pública en el País <sup>(60)</sup>. En ese proceso, el PSF es la estrategia de estructuración del Sistema que se ha mostrado más eficiente y prometedora. Tanto es así, que el Ministerio de la Salud, siguiendo los mandamientos de las CNS, oficializó la recomendación de que el Programa fuera implantado en todos los municipios, responsables por la atención básica de la salud de los ciudadanos. APS y PSF son hoy, políticas públicas oficiales de Estado <sup>(24)</sup>. Existen, inclusive, importantes incentivos financieros para viabilizar la substitución de los antiguos modelos y prácticas por el de Salud de la Familia. Todo el Sistema tuvo su organización sintetizada con el Pacto por la Salud <sup>(19 – 22, 24, 35)</sup>, definido como “compromiso acordado y asumido por los gestores de las tres esferas de gobierno, con el objetivo de cualificar la gestión del SUS, en razón de sus principios y directrices”.

Una de las características de la APS, en comparación con los modelos basados en la especialización y en la ultra-especialización, es la racionalización del uso de los recursos, la aplicación más efectiva de la tecnología y el consecuente aumento de la resolución de los problemas en la atención. Esas características pueden, eventualmente, obscurecerse en consecuencia de las deficiencias de los profesionales que se desempeñan en el PSF, conforme evaluación de diversos autores, destacándose los anales de las Conferencias Nacionales de Salud <sup>(42 – 43)</sup> y

los estudios de Starfield <sup>(177)</sup> que tienen mucha influencia en las políticas de salud pública del MS.

### **I.C) La Formación Médica**

Llegar a un buen perfil de profesional para la APS es fundamental para el éxito de las políticas públicas de salud en Brasil, a tal punto que las deficiencias de esos profesionales se vuelven factores limitadores de la expansión y de la profundización del PSF. Este actualísimo debate entablado hoy día, tanto en los claustros universitarios cuanto en las oficinas de las autoridades sanitarias y en las calles, por los *usuários* del SUS, demanda de los investigadores significativos estudios que puedan echar luz sobre el tema.

No es una obligación tener alguna especialidad para que un médico actúe en el PSF, aunque exista la Especialidad en Salud de la Familia y, desde hace un tiempo, residencia en Salud de la Familia. Los que en el presente actúan en el Programa, son oriundos de todos tipos de especialidades que hay en Brasil. Eso parece deberse al hecho de haber gran demanda por profesionales en la red pública y de los salarios pagados. Para un médico recién recibido, salarios de R\$ 5.000,00 (reales)<sup>7</sup>, como promedio, son atractivos e importantes, llegando a R\$ 15.000,00 en las regiones más pobres y preteridas de Brasil. Sin embargo, ese fenómeno representa un problema, porque esos profesionales no crean vínculos con los equipos ni tampoco con las comunidades que sufren con el cambio constante de profesionales. Varios profesionales recién recibidos encuentran en el PSF una oportunidad de conseguir un buen salario, mientras se preparan para el examen de residencia médica. Otros, lo encaran como un final de carrera tranquilo, mientras la jubilación no llega.

En lo que a la formación médica se refiere, varias críticas ya fueron realizadas

---

<sup>7</sup> En noviembre de 2008, un euro vale, aproximadamente, R\$ 2,80.

públicamente <sup>(42)</sup>:

(...) En algunas regiones, se identifica el incumplimiento, por parte de los médicos, de sus papeles frente a las familias, por falta de formación en Salud Pública (...).

El Ministerio de Educación debería adecuar el plan de estudios de las escuelas de profesionales de salud, incluyendo como prioridad las acciones de atención básica. Los profesionales son, hoy, formados para el uso intensivo de tecnología médica y para la especialización, lo cual no es un perfil adecuado para el SUS (...), dando origen a un número enorme de exámenes complementarios, agravando la búsqueda y la espera de los pacientes.

Esas críticas son muy elocuentes y no pueden ser obviadas. La CNS, como máximo órgano consultivo del SUS es capaz de mirar profundamente los problemas del sistemas y establece, como uno de los principales, la mala capacitación de los profesionales.

### **I.C.1) Especialistas en Salud de la Familia**

Hace más de cincuenta años que se formalizó la práctica de la Salud Pública en Brasil. La *Escola Nacional de Saúde Pública* fue fundada en el año 1954 y la Residencia en Medicina Preventiva y Social fue implementada por esa escuela en 1979, mismo año de fundación de la *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. la *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* nació en 1981 y la *Sociedade Brasileira de Medicina de Família*, en 1992. Con el PSF, esa especialidad ganó más notoriedad y popularidad. La misma graduación en medicina ha incorporado, paulatinamente, principios de APS en la formación académica <sup>(190)</sup>. Para componer el equipo multidisciplinario que constituye el núcleo del PSF, el médico generalista ideal pasó a ser el profesional buscado.

Sin embargo, es menester preguntarse: ¿Qué es un médico generalista? ¿Cómo medir su eficiencia para el PSF? ¿Qué se espera de él? ¿Un especialista en

medicina de familia y comunidad, Salud de la Familia, es el generalista ideal?

¿Serían esos cursos de especialización suficientes? Gusso<sup>(82)</sup>, ha defendido que los generalistas sean especialistas en lo que las cuatro clínicas básicas (tocoginecología, clínica médica, pediatría y clínica quirúrgica) tienen de diagnóstico prevalente. En ese caso, cabe una seria crítica, porque se termina por reproducir los principios que fueron vituperados en las CNS. La impresión es de un amontonado deforme de conocimientos que no contribuyen para la comprensión global de la persona o de su ecología. No hay la síntesis esencial del conocimiento que lleva a la atención integral, como manda la legislación. Todo eso se considera en el Capítulo V, Discusión.

El resultado del trabajo de los profesionales que se especializan para trabajar en el PSF debe ser medido y comparado con el de otros, para que se confirme o reformule su formación de post-grado.

### **I.C.2) Especialistas en Homeopatía**

La Homeopatía es parte oficial de la atención médica en diversos países, y es recomendada por la Organización Mundial de Salud (OMS)<sup>(153, 197 - 198)</sup>. Una revisión general de su práctica en el mundo, muestra la importancia de esa especialidad<sup>(10)</sup>, con prominencia para India, México, Brasil y Francia:

- India es la parte del mundo con mayor producción en homeopatía. Son más de 250.000 homeópatas y 75.000 ayudantes prescribiendo. Cien millones de indios (casi 10% de la población) han adherido a esa especialidad. La homeopatía es parte del sistema oficial de salud, al lado de la alopátia y de dos medicinas autóctonas: ayurveda y unani. La homeopatía es directamente controlada por el Ministerio de la Salud;
- en México, la homeopatía está oficialmente incorporada por el sistema de

salud y tiene 4.000 médicos homeópatas, entre 92.000 profesionales en total;

- Francia es líder en prescripciones homeopáticas y, proporcionalmente, en adhesión popular. Los franceses que optan por la homeopatía están aumentando: eran 22% en 1984 y representaban 40% de la población en 2002. Más que eso, 74% de los pacientes declaran que están dispuestos a optar por esa medicina, si su médico se les indica. En ese país, la homeopatía es una especialidad médica oficial;
- en África, esa especialidad se destaca en Senegal, Costa del Marfil, Nigeria y Kenia. Los médicos homeópatas, en esos países, están presentes en dispensarios y en misiones religiosas;
- en Pakistán, casi la mitad de los médicos registrados utilizan la homeopatía como medicina;
- otros países: en Alemania, hay más de 14.000 profesionales que trabajan con homeopatía; en Bélgica, 1.000; en España, 1.200, donde hay, incluso, entrenamiento hospitalario para los profesionales que se avocan a la especialidad. Entre los británicos, 22% tienen presente esa especialidad. En Rusia, hay 10.000 homeópatas, entre los 565.000 médicos registrados. En Suiza, más de 10% de todos los médicos son homeópatas. Polonia, República Checa, Eslovaquia, Hungría, Rumania y Bulgaria son países del este donde hay, actualmente, un fuerte repunte homeopático.

Datos de Italia son presentados por Rossi *et al* <sup>(166)</sup>, quienes relatan que el Consejo de la Región de Toscana aumentó la atención médica de las prácticas “no-convencionales”, incluyendo ahí la Homeopatía, y su interacción con el sistema público de salud.

Brasil tiene nueve millones de pacientes homeopáticos, tratados por 15.000 especialistas, entre los 282.000 médicos. La Homeopatía existe en el País desde

1840, traída por el francés Benoit Mure <sup>(107, 165)</sup> e inmediatamente puesta a disposición de los pobres y de los esclavos, está en la lista de especialidades médicas de la *Associação Médica Brasileira* desde 1979 <sup>(121)</sup> y del *Conselho Federal de Medicina* desde 1980. En varias partes del país la Homeopatía está incluida en las prácticas del SUS <sup>(108)</sup>. Las CNS han exigido del poder público la oferta de Homeopatía por el SUS, especialmente las ediciones VIII, XI y XII <sup>(41-43)</sup>.

Desde los años 1980, la Homeopatía se ofrece públicamente por varios municipios en Brasil, siendo que en 1988 una norma de la Comisión Interministerial de Planificación (CIPLAN) <sup>8</sup> determinó cómo sería la labor de esa especialidad en los servicios públicos. Los registros del SUS apuntan un crecimiento anual del 10% en número de consultas de Homeopatía en todo Brasil, después que estas comenzaron a ser registradas oficialmente <sup>(19)</sup>. Según el MS, en 2004 la Homeopatía estaba presente en 20 estados brasileños, 16 capitales de estado, 158 ciudades, desempeñada por 457 profesionales oficialmente catastrados como homeópatas <sup>(19)</sup>; de esos servicios existentes, solamente el 30% cuenta con el suministro de medicamentos homeopáticos. Son números importantes, pero tímidos todavía, si mirados desde la proporción brasileña. En la formación, está presente, de alguna manera, en por lo menos 10 universidades públicas (enseñanza, investigación o atención), tiene cursos de especialización en 12 estados y aprobación oficial para la implementación de la Residencia Médica en Homeopatía <sup>(19)</sup>.

La Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, hace más de diez años, implantó oficialmente la atención con Homeopatía en la APS, en cumplimiento a la *Lei Orgânica do Município* <sup>9</sup>. Para llevar la tarea adelante, se creó el Programa de Homeopatía, Acupuntura y Medicina Antroposófica (PRHOAMA), que atiende a los *usuários* del SUS de Belo Horizonte desde el año 1994. Son 16 homeópatas, 9

---

<sup>8</sup> En marzo de 1980, una resolución interministerial creó la *Comissão Interministerial de Planejamento* (CIPLAN), con la responsabilidad de la planificación general y de la programación de las actividades de naturaleza médico-asistencialistas y sanitarias que estaban afectadas a los Ministerios de la Salud y de Previdencia y Asistencia Social.

<sup>9</sup> Equivalente a una "Constitución Municipal".

acupuntores y 2 médicos antropósofos que atienden en 21 UBS y en una Unidad Terciaria de Salud. Existen también homeópatas que trabajan en la APS, pero que no son oficialmente contratados como médicos de esa especialidad. Trabajan, por ejemplo, como médicos del PSF o de las unidades de urgencia y emergencia, utilizando la Homeopatía.

Hay mucho espacio para el crecimiento de la Homeopatía en Brasil, si se lleva en consideración la demanda de la población, cuya percepción crítica del modelo adoptado actualmente deja espacio para que otras racionalidades<sup>10</sup> contribuyan más eficientemente para el Sistema <sup>(42)</sup>:

Brasil aún no posee un modelo de Atención a la Salud adecuado, que atienda a los problemas de salud en el País con equidad. Los modelos vigentes mantienen un carácter asistencialista, siendo incapaces de responder a las necesidades de la población. Son modelos obsoletos, curativos, asistencialistas (...).

Son centrados en la figura del médico, más volcados para la enfermedad, generando la expectativa de que la única forma de resolver los problemas de salud es tratar las enfermedades médicamente. Son modelos simpatizantes de la privatización, que practican merma salarial y la precariedad de las relaciones de trabajo. Además, no son estimuladas alternativas asistenciales menos caras y complejas, de reconocida eficacia, como los tratamientos e internaciones domiciliarios o prácticas terapéuticas no hegemónicas, como acupuntura, fitoterapia y homeopatía. El Sistema sigue fragmentado.

Oficialmente, la definición del Ministerio de la Salud sobre la Homeopatía y sus explicaciones sobre la conveniencia de su adopción en la salud pública de Brasil son las siguientes <sup>(19, 23)</sup>:

La homeopatía es un sistema médico complejo, de carácter holístico, basado en el principio vitalista y en el uso de la Ley de los Semejantes, enunciada por Hipócrates en el siglo IV a.C.. Fue desarrollado por Samuel Hahnemann en el siglo XVIII, después de extensos estudios y reflexiones basadas en la

---

<sup>10</sup> En Brasil, se usa el término *racionalidades* con el sentido de epistemología.

observación clínica y en experimentos realizados en la época. Hahnemann sistematizó los principios filosóficos y doctrinarios de la homeopatía, que experimentó gran expansión en varias regiones del mundo, estando hoy implantada en diversos países de Europa, de las Américas y de Asia.

La implementación de la homeopatía en el SUS representa una importante estrategia para la construcción de un modelo de atención centrado en la salud, una vez que:

- recoloca el sujeto en el centro del paradigma de la atención, entendiendo a ese individuo en las dimensiones física, psicológica, social y cultural. En la homeopatía, el hecho de enfermar es la expresión de la ruptura de la armonía de esas diferentes dimensiones. De esta forma, esa concepción contribuye para el fortalecimiento de la integralidad de la atención a la salud;
- fortalece la relación médico-paciente como uno de los elementos fundamentales de la terapéutica, promoviendo la humanización en la atención, estimulando el auto-cuidado y la autonomía del individuo;
- actúa en diversas situaciones clínicas del proceso salud-enfermedad, (...) reduciendo la demanda por intervenciones hospitalarias y de emergencia, contribuyendo para la mejoría de la calidad de vida de los *usuários*; y
- contribuye para el uso racional de medicamentos, pudiendo reducir la dependencia de fármacos;

El gran paso dado por el Gobierno de Brasil rumbo a la ampliación de la asistencia homeopática en todo el país fue la creación de la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias en el SUS, en el año 2006, cuyas discusiones para su construcción comenzaron dos años antes, con el 1<sup>er</sup> Fórum Nacional de Homeopatía, organizado por el mismo MS. Dicho Fórum reunió profesionales, Secretarías Municipales y Estatales de Salud, universidades públicas, asociación de *usuários* de Homeopatía en el SUS, entidades homeopáticas nacionales representativas, *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*, Consejos Federales de Farmacia y de Medicina, *Liga Médica Homeopática Internacional*, y representantes del Ministerio de la Salud y de la Agencia Nacional de Vigilancia

Sanitaria <sup>(19)</sup>.

La Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias en el SUS (PNPIC) es la respuesta del Gobierno a las amplias determinaciones de las CNS respecto la Homeopatía <sup>(43, 71)</sup>:

Apoyar y determinar la implantación de la homeopatía en el SUS, inclusive en las unidades de Salud de la Familia, teniendo en consideración la convergencia de principios entre esa técnica y la visión integradora y holística necesaria para la salud pública, su alto índice de resolución de problemas y la reducción de costos. Destinar recursos específicos para su efectiva implantación y para la realización de investigaciones en el área.

Apoyar la redefinición del paradigma de salud en las instancias oficiales del país, adoptando un modelo centrado en la salud, en las capacidades de la naturaleza y de la ciencia y no en la enfermedad y en las conveniencias del mercado farmacológico y tecnológico.

ante de la postura del Gobierno Federal de respetar las determinaciones de las Conferencias Nacionales de Salud, destinando recursos a la práctica de la Homeopatía; creando, inclusive, un código dentro del sistema de informaciones del SUS que permite la remuneración de su práctica a los municipios que la implementaron, es menester hacer más estudios para comprobar la eficiencia de la homeopatía en la APS, o no. Por otro lado, sin la promoción y la financiación de tales estudios, por parte de los gobiernos, de las academias y de los gestores, es muy difícil llegar a conclusiones válidas y confiables.

#### **I.D) La Eficiencia en la Resolución de los Problemas en el SUS**

El Ministerio de la Salud de Brasil preconiza que un equipo de Salud de la Familia debe resolver el 85% de los problemas diagnosticados <sup>(14)</sup>. Utiliza, para medir esto,

el Índice de Resolución de Problemas (IRP)<sup>11</sup>, que es el porcentaje de personas atendidas y no derivadas a otros profesionales.

Indicadores de salud, como las tasas de mortalidad y desnutrición infantiles, fertilidad, mortalidad materna, son también formas de medir la eficiencia de la atención de un equipo de PSF mucho más fehacientes que el IRP. Pero, para efectos de comparación, esos indicadores deberían referirse exclusivamente a la población vinculada al equipo analizado para que la medición fuera fidedigna. De manera global, sin embargo, la Salud de la Familia no llegó, todavía, a un grado de desarrollo y control que podría permitir ese análisis, haciendo muy difícil la recolección de esos datos.

Puesto que la noción de resolución de problemas tiende a ser diferente para el gestor, el profesional y el *usuário*, por obvias cuestiones sociológicas<sup>(105, 122)</sup>, el índice utilizado por el Ministerio puede ofrecer una imagen parcial y tendenciosa de la realidad, pudiendo llevar a una distorsión en la interpretación de los datos. De esa manera, ese índice sería más significativo y confiable si fuera contrapuesto a la visión que los pacientes tienen de la atención dispensada a ellos por los profesionales del SUS. La percepción del *usuário* del SUS tiene especial importancia en estos tiempos, en los que mucho se hace en nombre de la llamada “humanización” de la atención. Es cada vez más grande la preocupación de los gestores públicos por la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos. El control social de las administraciones públicas, cada vez más fuerte en Brasil, deja poco espacio para las acciones que no consideren a la población.

De todos modos, el estudio que se proponga investigar y comparar especialidades médicas y su relación con los resultados en la APS, debe, indudablemente, considerar ambos, el índice de resolución de problemas (el punto de vista de los gestores de la salud) y la percepción de resolución de problemas que los pacientes tienen. Es de interés comparar las especialidades en Salud de la Familia y

---

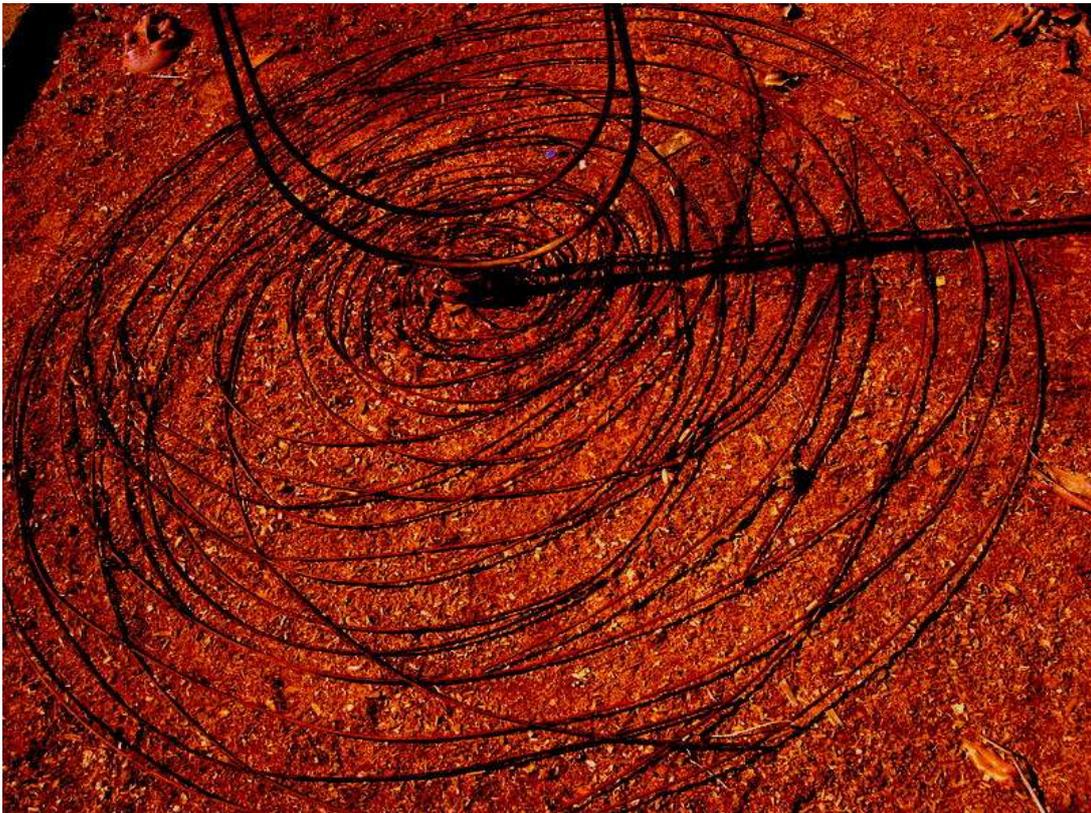
<sup>11</sup> *Índice de Resolubilidade* en portugués

Homeopatía porque las dos pretenden, en teoría, ser especialidades generalistas, *i.e.*, trabajan con sujetos de cualquier edad, cualquier género y, en principio, sin que se preocupen con los “rótulos” diagnósticos. Por otro lado, representan a epistemologías y paradigmas totalmente diferentes y hasta opuestos. Las dos especialidades comparten otro paralelismo importante, que es el hecho de estar en franca expansión, recibiendo atención de todos los actores involucrados con la salud pública de Brasil. En síntesis, es importante saber cómo impacta la especialidad del médico actuando en APS, en Belo Horizonte, Brasil, sea esta Homeopatía o Salud de la Familia, la resolución de los problemas de salud presentados por los pacientes, desde el punto de vista de los indicadores oficiales *i.e.*, el Índice de Resolución de Problemas, y de los mismos pacientes atendidos por el Sistema Único de Salud.

### **I.E) Objetivos**

- Obtener información, describir y analizar la situación actual de la resolución de problemas en la APS de las UBS y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución, en Belo Horizonte.
- Determinar si la especialidad de los médicos que actúan en APS en Belo Horizonte, divididos en especialistas en Homeopatía y en Salud de la Familia tiene impacto sobre la resolución de los problemas de los pacientes y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución.

## Capítulo II – Material y Método



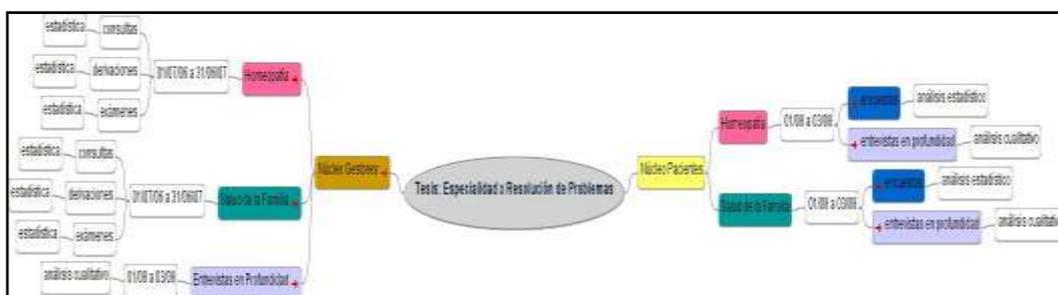
“La forma es vacío, el vacío es forma; la forma no difiere del vacío, el vacío no difiere de la forma; lo que sea forma, es vacío; lo que sea vacío es forma”. Buda <sup>(30)</sup>

## II.A) Descripción

La investigación llevada a cabo fue de tipo no experimental, no manipuló deliberadamente las variables; de diseño transeccional, los datos fueron recopilados en un solo momento; tuvo un enfoque mixto, cuali-cuantitativo. Con relación al alcance, en su mayor parte, la investigación se puede caracterizar como correlacional, pero en determinados momentos también como explicativa <sup>(75, 168)</sup>. Esa posibilidad ya se preveía en el correspondiente Plan de Trabajos presentado y se consideró durante la elaboración de la presente Tesis.

Se asociaron tres procedimientos para la consecución de los objetivos específicos; para ello, se concibió el trabajo dividido en dos núcleos que a su vez se abrían en dos subnúcleos: en primer lugar, el núcleo de los pacientes, o, en la jerga propia de Brasil, de los *usuários* del SUS, divididos en pacientes de médicos especialistas en Homeopatía y de médicos especialistas en Salud de la Familia. El otro núcleo es el de gestores de salud pública. Los siguientes Mapas Mentales ilustran las relaciones entre esos núcleos y las etapas de desarrollo de la investigación. El primero a ser exhibido, Mapa Mental 1, es el más global de ellos:

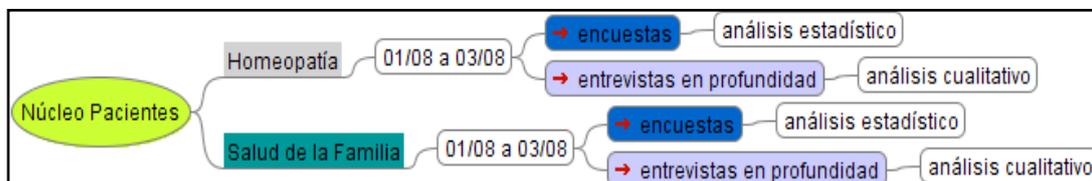
**Mapa Mental 1: Núcleos y etapas de desarrollo de la investigación**



Al núcleo de pacientes se le hizo una encuesta estructurada con 34 entradas de datos, cuyas respuestas recibieron tratamiento estadístico; en total se realizaron 482 encuestas siendo 80 a pacientes de Homeopatía y 402 a pacientes de Salud de la Familia. También se realizaron 37 entrevistas en profundidad y abiertas a 19 pacientes de Homeopatía, 17 de Salud de la Familia y una a un líder comunitario

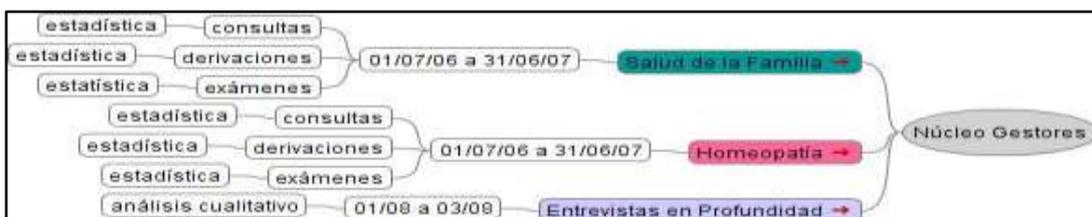
que contribuyó con la historia de la APS en su barrio. El Mapa Mental 2 fue utilizado como instrumento de visualización del núcleo pacientes:

**Mapa Mental 2: Etapas de desarrollo de la investigación: núcleo pacientes**



La medida de la percepción de la resolución de problemas del núcleo de gestores de salud pública se hizo con base en datos secundarios, obtenidos en la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, relacionados al Índice de Resolución de Problemas y, como datos accesorios, los datos de cuántos y cuáles exámenes cada profesional evaluado solicitó. El Índice de Resolución de Problemas es la relación entre los pacientes atendidos por un servicio o profesional y aquellos pacientes no derivados a otro servicio o profesional. El otro instrumento de medición aplicado a ese núcleo fue la entrevista en profundidad realizada con las autoridades claves del SUS de Belo Horizonte, semejante a lo que se hizo con el núcleo pacientes, sumándose 5 entrevistas en total, como está descrito más adelante. A continuación se puede observar el Mapa Mental 3, desarrollado para el trabajo del núcleo gestores con las respectivas etapas cumplidas durante la investigación:

**Mapa Mental 3: Etapas de desarrollo de la investigación: núcleo gestores**



Se determinó que la producción de los profesionales evaluados abarcaría un año de trabajo, de 01 de julio de 2006 hasta el 30 de junio de 2007, con las respectivas derivaciones, solicitudes de exámenes complementarios de radiología, y solicitudes de exámenes complementarios de laboratorio. La opción de analizar

todo un año fue hecha a propósito, buscando diluir los típicos y esperados efectos de las estaciones del año en la labor médica entre todos los seleccionados. La SMS envió datos de 217.963 consultas en total, con sus respectivas derivaciones y pedidos de exámenes, referidas a los profesionales seleccionados al azar. Los modelos de las Fichas de Producción enviadas por la SMS se pueden apreciar en el Capítulo VI: Anexos.

La selección de los profesionales se dio de manera aleatoria, obedeciendo a los criterios de inclusión y de exclusión. La metodología fue la siguiente: todos los nombres de los profesionales que cumplían con el criterio de inclusión y que no se encajaban en ningún criterio de exclusión para la evaluación de su producción y para la medida de opinión de sus pacientes respectivos fueron puestos en orden alfabético y fueron numerados, haciéndose posteriormente el sorteo de forma aleatoria con la ayuda de un programa informático <sup>(54)</sup>. Cuando un número ya elegido aparecía de nuevo en el listado, se estableció previamente que el nombre siguiente sería incluido; en el caso de que también ese ya estuviera participando, se pasaría al anterior y así sucesivamente, hasta que la cantidad suficiente de médicos para la muestra fue elegida. Al final, fueron investigados:

- el universo de los profesionales homeópatas trabajando en el PRHOAMA y que cumplían con los criterios de inclusión;
- los profesionales con especialización en Salud de la Familia, que actuaban en APS y que obedecieran a los criterios de inclusión, de los cuales fue seleccionada una muestra estadísticamente significativa y aleatoria, con intervalo de confianza del 95% (error aceptable de 5%).

Médico de APS, a los fines de su inclusión en este estudio, fue considerado como aquel que trabajase en una Unidad Básica de Salud, por lo menos desde el primero de julio del 2006 hasta la fecha de las encuestas (alrededor de un año y medio en la misma unidad), atendiendo a pacientes de cualquier edad, de ambos sexos, independientemente del diagnóstico clínico que el paciente ya tuviese o que viniera a tener (aunque, después, fuese derivado a otro médico, recibiera alta, o permaneciera en tratamiento con el mismo profesional).

Fueron incluidos en el universo de la investigación los profesionales que hubiesen concluido la especialización en Salud de la Familia con presentación de la monografía hasta el 30 de junio del 2006, en la Universidad Federal de Minas Gerais, según el listado del *Núcleo de Formação em Saúde Coletiva*<sup>12</sup>, o en Homeopatía, según su contratación por la *Secretaría Municipal de Saúde* de Belo Horizonte, aunque no tuvieran el título de especialista respectivo (la sola posesión del certificado fue considerada suficiente).

Los médicos excluidos fueron:

- los que hubiesen terminado las dos especialidades (el control se hizo con el listado del Núcleo de Formación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Minas Gerais (NESCON - UFMG), con las escuelas de Homeopatía de Belo Horizonte y, finalmente, en el campo, preguntando a los gerentes de las Unidades Básicas de Salud o directamente al profesional;
- los que se rehusasen a colaborar;
- los que no estuviesen trabajando en el periodo de realización de la investigación de campo.

Después de conseguido el listado de profesionales que terminaron el curso de especialización en Salud de la Familia en el NESCON, se procedió a cotejar, caso a caso, los nombres de los profesionales contratados por la Secretaría de Salud. En otro momento, los investigadores fueron al sector de la Secretaría responsable por la realización de los pagos de los sueldos para saber el tiempo que cada uno de los profesionales que terminaron el curso y que seguían trabajando para la Municipalidad llevaba en el equipo de salud. Como forma de chequear otra vez, se llamó por teléfono a cada Centro de Salud, en las vísperas de la visita, que tendría profesionales involucrados en la investigación para confirmar si los mismos seguían allí. Llamó la atención el poco control de personal de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. No se pudo encontrar un sector que supiera

---

<sup>12</sup> El NESCON mantiene convenio con la SMS para dictar cursos de especialización a los profesionales del PSF de Belo Horizonte; médicos y enfermeros participan.

a ciencia cierta la titulación, el tiempo y el local de trabajo de cada profesional. El sector de pagos pareció el más bien informado, pero, aún así, una vez en el campo, se encontraron realidades que no correspondían a las informaciones prestadas. Es más, el diseño original de la investigación preveía dos categorías más de médicos participantes de la investigación – otras especialidades actuando en APS y sin especialidad – que no se pudieron estudiar por no haber formas razonables de conocer esa formación. De hecho, originalmente se pensó estudiar una muestra estratificada de todos los profesionales médicos que actuaran en APS en Belo Horizonte. Las limitaciones administrativas de la Municipalidad impidieron la realización de ese estudio más completo. No hay indicadores sanitarios suficientemente detallados para usarlos como instrumento de comparación entre las especialidades que actúan en APS en Belo Horizonte.

El universo de médicos de Salud de la Familia se fue transformando, así:

- número total de equipos de salud de la familia en Belo Horizonte: 485
- número de médicos formados como especialistas en Salud de la Familia por la UFMG con presentación de la monografía final hasta el 30 de junio del 2006, según los datos del NESCON: 201
- número de médicos que, después de terminada la especialización, seguían en sus puestos según informaciones del sector de pagos de la Secretaría (tomado como universo): 80

Tamaño de la muestra de médicos especialistas en Salud de la Familia: 67. Número de profesionales homeópatas que cumplían con los criterios de inclusión: 14.

Los pacientes fueron aquellos bajo tratamiento de los médicos seleccionados según los criterios descriptos y que aceptaron participar voluntariamente en la encuesta. Cuando el paciente escogido fuese menor de 16 años o incapaz en el sentido jurídico del término, su responsable contestó a las preguntas. Todos los pacientes, o sus responsables, debieron firmar el consentimiento informado (ver anexo). En total, se eligieron 6 por médico investigado, siendo que en relación a

cuatro médicos homeópatas fueron encuestados 5 pacientes por motivos operacionales de campo. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a su orden de llegada para consulta, y a su aceptación en participar de la investigación.

Las entrevistas en profundidad, hechas a los gestores, obedecieron a criterios de oportunidad y de relevancia administrativa. Así, fueron entrevistados el Sr. Secretario Municipal de Salud, la Sra. Gerente de Asistencia a la Salud, la Sra. Coordinadora del PRHOAMA y dos Gerentes de Unidades Básicas de Salud que contaban con ambas especialidades. Los pacientes se eligieron según los criterios de vinculación a médicos que habían ya sido elegidos para el análisis de su trabajo y a Unidades Básicas de Salud que tuviesen ambas especialidades. Se entrevistaron siempre pacientes de especialistas en Salud de la Familia y de Homeopatía de las mismas UBS, con el criterio de saturación. En total se realizaron 42 entrevistas a los 5 gestores citados, 17 pacientes de Salud de la Familia y 19 de la Homeopatía, en cinco diferentes dispensarios, además de una entrevista con un líder comunitario de un barrio atendido por uno de los Centros de Salud en el cual trabajan médicos de las dos especialidades. Ese ciudadano lideró el movimiento por la implantación de la Homeopatía en su Unidad Básica de Salud. Todas las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, con el objetivo de disminuir los sesgos en la conducción de las mismas. Las entrevistas transcritas fueron codificadas y categorizadas y pasaron por un proceso de análisis secuenciales <sup>(75, 168)</sup>.

El equipo de apoyo y el investigador estuvieron en todos los 9 Distritos Sanitarios en los que se divide la Ciudad de Belo Horizonte, viajando en coches de transporte público, de la UFMG y privados. La investigación pagó a los colaboradores el transporte, la alimentación y una beca por encuesta realizada. La mayoría de los 142 Centros de Salud fue visitada por el equipo de investigación por lo menos una vez; sucedió de volverse hasta 3 ó 4 veces a la misma Unidad para completar las encuestas y las entrevistas.

Los colaboradores de campo sumaron a la investigación una cantidad no calculada de anotaciones personales hechas durante sus visitas a los Centros de Salud que fueron leídas y discutidas en reuniones del equipo y, dentro de lo posible y de las limitaciones inherentes a ese tipo de datos, fueron consideradas para la presente Tesis.

## **II.B) El Cómputo de los Datos**

Se usó un programa del tipo mapa mental (*mind mapping*), FreeMind® 0.8.0 (GPL)<sup>(142)</sup>, para objetivar gráficamente las distintas etapas de desarrollo de la investigación y para acompañar la cronología del trabajo.

Para la generación de números aleatorios se utilizó el programa OpenEpi®<sup>(54)</sup>. Ese programa también sirvió para conferir el tamaño de las muestras calculado por una estadística de la UFMG.

Los datos de consultas, derivaciones y exámenes obtenidos fueron puestos en unas tablas construidas con el programa OpenOffice® 2<sup>(151)</sup> y Excel® 2007<sup>(135)</sup>, a partir de los datos brutos obtenidos junto a la Secretaría Municipal de Salud. Uno a uno, los datos de cada UBS, obtenidos de acuerdo a los modelos anexados en el Capítulo VII, representando un año de producción de cada profesional, fueron tabulados manualmente, en dos momentos diferentes. Los dos archivos generados fueron comparados, posteriormente, en búsqueda de errores de tabulación o inconsistencias. Se computaron como exámenes de radiología los códigos Q8\_45138, Q8\_45240 y Q9\_59113; como exámenes de laboratorio, los códigos Q8\_45137, Q8\_45239 y Q9\_59112. Para el cálculo de las consultas, se sumaron los códigos Consulta\_Médica\_Urgência Q8\_45101, Q8\_45201, Q9\_59003, Consulta\_primeira Q8\_45102, Q8\_45202 y Q9\_59001, Consulta\_subseqüente Q8\_45103, Q8\_45203 y Q9\_59002.

Las encuestas realizadas fueron computadas con ayuda de los programa SPSS®

16.0<sup>(131)</sup>, utilizándose tablas de contingencia para cruzar los datos medidos con las dos especialidades estudiadas y calcular el valor de chi cuadrado, la significancia y la corrección por continuidad de Yates. Las entradas de los datos en ese programa fue realizado paralelamente por dos personas diferentes, de manera redundante y comparadas posteriormente, como forma de disminuir los errores.

Para los datos de producción (número de consultas, derivaciones y exámenes), se calculó el valor de z manualmente, con auxilio de la calculadora Casio® fx-500ES, utilizándose el test de proporciones para dos muestras para cálculo de z según la siguiente fórmula<sup>(115, 195)</sup>:

$$z = \frac{p_1 - p_2}{S_{p_1-p_2}} \text{ siendo que } S_{p_1-p_2} = \sqrt{p^*(1-p^*) \left( \frac{n_1+n_2}{n_1 n_2} \right)} \text{ y } p^* = \frac{n_1 p_1 + n_2 p_2}{n_1 + n_2}$$

$$\text{o sea, } z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\left( \frac{n_1 p_1 + n_2 p_2}{n_1 + n_2} \right) \left[ 1 - \left( \frac{n_1 p_1 + n_2 p_2}{n_1 + n_2} \right) \right] \left( \frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \right)}}$$

Las entrevistas fueron transcritas por una especialista de la Facultad de Medicina de la UFMG y luego transformadas al formato .txt para posibilitar el trabajo con el programa ATLAS.ti® 5.0<sup>(6)</sup>.

El Google Desktop®<sup>(79)</sup> también fue un instrumento utilizado para la investigación, pues es una herramienta rápida y poderosa para buscar datos almacenados en el ordenador. Siempre que posible se prefirió trabajar con el sistema operativo Linux®, en la distribución Ubuntu® 8.04<sup>(189)</sup> por ser más estable, seguro y confiable que el Windows®<sup>(135)</sup> - que también fue utilizado, en versión Vista®. Para escribir la tesis se emplearon igualmente el OpenOffice® 2.0 y el Word® 2007<sup>(135)</sup>. Las computadoras usadas fueron Toshiba Satellite 1410 S173 (por un corto período y con Linux® Mandriva® y Windows XP®) y Toshiba Satellite A205 S4617 expandida para 4G de RAM.

## II.C) La Cronología del Trabajo

El trabajo cumplió las siguientes etapas en los tiempos indicados:

- Agosto / septiembre del 2006: determinación del escopo de la investigación en conjunto con el Director de Tesis.
- Octubre del 2006: elección de la Co-Directora de Tesis.
- Diciembre del 2006: presentación del Plan de Trabajo al CEP de la PBH.
- Febrero del 2007: respuesta a demandas del CEP.
- Agosto del 2007: respuesta a demandas del CEP.
- Septiembre del 2007: reunión con una comisión del CEP y respuesta a las últimas demandas.
- Septiembre del 2007: aprobación del Plan de Trabajo por el CEP.
- Octubre del 2007: inicio de la dedicación exclusiva del doctorando a la investigación.
- Noviembre y diciembre del 2007: validación del instrumento – encuesta – y planificación del trabajo de campo.
- Enero del 2008: formación y entrenamiento del equipo de investigación de campo.
- Enero a marzo del 2008: investigación de campo.
- Julio a agosto del 2008: tratamiento estadístico de los datos de la investigación de campo.
- Julio a septiembre del 2008: análisis de los datos cualitativos de las entrevistas en profundidad.

- Agosto a noviembre del 2008: elaboración del texto final de la Tesis
- Diciembre del 2008: presentación ante el Tribunal de Tesis de la Universidad Nacional de Córdoba.

## **II.D) Observaciones**

Para la redacción del Trabajo de Tesis, se siguieron las normas del Anexo III de la Resolución 52/02 del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas (aprobado el 21/05/2002 por el Consejo Superior de la Universidad Nacional de Córdoba) y, cuando compatibles con tales normas, las sugerencias de Ander-Egg y las de Eco <sup>(1-2, 56)</sup>.

## Capítulo III – Resultados



“La totalidad de nuestras experiencias sensoriales (uso de conceptos, creación y empleo de relaciones funcionales definidas entre ellos y la coordinación de las experiencias sensoriales con esos conceptos) pueden ser puestas en orden mediante un proceso mental: este hecho en sí tiene una naturaleza que nos llena de reverente temor, porque jamás seremos capaces de comprenderlo por completo. Bien se podría decir que ‘el eterno misterio del mundo es su comprensibilidad.’” Albert Einsten <sup>(57)</sup>

**E**l presente capítulo presenta los resultados brutos de la investigación, casi que solamente de forma descriptiva. En los capítulos siguientes estos resultados presentados son analizados y discutidos en profundidad y, al final, sintetizados.

### **III.A) Resultados de las Entrevistas**

Las entrevistas generaron 290KB en formato .txt de información, con aproximadamente 6 horas de grabación, vertidas en 139 páginas (sin formatación). Para permitir mayor aprovechamiento de los datos generados, buscando mantener la fluidez de la lectura y la riqueza de las descubiertas, los diálogos son presentados en conjunto con la discusión, tratando cada entrevistado como autores, buscando establecer un diálogo.

Se optó por colocar las transcripciones de las partes más significativas de las entrevistas, según el criterio de saturación, en el Capítulo V: Discusiones, juntamente con las discusiones sobre ellas. Así, se trató a los sujetos entrevistados como “autores de sus verdades”, y se propuso un “diálogo” entre esos sujetos y otros autores académicos e investigadores <sup>(75)</sup>. Un gestor, al final, no concedió la entrevista; de acuerdo a lo programado. El entonces Secretario de Salud que participó de la implantación de la Homeopatía en el SUS de Belo Horizonte, quien, al momento de la investigación, era Ministro de Asistencia Social, sería uno de los entrevistados del núcleo gestores.

### **III.B) Resultados de las Encuestas**

El modelo de encuesta utilizado puede ser visto en el Anexo A (mantenido en su lengua original para que pueda ser evaluado cuánto a la propiedad de las preguntas). Los resultados mostrados gráficamente en este capítulo fueron traducidos al castellano.

En la Tabla I, que antecede las Figuras, se resumen los casos considerados válidos y aquellos perdidos con sus respectivos porcentajes. Se consideraron datos perdidos las opciones NA (no se aplica), NS/NC (no sabe o no contesta) del cuestionario aplicado y aquellos en blanco. Todos los resultados se toman en función de las especialidades investigadas, Homeopatía (opción número 1) y Salud de la Familia (opción número 2). En todos los casos se indica, bajo la gráfica, si se acepta (pero no se comprueba) la hipótesis nula –  $H_0$  – y se rechaza la hipótesis alternativa –  $H_1$  – ( $p > 0,05$ ) o, al revés, se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  ( $p < 0,05$ ); se indican entre paréntesis los valores de chi cuadrado de Pearson –  $\chi^2$  – y el nivel de significancia asintótica –  $p$ . En los casos en que  $p < 0,05$ , pero en que hubo casillas con frecuencia esperada  $< 5$  (con tolerancia de ocurrencia para hasta 25% de los casos), se presentan también el valor de la corrección por continuidad de Yates  $\chi^{2\text{Yates}}$  y su  $p$ .

**Tabla I: Presentación de casos válidos y casos perdidos en las respuestas a las preguntas de la encuesta, con sus respectivos porcentajes**

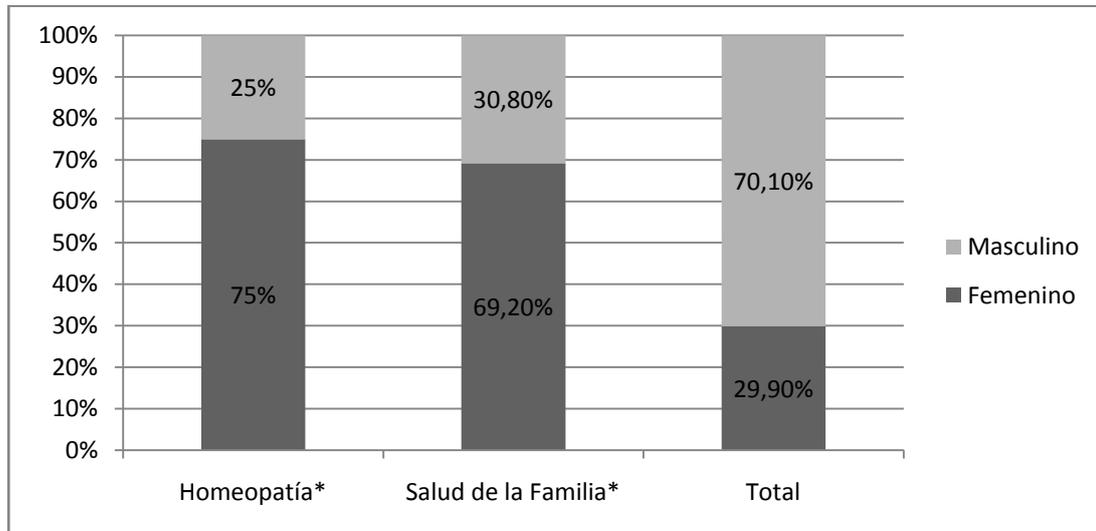
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<b>Nombre del Centro de Salud</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>Nombre del Profesional</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>Nombre del Entrevistador</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>3. Sexo del paciente</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>4: Edad del Paciente</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>5. Quien Contesta</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
<b>6. Escolaridad del Paciente</b>	462	95,9%	20	4,1%	482	100,0%
<b>7. Escolaridad del Responsable</b>	70	14,5%	412	85,5%	482	100,0%
<b>8. Nivel de Ingreso Familiar</b>	456	94,6%	26	5,4%	482	100,0%
<b>9. ¿Esta fue su primera consulta con este médico?</b>	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%

Continuación de la Tabla I	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
10. ¿Cuánto tiempo esperó para conseguir una consulta con este médico?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
11. ¿Cuándo llegó hoy para la consulta, cuánto tiempo esperó para ser atendido por el médico?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
12. ¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para escuchar y entender sus problemas?	481	99,8%	1	,2%	482	100,0%
12a. ¿Durante las consultas, el médico le pregunta en detalles sobre su familia?	366	75,9%	116	24,1%	482	100,0%
12b. ¿Durante las consultas, el médico le hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos?	366	75,9%	116	24,1%	482	100,0%
12c. ¿Durante las consultas, el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo?	367	76,1%	115	23,9%	482	100,0%
12 d. ¿El médico quiere saber en detalles sobre su forma de vivir?	367	76,1%	115	23,9%	482	100,0%
13. ¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
14. ¿Y Ud. cree que él entendió sus problemas?	471	97,7%	11	2,3%	482	100,0%

Continuación de la Tabla I	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
15. ¿Él lo examinó bien?	473	98,1%	9	1,9%	482	100,0%
16. ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?	464	96,3%	18	3,7%	482	100,0%
17. ¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene?	478	99,2%	4	,8%	482	100,0%
18. ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre la receta son completas?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%
19. ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%
20. ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas?	330	68,5%	152	31,5%	482	100,0%
21. ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios?	329	68,3%	153	31,7%	482	100,0%
22. ¿Con Ud., cree que el médico es educado?	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
23. ¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus problemas fueron resueltos?	431	89,4%	51	10,6%	482	100,0%

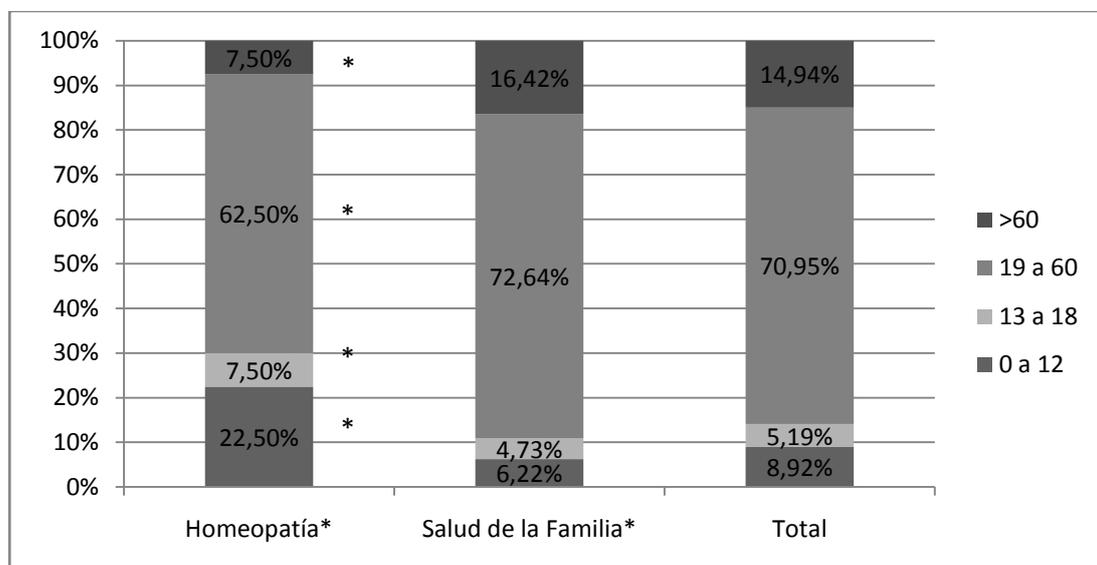
Continuación de la Tabla I	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
24. ¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
25. ¿El médico le gusta a Ud.?	472	97,9%	10	2,1%	482	100,0%
26. ¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico?	455	94,4%	27	5,6%	482	100,0%
27. ¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos?	476	98,8%	6	1,2%	482	100,0%
28. ¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico?	482	100,0%	0	,0%	482	100,0%
29. ¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta?	246	51,0%	236	49,0%	482	100,0%

La distribución por sexo de los pacientes entrevistados no presentó diferencias significativas ( $\chi^2 = 1,088$   $p = ,297$ ) calculado entre los pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia, y está representada en la Figura 1:



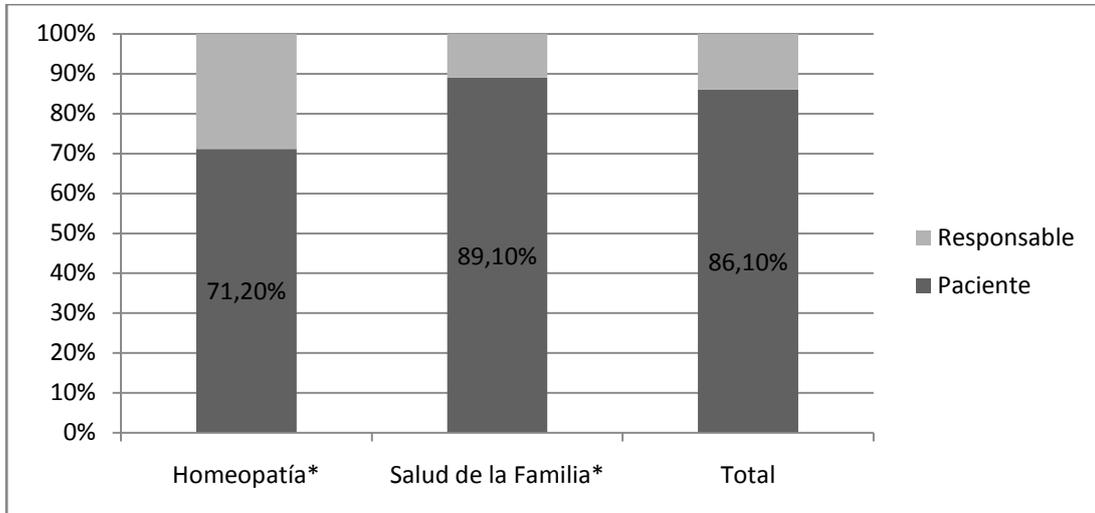
**Figura 1: Distribución por sexo de los pacientes entrevistados. Los datos se expresan como frecuencia relativa en porcentajes.**

La distribución por edad de los pacientes presentó diferencias significativas, con ( $\chi^2 = 25,333$   $p = ,000 \rightarrow 1$  casilla – 12,5% – frecuencia esperada < 5) calculado entre los pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia, y está representada en la Figura 2:



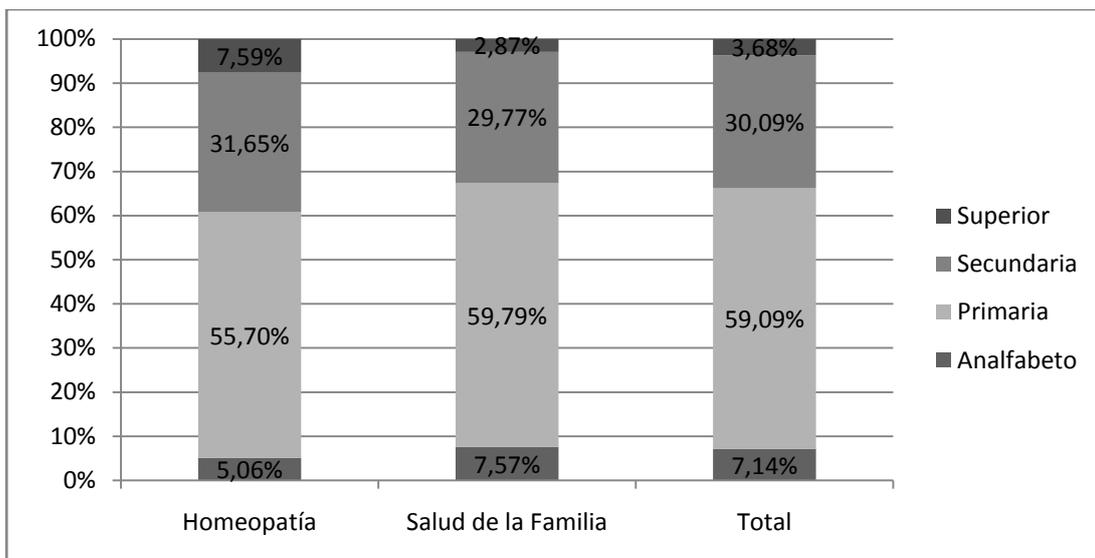
**Figura 2: Distribución por edad de los pacientes entrevistados. Los datos se expresan como frecuencia relativa en porcentajes (\* $p < 0,05$ ).**

Sobre quién contestó a la encuesta, se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2 = 17,673$   $p = ,000$ ) entre los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia. Se observó que un porcentaje mayor de pacientes, en relación al de acompañantes, de Salud de la Familia contestó a las preguntas, Figura 3:



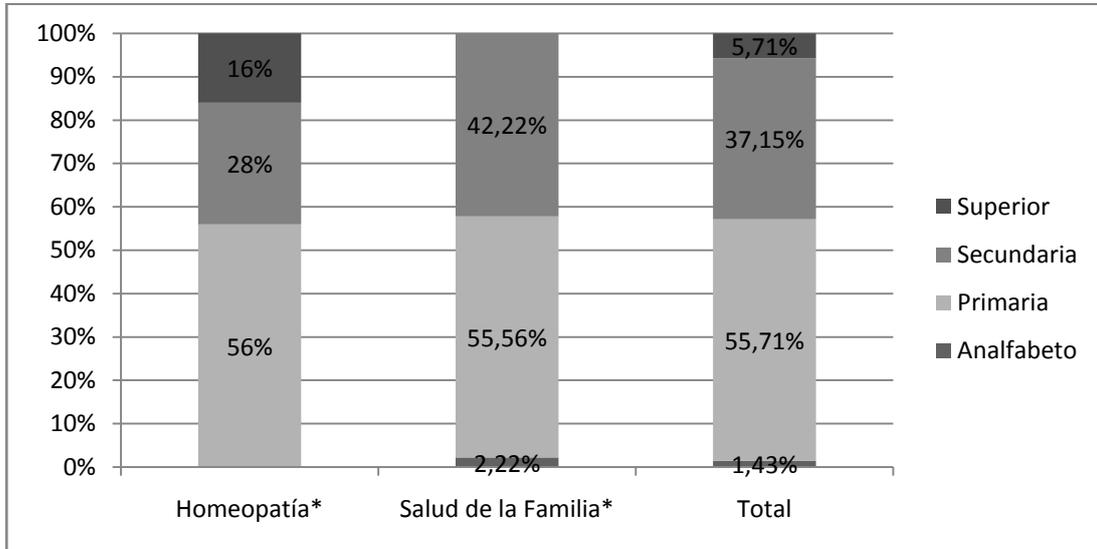
**Figura 3: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Quién contesta?”, correspondiente a la encuesta realizada (\* $p < 0,05$ ).**

El nivel de escolaridad de los pacientes no presentó diferencias significativas ( $\chi^2 = 4,583$   $p = ,101$ ) y está ilustrado en la Figura 4:



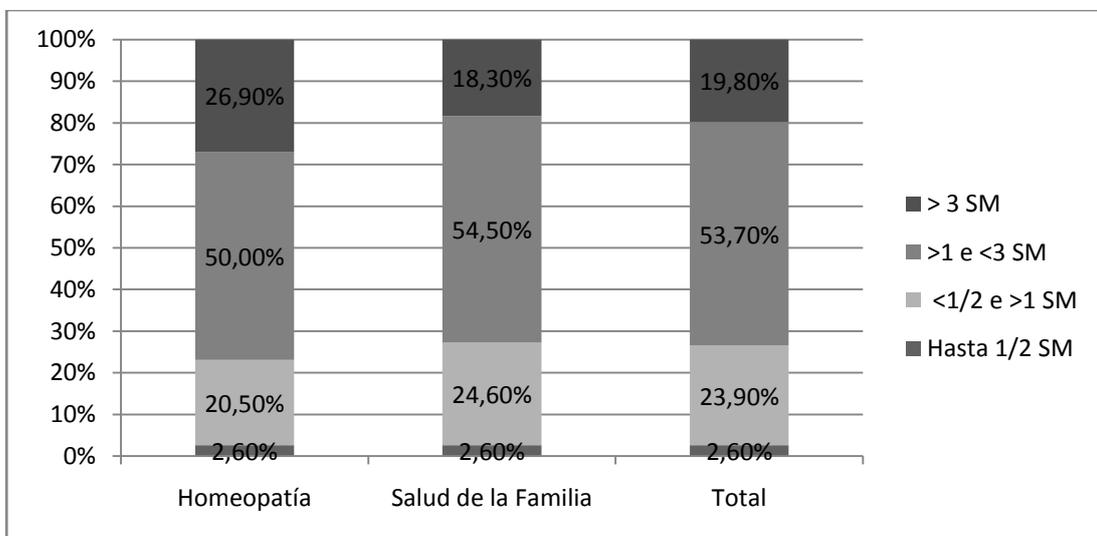
**Figura 4: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de escolaridad del paciente?”, correspondiente a la encuesta realizada.**

El nivel de escolaridad de los acompañantes presentó diferencias significativas ( $\chi^2 = 9,752$   $p = ,021$ ), pero con 6 casillas – 75,0% – frecuencia esperada < 5, como se ilustra en la Figura 5:



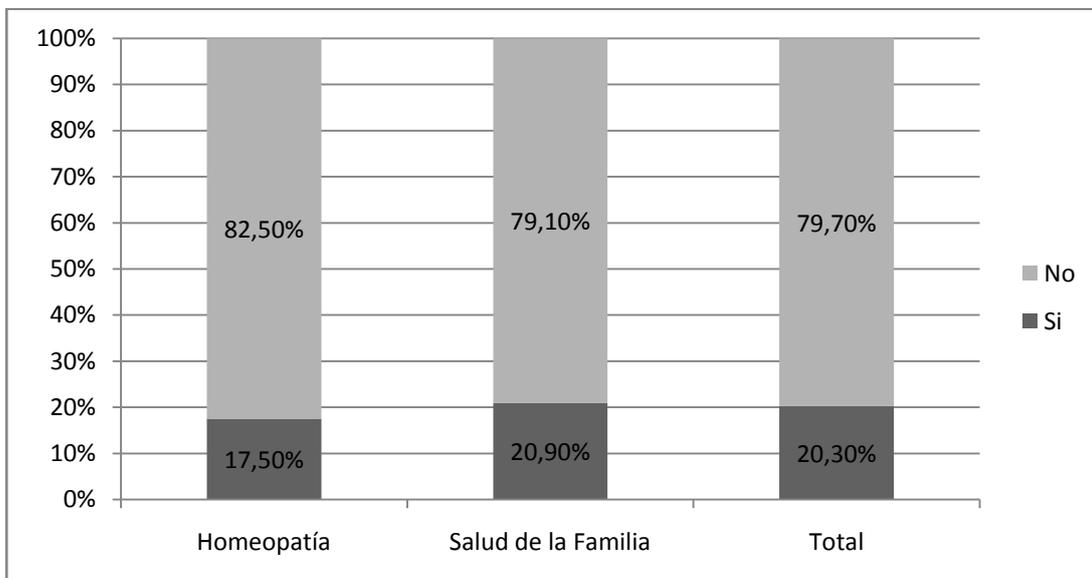
**Figura 5: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de escolaridad del acompañante, si es el caso?”, correspondiente a la encuesta realizada [\*p < 0,05 (6 casillas – 75,0% – frecuencia esperada < 5)]**

El nivel de ingreso, en salarios mínimos (SM) mostrado en la Figura 6, no presentó diferencias significativas ( $\chi^2 = 3,160$   $p = ,368$ ) entre los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia.



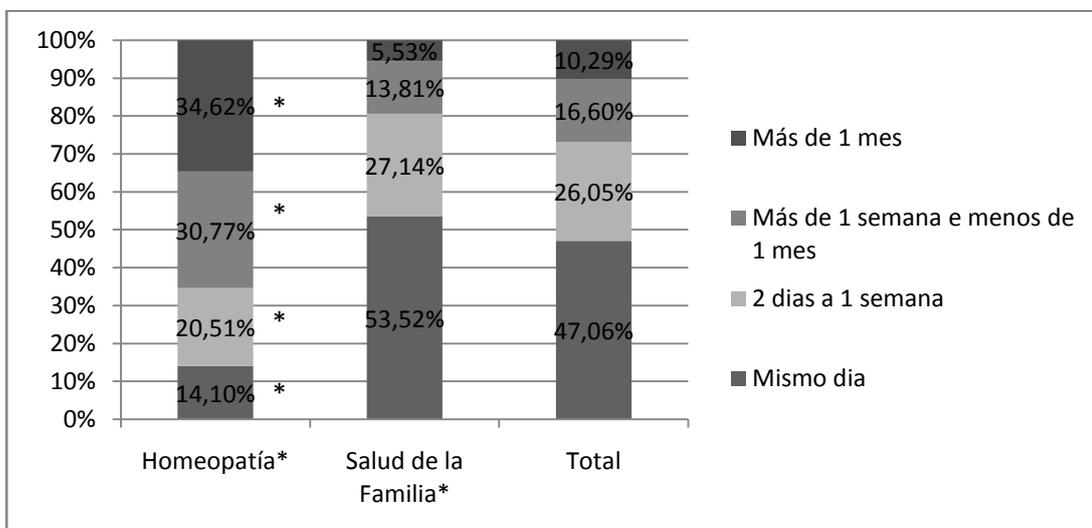
**Figura 6: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuál es el nivel de ingreso familiar?”, correspondiente a la encuesta realizada.**

A la pregunta sobre si aquella era la primera consulta con el médico evaluado, no se observaron diferencias significativas ( $\chi^2 = ,475$  p = ,491) entre los grupos de pacientes encuestados, como se observa en la Figura 7:



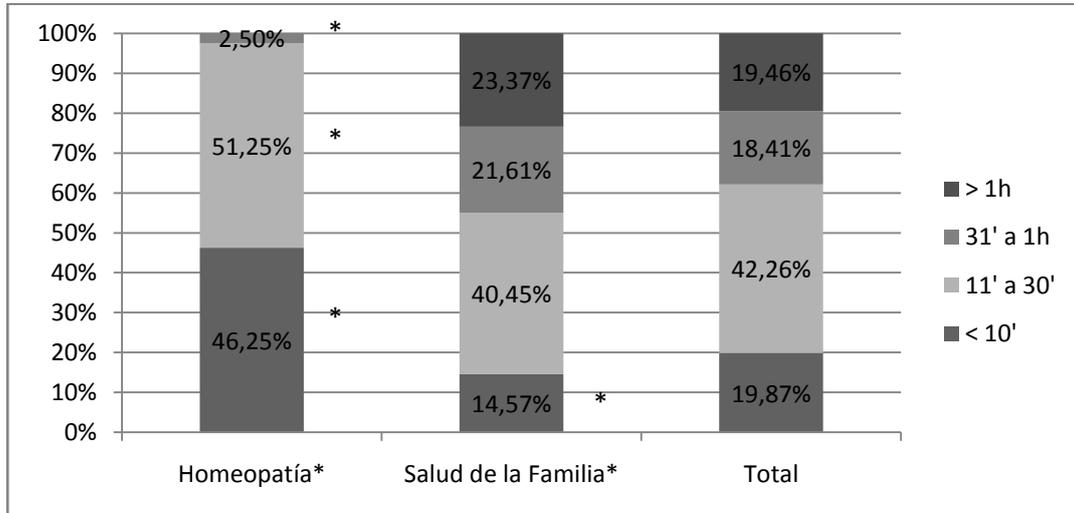
**Figura 7:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Esta fue su primera consulta con este médico?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 8 muestra que el tiempo de espera para conseguir una consulta de los pacientes de Homeopatía fue significativamente mayor cuando comparado al de los de Salud de la Familia ( $\chi^2 = 94,195$  p = ,000):



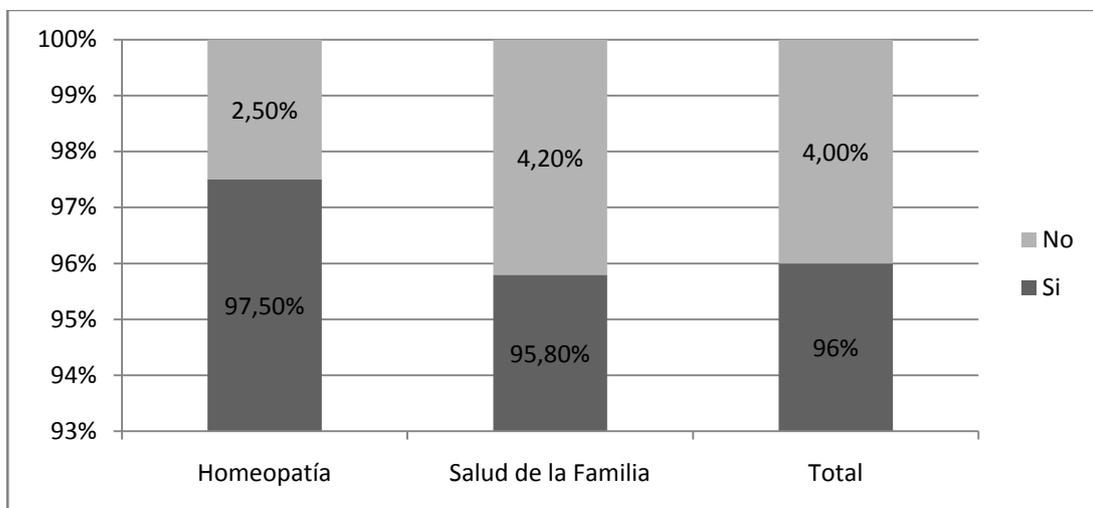
**Figura 8:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuánto tiempo esperó para conseguir una consulta con este médico?”, correspondiente a la encuesta realizada (\*p < 0,05).

En la Figura 9 está explicitado el hecho de que los pacientes de Salud de la Familia, después que llegan para la consulta, esperan significativamente más ( $\chi^2 = 67,536$   $p = ,000$ ) para ser atendidos que los de Homeopatía:



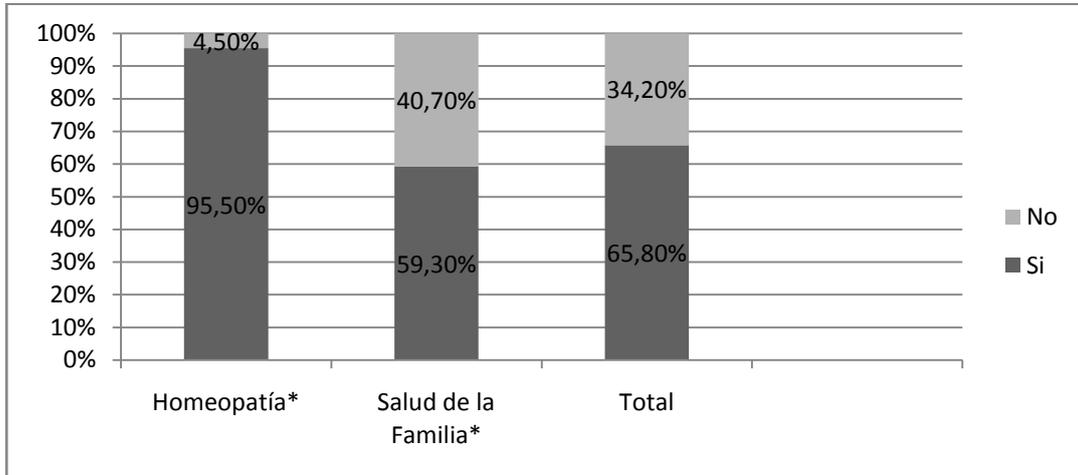
**Figura 9: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuándo llegó hoy para la consulta, cuánto tiempo esperó para ser atendido por el médico?”, correspondiente a la encuesta realizada (\*p < 0,05).**

Entre los grupos de pacientes estudiados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia, no hubo diferencias significativas ( $\chi^2 = ,532$   $p = ,466$ ) en relación a la suficiencia del tiempo para que el médico escuche los problemas del paciente, como se nota en la Figura 10:



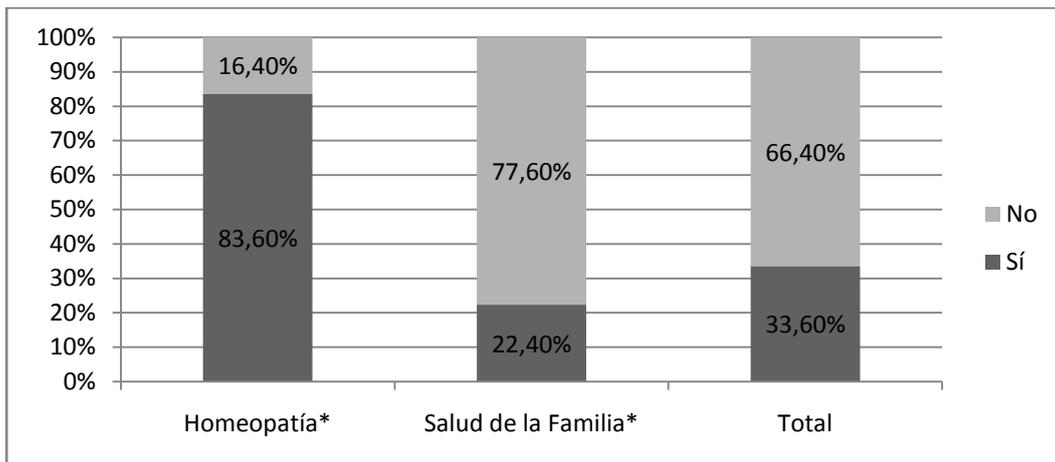
**Figura 10: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para escuchar y entender sus problemas?”, correspondiente a la encuesta realizada.**

Significativamente ( $\chi^2 = 31,387$   $p = ,000$ ) más pacientes de Homeopatía dijeron que sus respectivos médicos les preguntaban sobre detalles de sus familias cuando comparados a los de Salud de la Familia, como está expresado en la Figura 11:



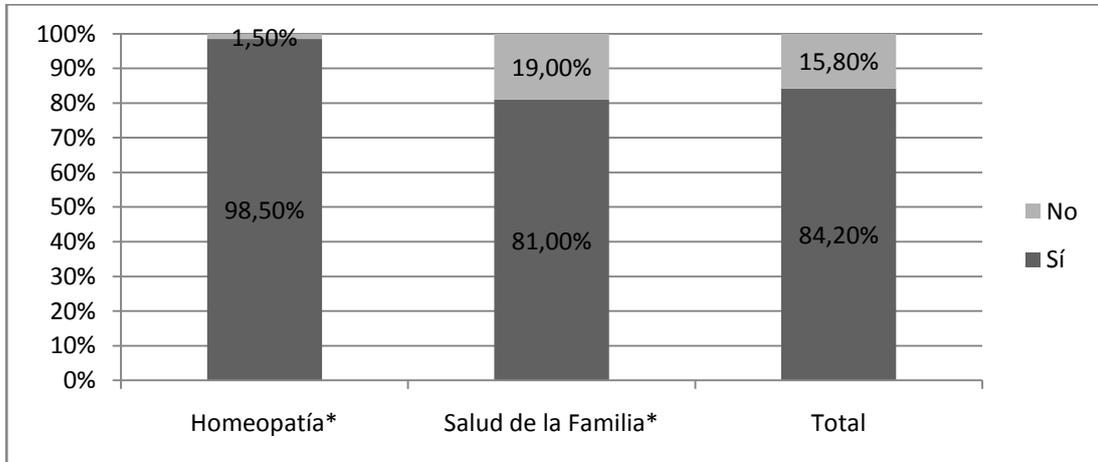
**Figura 11:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Durante las consultas, el médico le pregunta en detalles sobre su familia?”, correspondiente a la encuesta realizada (\* $p < 0,05$ ).

La Figura 12 muestra que significativamente ( $\chi^2 = 91,802$   $p = ,000$ ) más pacientes de Homeopatía dijeron que sus respectivos médicos les preguntaban sobre sueños, miedos y deseos, comparados a los de Salud de la Familia:



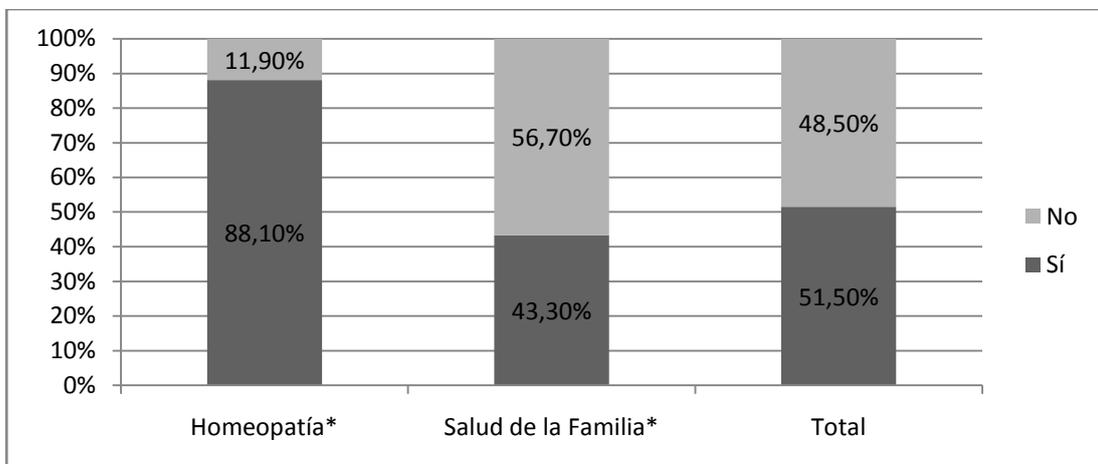
**Figura 12:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Durante las consultas, el médico le hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos?”, correspondiente a la encuesta realizada (\* $p < 0,05$ ).

Significativamente ( $\chi^2 = 12,616$   $p = ,000$ ) más pacientes de Homeopatía dijeron que sus respectivos médicos les preguntaban sobre detalles de sus otros problemas de salud pasados, comparados a los de Salud de la Familia, como está expresado en la Figura 13:



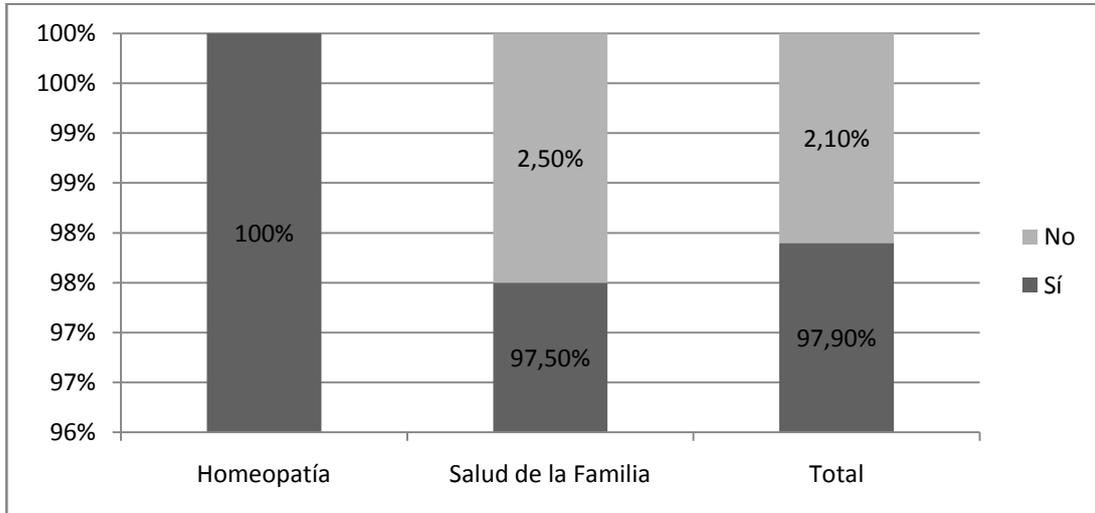
**Figura 13: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta ) “¿Durante las consultas, el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo?”, correspondiente a la encuesta realizada (\*p < 0,05).**

Significativamente ( $\chi^2 = 43,864$   $p = ,000$ ) más pacientes de Homeopatía, cuando comparados a los de Salud de la Familia, relataron que sus médicos preguntan en detalles sobre su forma de vivir. Eso se ve en la Figura 14:



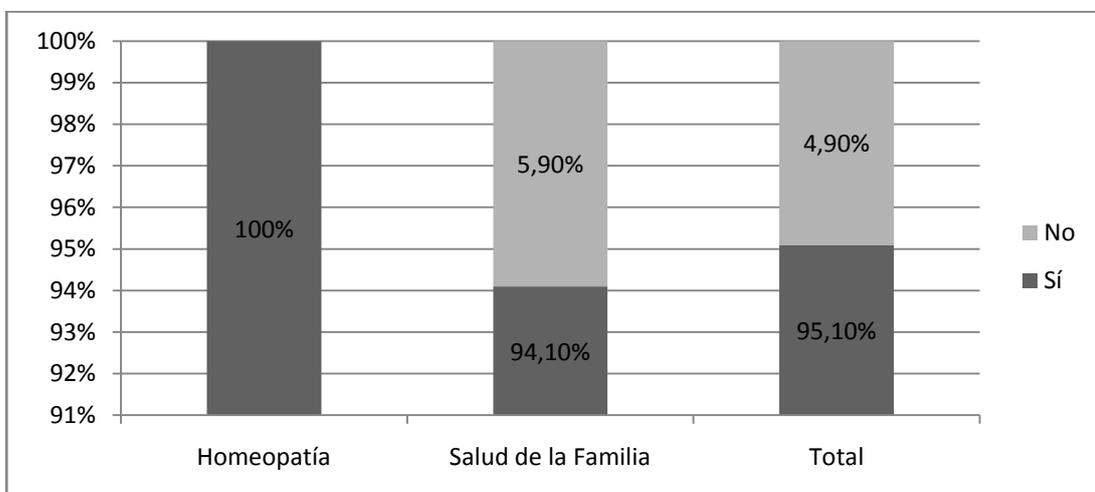
**Figura 14: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El médico quiere saber en detalles sobre su forma de vivir?”, correspondiente a la encuesta realizada (\*p < 0,05).**

No hubo diferencias significativas ( $\chi^2 = 2,053$   $p = ,152$ ) en relación a la indagación de si el médico prestaba atención al paciente, mientras este hablaba, entre los dos grupos evaluados, como se nota en la Figura 15:



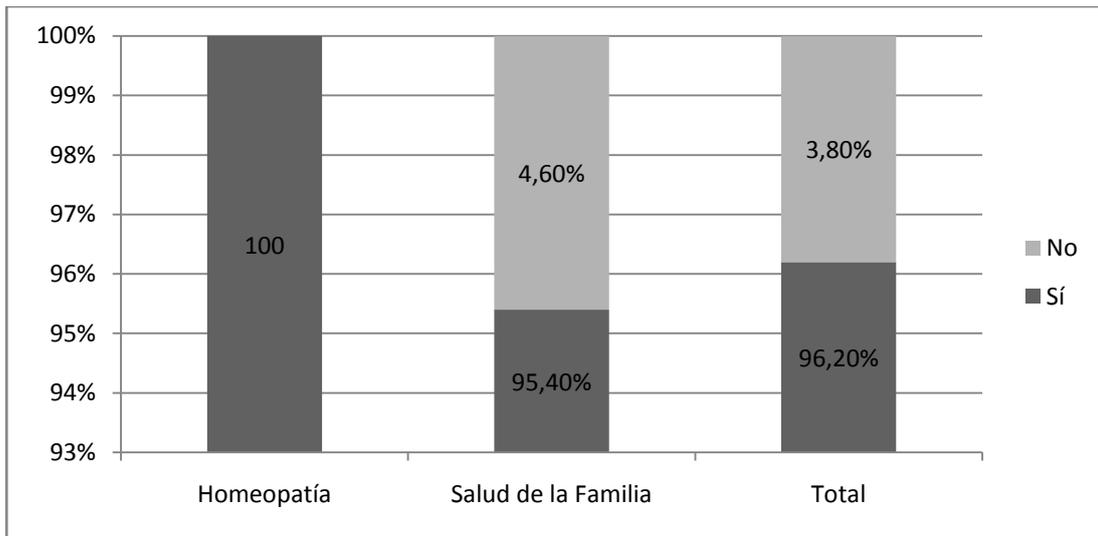
**Figura 15: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla?", correspondiente a la encuesta realizada.**

Se pudo apreciar una diferencia significativa entre los pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia cuando fueron cuestionados sobre si sus médicos habían entendido sus problemas. Con todo, la significancia desaparece después de la Corrección de Yates aplicada ( $\chi^2 = 4,873$   $p = ,027$  /  $\chi^{2Yates} = 3,692$   $p = ,055 \rightarrow 1$  casilla – 25% – frecuencia esperada < 5). La figura 16 ilustra esa medición:



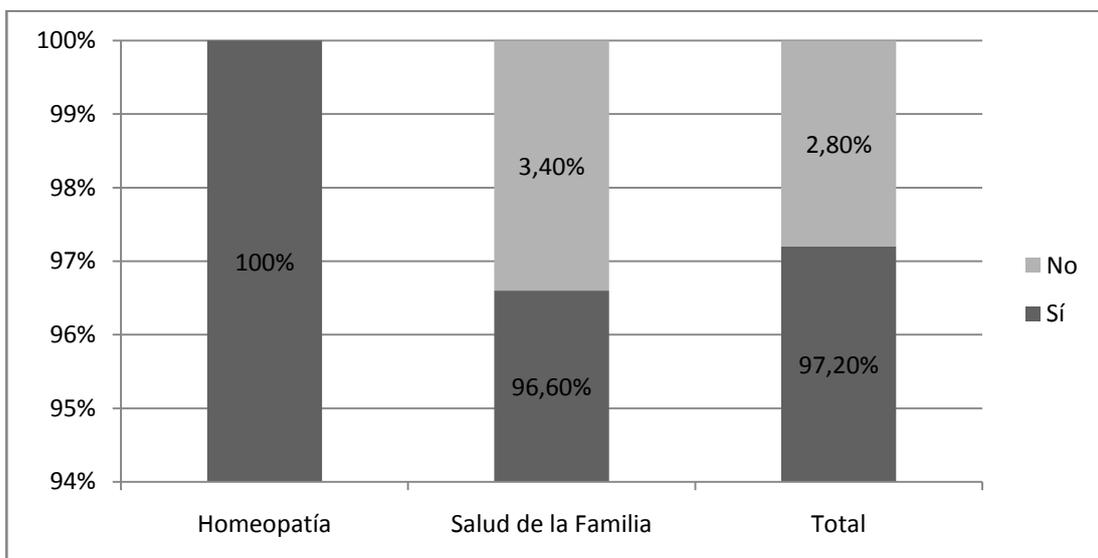
**Figura 16: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Y Ud. cree que él entendió sus problemas?", correspondiente a la encuesta realizada.**

Ambos grupos no presentaron diferencias significativas ( $\chi^2 = 3,809$   $p = ,051$ ) entre si sobre si los médicos los había examinado bien como se nota en la Figura 17:



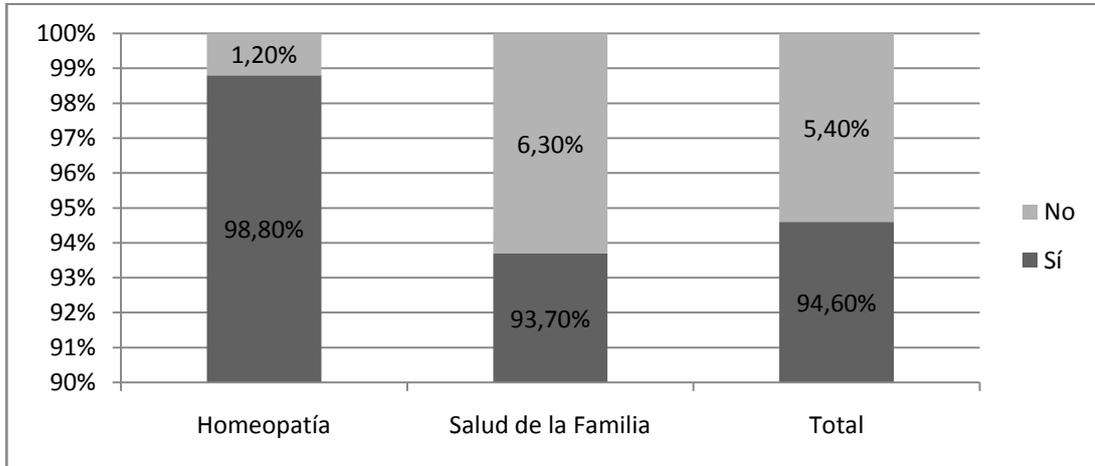
**Figura 17: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Él lo examinó bien?", correspondiente a la encuesta realizada.**

En la figura 18 se observa que no se diferencian entre si los grupos de pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia de manera significativa ( $\chi^2 = 2,703$   $p = ,100$ ) en relación a su percepción de si los médicos los ayudan a resolver sus problemas de salud:



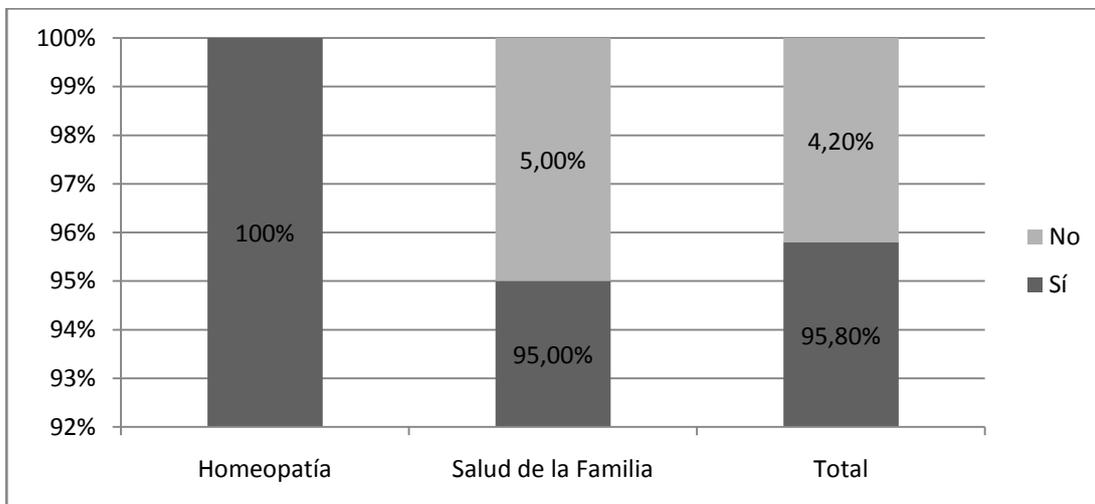
**Figura 18: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?", correspondiente a la encuesta realizada.**

Se puede ver en la Figura 19 que no hubo diferencias significativas ( $\chi^2 = 3,278$   $p = ,070$ ) entre los grupos de pacientes contestando si el médico les explicó los problemas que tenían:



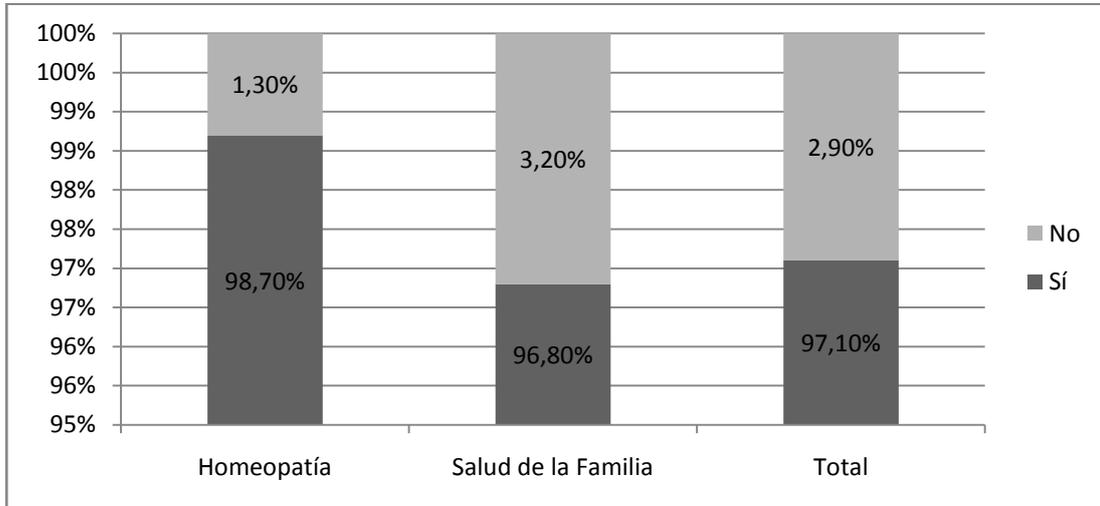
**Figura 19: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene?", correspondiente a la encuesta realizada.**

Por otro lado, las explicaciones sobre las recetas les resulta significativamente más completas a los pacientes de Homeopatía que a los de Salud de la Familia, pero con la corrección de Yates, esa diferencia no se nota más 05 ( $\chi^2 = 3,976$   $p = ,046$  /  $\chi^{2Yates} = 2,822$   $p = ,093 \rightarrow 1$  casilla – 25% – frecuencia esperada < 5), como se ilustra en la Figura 20:



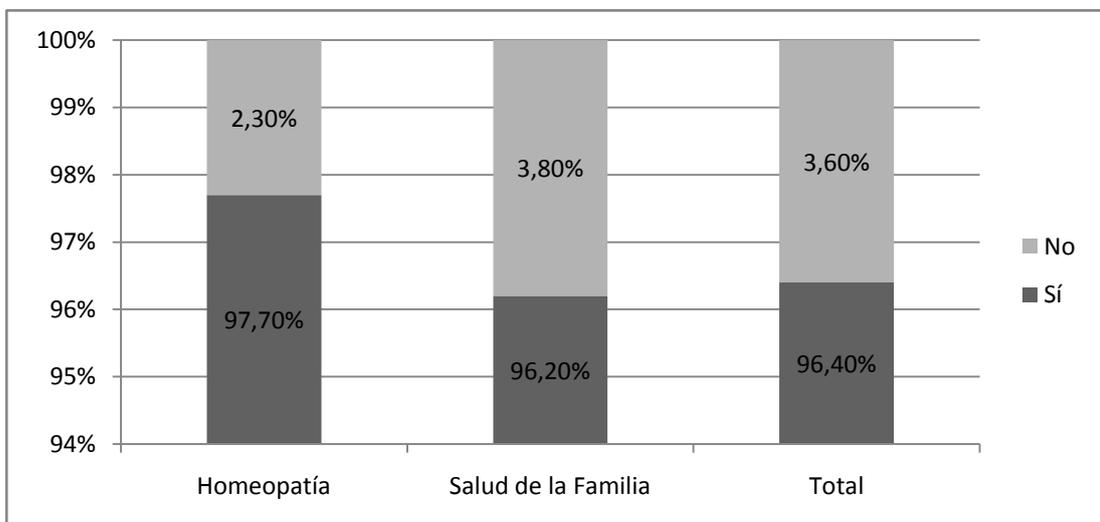
**Figura 20: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre la receta son completas?", correspondiente a la encuesta realizada.**

La Figura 21 muestra que el nivel de entendimiento sobre las explicaciones sobre las recetas no tuvo diferencias significativas ( $\chi^2 = ,841$  p = ,359) entre los grupos de pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia:



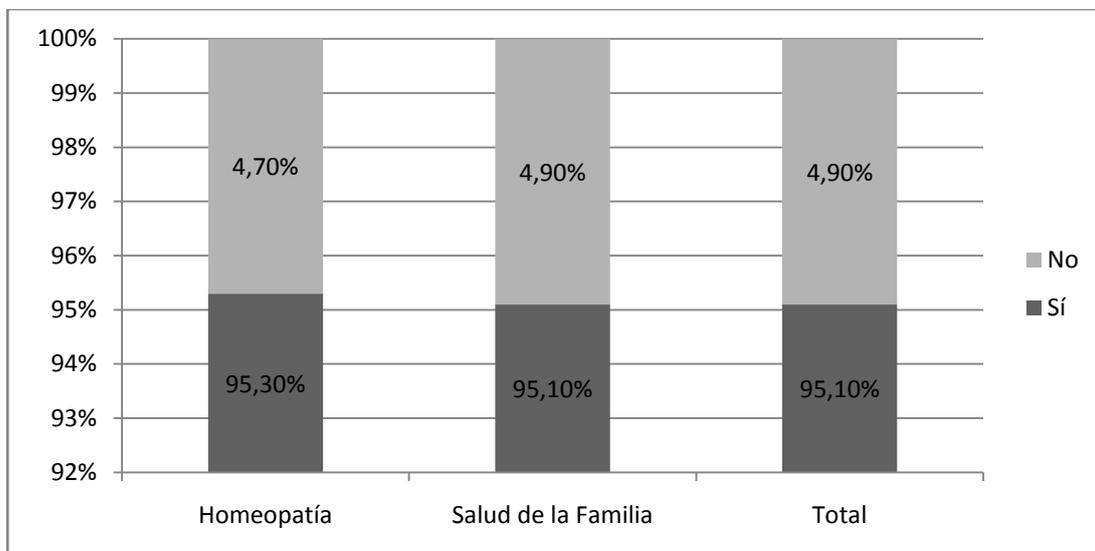
**Figura 21: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta?", correspondiente a la encuesta realizada.**

La Figura 22 ilustra el hecho de no haberse encontrado diferencias significativas ( $\chi^2 = ,269$  p = ,604) entre los dos grupos de pacientes estudiados en relación a si ellos creían que las explicaciones de los médicos sobre los exámenes complementarios eran o no completas:



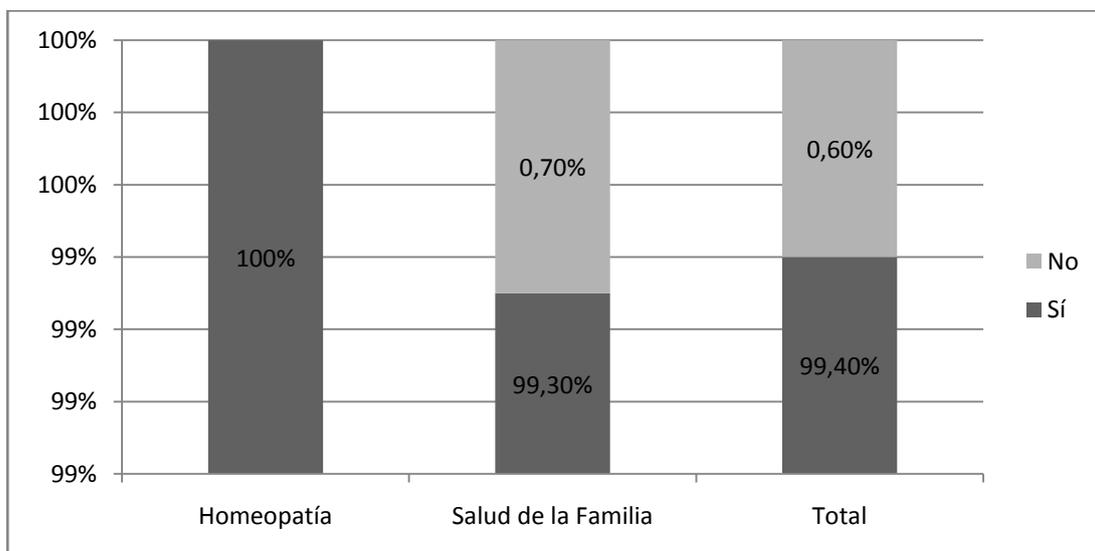
**Figura 22: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta "¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas?", correspondiente a la encuesta realizada.**

Los dos grupos presentaron niveles de entendimiento semejantes sobre las explicaciones de los exámenes complementarios sin diferencia significativa ( $\chi^2 = ,005$   $p = ,945$ ), conforme lo expuesto en la Figura 23:



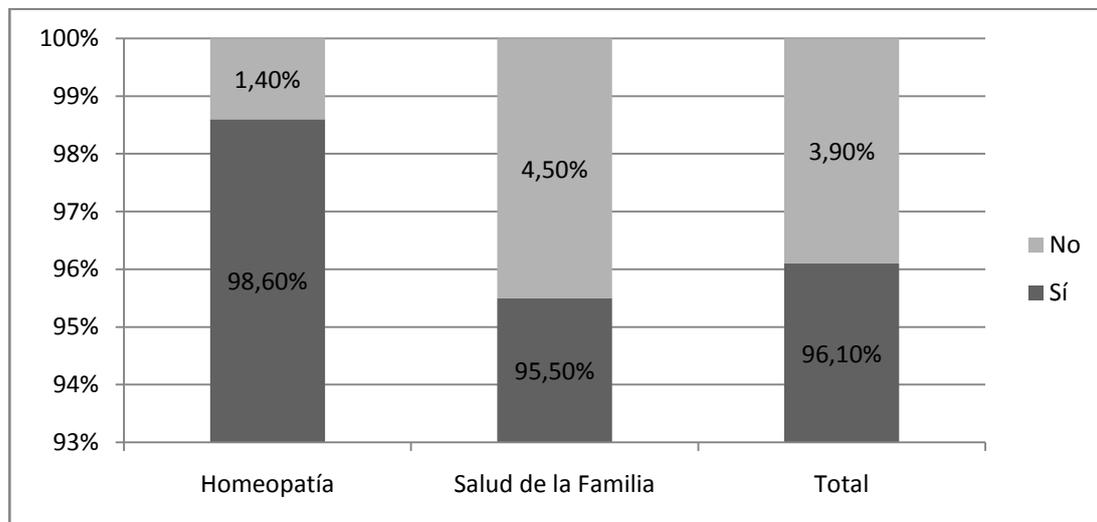
**Figura 23:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 24 señala que la diferencia de percepción de la educación de los médicos no fue significativa comparando los pacientes de Homeopatía a los de Salud de la Familia ( $\chi^2 = ,601$   $p = ,438$ ):



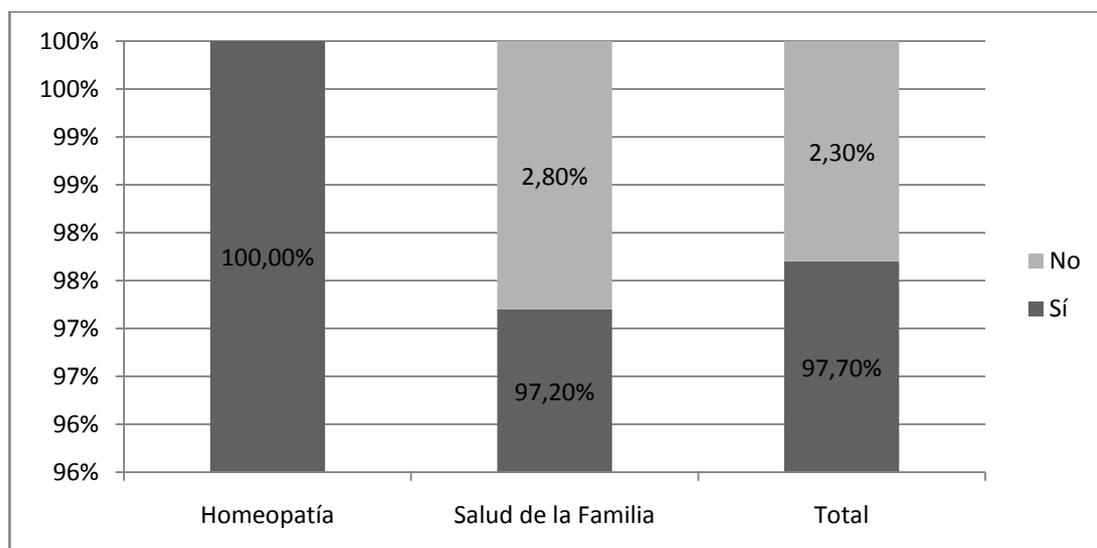
**Figura 24:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Con Ud., cree que el médico es educado?”, correspondiente a la encuesta realizada.

Sobre si los pacientes creían que sus problemas fueron resueltos cuando necesitaron del médico, no se encontró una diferencia significativa ( $\chi^2 = 1,537$   $p = ,215$ ) entre los dos grupos, en conformidad a lo expuesto en la Figura 25:



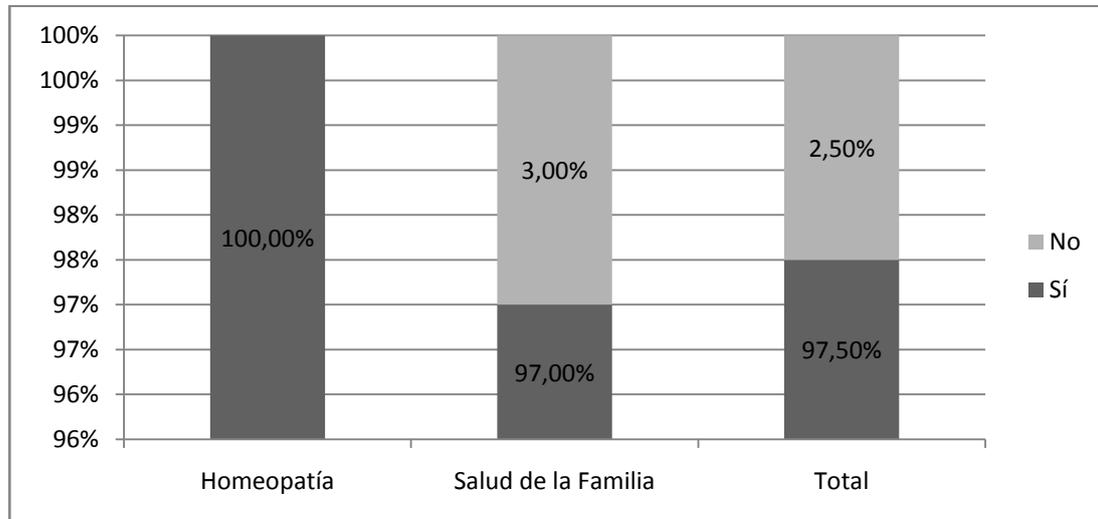
**Figura 25:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus problemas fueron resueltos?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La diferencia encontrada en relación a la forma de atender de los médicos no fue significativa ( $\chi^2 = 2,241$   $p = ,134$ ) entre los pacientes de Homeopatía y los de Salud de la Familia y eso está representado en la Figura 26:



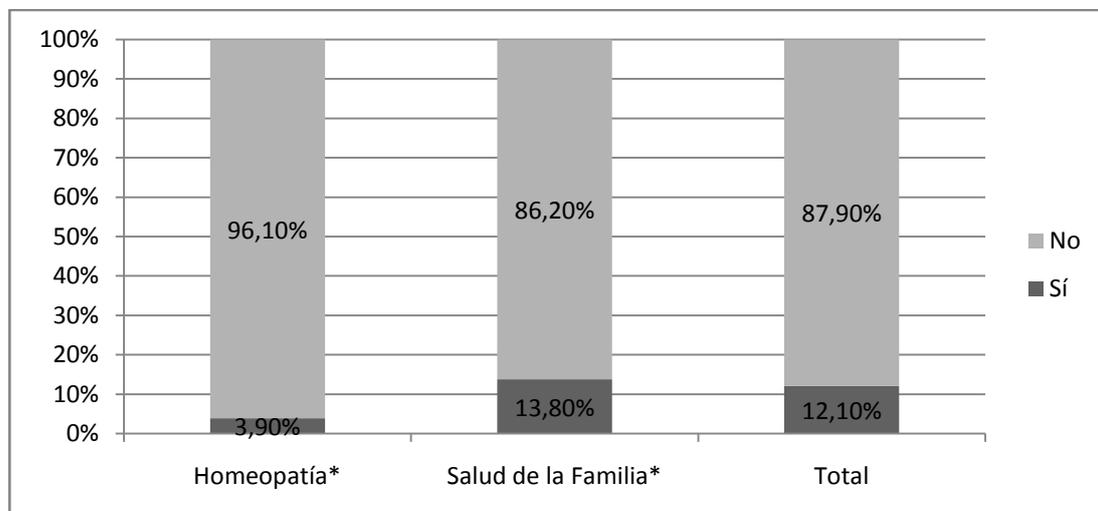
**Figura 26:** Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena?”, correspondiente a la encuesta realizada.

La Figura 27 pone de manifiesto que la diferencia encontrada en relación a si los médicos les gustaba o no a cada uno de los grupos de pacientes estudiados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia, no fue significativa ( $\chi^2 = 2,438$   $p = ,118$ ):



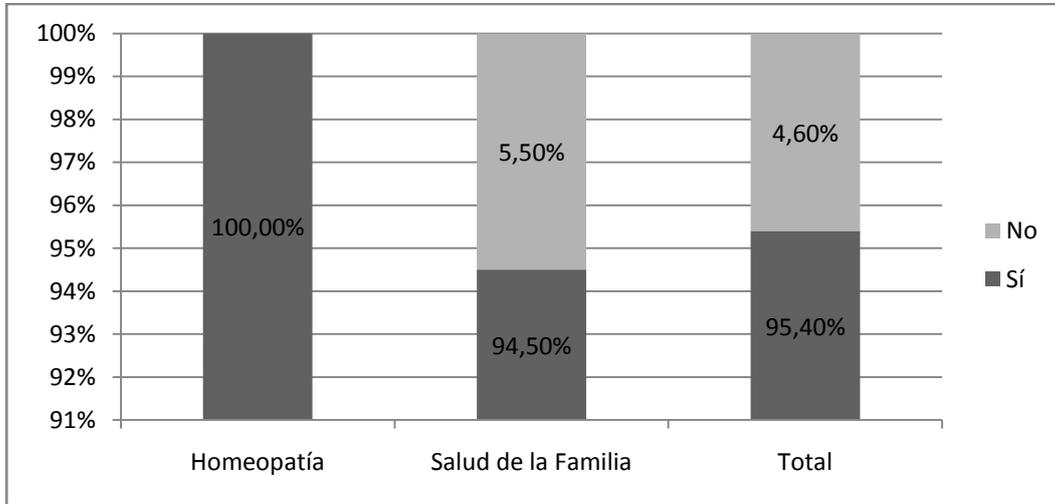
**Figura 27: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿El médico le gusta a Ud.?”, correspondiente a la encuesta realizada.**

La diferencia de frecuencias encontrada en la Figura 28, la cual ilustra la voluntad de cambiar de médico asistente, caso fuese posible, de los pacientes de Homeopatía comparados a los de Salud de la Familia, es significativa ( $\chi^2 = 5,853$   $p = ,016$ ):



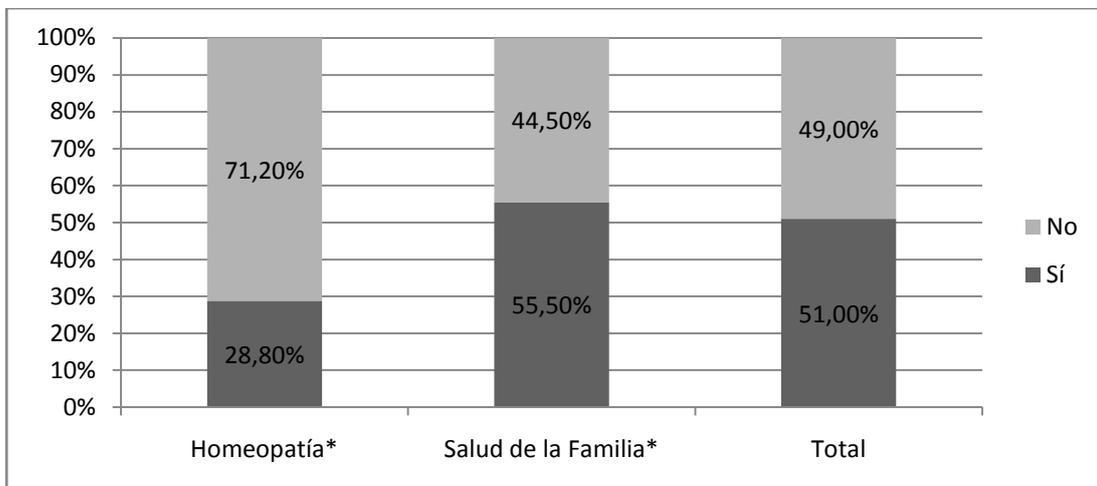
**Figura 28: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico?”, correspondiente a la encuesta realizada (\* $p < 0,05$ )**

La significativa diferencia encontrada entre los dos grupos de pacientes que contestaron la encuesta, sobre si indicarían o no sus médicos a otras personas, ilustrada en la Figura 29, desaparece con la corrección de Yates ( $\chi^2 = 4,590$   $p = ,032$  /  $\chi^{2\text{Yates}} = 4,419$   $p = ,064 \rightarrow 1$  casilla – 25% – frecuencia esperada < 5):



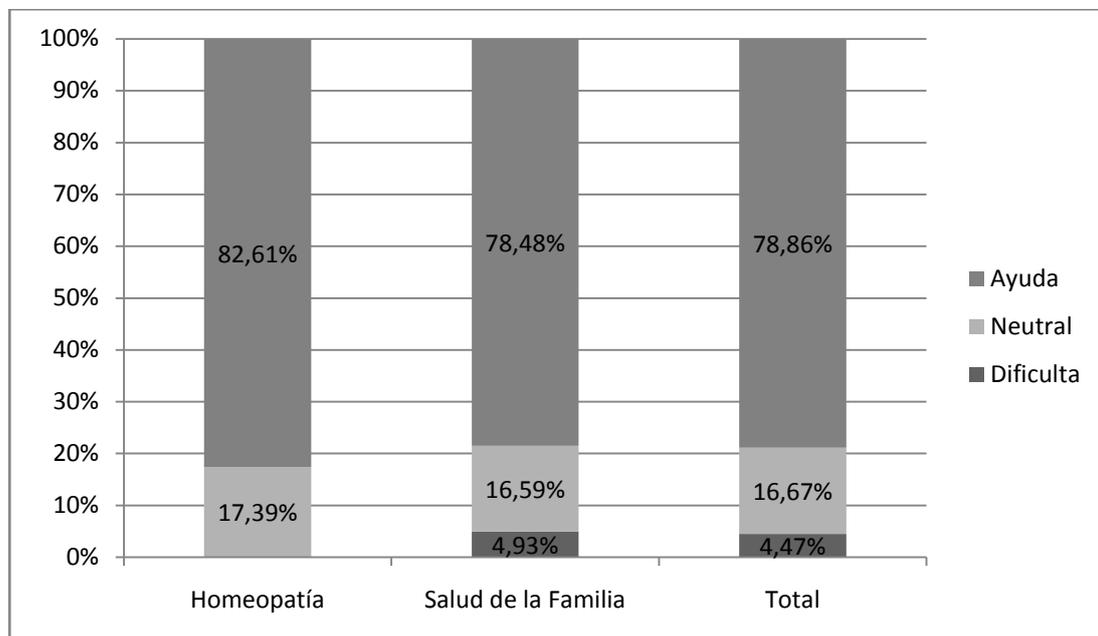
**Figura 29: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos?”, correspondiente a la encuesta realizada**

La diferencia significativa ( $\chi^2 = 19,067$   $p = ,000$ ) encontrada entre conocimiento o no de los equipos que trabajaban con los médicos evaluados por parte de los dos grupos de pacientes, está representada en la Figura 30:



**Figura 30: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta ¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico?”, correspondiente a la encuesta realizada (\*p < 0,05)**

Sobre si los equipos que trabajan con los médicos ayudan o dificultan el trabajo de estos profesionales, los pacientes de los dos grupos encuestados, los de Homeopatía y los de Salud de la Familia, no presentaron una diferencia significativa ( $\chi^2 = 1,188$  p = ,552). Ese hecho se representa en la Figura 31:



**Figura 31: Nivel de frecuencias observadas de la pregunta “¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta?”, correspondiente a la encuesta realizada.**

Sintetizando los datos presentados, se debe remarcar que en ninguna de las preguntas hechas los casos perdidos por motivo NS/NC (no sabe, no contesta) o por haber sido dejadas en blanco imposibilitaron el análisis de los datos. Con todo, la entrada 7, que se refiere a la escolaridad del acompañante, no tuvo un número suficiente de respuestas para llegarse a un resultado que permitiera una evaluación estadística; fueron solamente 71 respuestas válidas (14,7%) contra 411 casos perdidos (85,3%) que implicaron en 6 casillas (75%) con frecuencia esperada inferior a 5. Eso se dio, como es evidente, porque fueron relativamente pocos los pacientes que no respondían por sí mismos.

Como se ha dicho, en tres momentos se utilizó la corrección por continuidad de Yates: pregunta 14 (Figura 16): “¿Y Ud. cree que él entendió sus problemas?” ( $\chi^2 = 4,873$  p = ,027 /  $\chi^2_{\text{Yates}} = 3,692$  p = ,055), pregunta 18 (Figura 20): “¿Cree Ud. que

las explicaciones que él dio sobre la receta son completas?" ( $\chi^2 = 3,976$   $p = ,046$  /  $\chi^{2Yates} = 2,822$   $p = ,093$ ) y pregunta 27 (Figura 29): "¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos?" ( $\chi^2 = 4,590$   $p = ,032$  /  $\chi^{2Yates} = 4,419$   $p = ,064$ ). Cierta grado de prudencia y cuidado es necesario, máxime, porque la corrección de Yates es considerada demasiado estricta, pudiendo llevar a una aceptación de  $H_0$  cuando esta debería ser rechazada, incurriendo en el error  $\beta$  <sup>(176)</sup>.

Las preguntas cuyas respuestas presentaron diferencias estadísticamente significativas, confirmando  $H_1$  y, consecuentemente, rechazando  $H_0$ , fueron: pregunta 4 (Figura 2): "Edad del Paciente" ( $\chi^2 = 25,333$   $p = ,000$ ), pregunta 5 (Figura 3): "Quien Contesta" ( $\chi^2 = 17,673$   $p = ,000$ ), pregunta 10 (Figura 8): "¿Cuánto tiempo esperó para conseguir una consulta con este médico?" ( $\chi^2 = 94,195$   $p = ,000$ ), pregunta 11 (Figura 9): "¿Cuándo llegó hoy para la consulta, cuánto tiempo esperó para ser atendido por el médico?" ( $\chi^2 = 67,536$   $p = ,000$ ), pregunta 12a (Figura 11): "¿Durante las consultas, el médico le pregunta en detalles sobre su familia?" ( $\chi^2 = 31,387$   $p = ,000$ ), pregunta 12b (Figura 12): "¿Durante las consultas, el médico le hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos?" ( $\chi^2 = 91,802$   $p = ,000$ ), pregunta 12c (Figura 13): "¿Durante las consultas, el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo?" ( $\chi^2 = 12,616$   $p = ,000$ ), pregunta 12d (Figura 14): "¿El médico quiere saber en detalles sobre su forma de vivir?" ( $\chi^2 = 43,864$   $p = ,000$ ) y pregunta 26 (Figura 28): "¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico?" ( $\chi^2 = 5,853$   $p = ,016$ ). Sin embargo, se debe aclarar que la pregunta 4 tiene 1 casilla (12,5%) con frecuencia esperada <5.

En todas las otras preguntas se acepta  $H_0$  y se rechaza  $H_1$ .

### **III.C) Resultados de la Producción de los Profesionales**

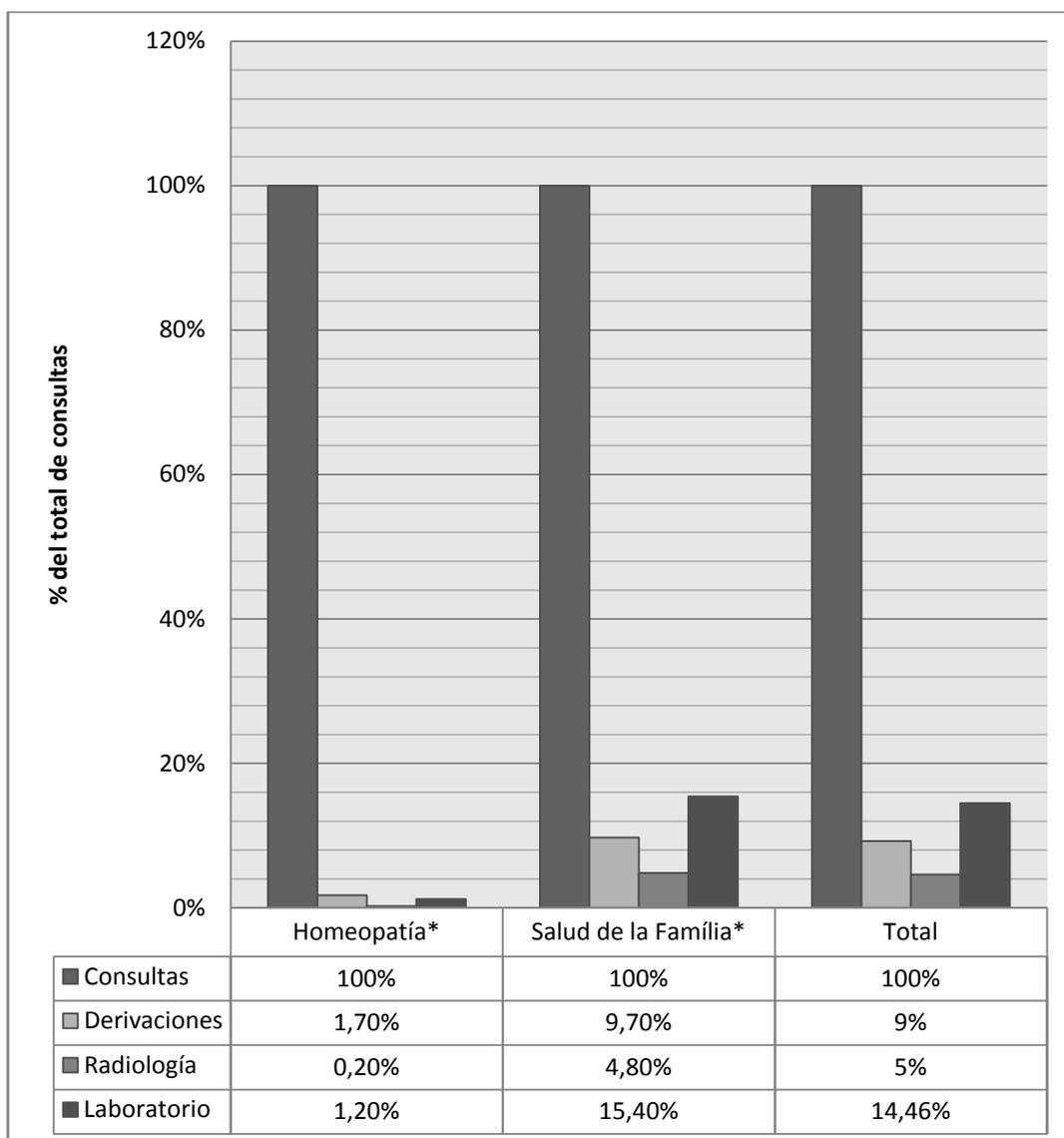
Se evaluaron todas las consultas de los profesionales seleccionados, realizadas de 01 de julio del 2006 hasta el 30 de junio del 2007, en un total de 217.963

consultas. De estas, 14.392 fueron de Homeopatía y 203.571, de Salud de la Familia. Los homeópatas hicieron 248 derivaciones, solicitaron 34 exámenes radiológicos y 172 laboratoriales. Por otro lado, los profesionales de Salud de la Familia derivaron 19.834 pacientes y solicitaron 9.932 exámenes radiológicos y 31.351 laboratoriales. Esos datos secundarios fueron informados por la *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte* y se describen en la Tabla II y, en la Figura 32, se presentan de forma gráfica:

**Tabla II: Presentación de la producción de los especialistas en Homeopatía y en Salud de la Familia en un año, de 01 de julio del 2006 hasta el 30 de junio del 2007.**

	<b>Consultas</b>	<b>Derivaciones</b>	<b>Radiología</b>	<b>Laboratorio</b>
<b>Homeopatía</b>	14.392	248	34	172
<b>Salud de la Familia</b>	203.571	19.834	9.932	31.351
<b>Totales</b>	217.963	20.082	9.966	31.523

Fuente: *Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.*



**Figura 32: Nivel de frecuencias observadas de los datos secundarios de producción de los profesionales evaluados, relacionadas al número total de consultas, las derivaciones, la solicitud de exámenes radiológicos y de laboratorio, correspondientes a los datos obtenidos en la *Secretaría Municipal de Saúde de Belo Horizonte*.**

Se utilizó el test de proporciones para dos muestras para cálculo de z. En todos los casos,  $\alpha$  fue menor que 0,001 (valor crítico de  $z = 3,291$ ). La Tabla III muestra los valores encontrados de z:

Tabla III: Presentación de los valores de z encontrados en la comparación de las proporciones de derivaciones, solicitud de exámenes radiológicos y exámenes de laboratorio en relación al número total de consultas de cada una de las dos especialidades estudiadas, de acuerdo con los datos de la *Secretaría Municipal de Saúde* de Belo Horizonte.

Valores de z	Derivaciones	Radiología	Laboratorio
Homeopatía x Salud de la Familia	33	26	47

Las tres proporciones evaluadas presentaron valores de z muy por encima de su valor crítico. Lo que equivale a decir que las diferencias entre las producciones de los especialistas en Homeopatía y Salud de la Familia en sus tres elementos evaluados, *i.e.*, derivaciones, exámenes de radiología y exámenes de laboratorio, son estadísticamente significativos. Los homeópatas derivan y solicitan exámenes en una proporción significativamente menor que los especialistas en Salud de la Familia.

## Capítulo IV – Discusión



“Supón, Malukyaputta, que un hombre ha sido herido por una flecha envenenada y, siendo llevado al cirujano por sus amigos y parientes, diga :‘No permitiré que me extraigan esta flecha hasta que yo sepa quien la disparó: si un ksatriya, un brahmán, un vaysya o un sudra; cuál es su nombre personal, cuál su nombre de familia; si es alto, bajo o de estatura mediana; cuál es el color de su tez; de qué villa, pueblo o ciudad viene. No permitiré que se extraiga esta flecha hasta que yo sepa con qué clase de arco fue disparada; qué clase de cuerda de arco se empleó; qué tipo de flecha; qué clase de pluma se utilizó en la flecha y de qué material era la punta de ésta’. ¿Cómo terminaría esto, Malukyaputta? Ese hombre moriría sin saber todas estas cosas. Así también, Malukyaputta, quienquiera que diga: ‘No viviré la vida bajo la dirección del Dharma hasta que el Buda me explique si el universo es eterno o no. etc.’, de seguro que morirá sin que el Tathagata le haya explicado esas cuestiones”. Buda<sup>(29)</sup>

El modelo de atención médica es tema de debates y discusiones, así como de divergencias dialécticas y antitéticas, desde la Antigüedad, cuando las Escuelas Médicas de Cos y de Cnido divergían dialécticamente acerca de ello. La de Cos, cuyo más grande exponente fue Hipócrates (nacido el 460 a.C.), propugnaba la visión del todo sobre las partes, prestándole al entorno del enfermo una gran importancia en la valoración del cuadro clínico. Asentó, así, lo que es convencionalmente llamado “holismo” en la medicina. Si bien el holismo es parte de la filosofía griega como un todo y abarca mucho más allá del arte médico. Por ejemplo, Aristóteles, en *Metafísica*, ilumina esos conceptos <sup>(3)</sup>:

(...) si las partes son anteriores al todo, siendo el ángulo agudo una parte del ángulo recto, el dedo una parte del animal, el ángulo agudo será anterior al recto, y el dedo anterior al hombre; y sin embargo, el hombre y el ángulo recto parecen anteriores: por su noción es como se definen las otras cosas, y son también anteriores, porque pueden existir sin ellas.

Además de eso, y de importancia para la presente investigación, es el hecho de que Hipócrates valoraba la observación cuidadosa, el conocimiento detallado de la realidad del paciente, refutaba la clasificación de la enfermedad diciendo que el médico debería fijarse en el enfermo y no en la enfermedad. <sup>(28, 55, 98 – 101, 116)</sup> Para él, solo el trabajo del médico no era suficiente para la curación del paciente, era necesaria una conjunción de factores y de disciplinas: “La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil. Es necesario que no sólo el médico mismo se entregue haciendo lo debido, sino también el enfermo y los presentes, y que se den las circunstancias externas” <sup>(28)</sup>. Actuar en el momento oportuno era, para el hipocratismo, muy importante, bien como dejar de actuar en el caso de que la acción en sí podría ser perjudicial al paciente, “*primum non nocere*”. En términos generales, para la medicina hipocrática, salud se concebía como la armonía entre los humores, la eucrasia, mientras que enfermedad era la discrasia, o desarmonía. <sup>(156)</sup>.

La escuela de Cnido creció en paralelo con la de Cos, pero tuvo como más grande figura al médico Galeno (nacido en 129 d.C.); actuaba de acuerdo con la visión de que lo tratable era la enfermedad y no el enfermo, clasificando las enfermedades en entidades nosológicas independientes para las cuales se debería buscar el medicamento genérico. El contexto del paciente era débilmente considerado, sea para el diagnóstico, sea para el tratamiento.

El reduccionismo de la visión de la Escuela de Cnido se actualiza en lo que a partir del Siglo XVIII se pasó a llamar alopátia <sup>(87, 91)</sup> y, en el Siglo XX, medicina flexneriana. De la misma manera, la Escuela de Cos y su visión holística se actualizan en la Homeopatía. En ambos casos, las diferencias encontradas en la investigación de una y otra escuela se corresponden biunívocamente a prácticas, principios, objetivos, valores y epistemología de las dos racionalidades modernamente encontradas en la APS de Belo Horizonte. Si se compara lo que Hipócrates dice Sobre la Naturaleza del Hombre <sup>(98)</sup>:

el cuerpo del hombre contiene sangre, flema, bilis amarilla y negra – tal es la naturaleza del cuerpo, a través de la cual se enferma y tiene salud. Tiene salud, precisamente, cuando estos humores son armónicos en proporción, en propiedad y en cantidad, y sobre todo cuando son mezclados. El hombre se enferma cuando hay falta o excesos de uno de esos humores, o cuando este se separa en el cuerpo y no se une a los demás

con lo que define Hahnemann en el Organon <sup>(87, 91)</sup>:

En el estado de salud del individuo, la Energía Vital, inmaterial, como "Dynamis" que anima al cuerpo material (organismo), reina de un modo absoluto y mantiene todas sus partes en proceso vital admirablemente armónico, tanto en sus sensaciones como en sus funciones, de tal manera que el espíritu dotado de razón que habita ese organismo, pueda disponer libremente de ese instrumento vivo y sano para alcanzar los más altos fines de su existencia.

Cuando una persona se enferma, esta energía vital inmaterial, activa por sí misma y presente en todas las partes de su organismo, es la que primeramente es desarreglada por la

influencia dinámica de un agente patógeno hostil a la vida. Es solo el principio vital, desarreglado hasta tal estado anormal, el que puede proporcionar al organismo las sensaciones desagradables que experimenta y lo inclinan a los procesos irregulares que denominamos enfermedades.

Se percibe claramente que ambos autores conciben de forma muy parecida la dinámica del proceso salud / enfermedad.

Es interesante el visible acercamiento que tienen textos que no son ortodoxamente considerados del área de salud con la Escuela de Cos y, posteriormente, con la Homeopatía, como es el caso del siguiente texto apócrifo de los años de preludio del cristianismo <sup>(61)</sup>:

[Jesús] Prosiguió todavía y dijo: 'Por esto enfermáis y morís, puesto que practicáis lo que os extravía. Que quien pueda comprender comprenda. La materia engendró una pasión carente de la semejanza, puesto que procedió de un acto contra natura. Entonces se produce un trastorno en todo el cuerpo. Por esto os dije: Estad en armonía (con la naturaleza), y si no estáis en armonía, sí que estáis en armonía ante las diversas semejanzas de la naturaleza. Quien tenga oídos para escuchar, que escuche.'

Las contextualización histórica de la divergencia entre las escuelas médicas, de Cos y de Cnido, que atravesó los siglos en occidente<sup>13</sup>, es importante para que esta tesis pueda establecer un nivel de discusión más profundo para intentar, después de hacer las correlaciones pertinentes, explicar las diferencias significativas entre la resolución de problemas por parte de los especialistas en Homeopatía y Salud de la Familia, la percepción que los respectivos pacientes tienen de esa percepción y el porqué los indicadores oficiales se han mostrado tan diferentes para una y otra especialidades.

Resumidamente, Dias <sup>(55)</sup> divide a las dos escuelas en una tabla, presentando

---

<sup>13</sup> En oriente, la Medicina China parece estar de acuerdo con la medicina hipocrática, explicando la "fisiopatología" en función del equilibrio de los elementos, lo mismo ocurriendo con la Medicina Ayurvédica.

algunos puntos clave, pero no de manera exhaustiva, para comprender las diferencias entre ellas (adaptada):

**Tabla IV. Comparación entre las dos principales escuelas médicas de occidente.**

	<b>Escuela de Cos</b>	<b>Escuela de Cnido</b>
<b>Salud</b>	Armonía	Normalidad
<b>Enfermedad</b>	Descripción individual	Clasificación
<b>Objeto</b>	Organismo y enfermo	Órganos y enfermedades
<b>Contexto</b>	Fuerte	Débil
<b>Visión</b>	Holística	Reduccionista
<b>Receta</b>	Dieta	Medicamento genérico

Adaptada de Aldo Farias Dias, Fundamentos de Homeopatía <sup>(55)</sup>.

Saber quiénes fueron los autores verdaderos de cada texto del *Corpus* o si incluso algunos médicos de la Escuela de Cnido son autores de diversas páginas del Cuerpo Hipocrático, como se propone por veces <sup>(98, 158)</sup>, es irrelevante para este trabajo. Lo que parece cierto es que dos racionalidades médicas ya se contraponían desde los albores de la civilización occidental y que esa contraposición, al no ser “maniqueísta”, y si dialéctica, comprende siempre grados mayores o menores de sobreposicionamientos. Regístrese que no todos los autores están de acuerdo con que las divergencias entre las dos escuelas se daban por motivos epistemológicos; para esos autores, los desacuerdos se darían por disputas personales <sup>(158)</sup>. No se abordará esa polémica.

Crear instrumentos de medición que permitan a la sociedad y a los gestores de salud elegir el modelo más adecuado de atención a la salud pública y a la salud individual debería estar entre las primeras preocupaciones de las academias, de los políticos, de los científicos, de los gestores y de toda la sociedad en general.

Eso no es, empero, lo que la investigación bibliográfica para la presente Tesis reveló. *The Lancet* <sup>(171, 184)</sup> abogó claramente por el fin de la Homeopatía y reportó en otro artículo las crecientes presiones en contra de la Homeopatía en Reino Unido <sup>(167)</sup>, cuyo mercado (relacionado a la Homeopatía) mueve 38 millones de libras esterlinas. No fue una fácil tarea buscar subsidios para la investigación; gran parte de lo que se encontró parece terminar categóricamente condenando a la Homeopatía por, supuestamente, no ser “científica” (pero fueron considerados). La medicina alopática fue apodada de científica y reclamó la exclusividad del término en un proceso histórico que acá se describe. Además, se encontró que el artículo de la revista *The Lancet*, ampliamente utilizado para combatir el crecimiento experimentado por la Homeopatía en Europa en los últimos años, es un gran sesgo metodológico, porque no compara la real metodología homeopática con los tratamientos alopáticos, sino que utiliza los métodos de la investigación alopática para negar la homeopatía. Algo como usar un barómetro para medir la temperatura y llegar a la conclusión que la temperatura no existe, o que es obra del azar o de la imaginación <sup>(120, 129)</sup>. Una interesante consideración epistemológica levantada por Penrose <sup>(155)</sup> en el mundo de la física podría ser utilizada por analogía. Él considera que el criterio de Karl Popper para la admisibilidad científica de una teoría propuesta, que esta sea refutable experimentalmente, es una “visión demasiado estricta de la ciencia en este mundo moderno” e ilustra con varios ejemplos de la física contemporánea, situaciones en las cuales no se puede cumplir con la premisa popperiana, pero que las teorías no pueden dejar, y no dejan, de ser científicas por ello.

Para Vithoukas <sup>(193 – 194)</sup>, “la verdad está en el camino del medio”; proponiendo que hay espacio para las dos racionalidades médicas. Es un hecho que el propio Hahnemann <sup>(87, 91)</sup> orientaba a que se separaran los casos quirúrgicos, no estando estos aptos para tratamiento homeopático.

Se partió de una base un poco diferente a la que se suele partir cuando este polémico tema ve la luz, las raras veces en las que lo hace. En general, lo que se

discute es tajante: “la Homeopatía no es científica, y por eso no debe ser empleada como instrumento en la salud pública” <sup>(184)</sup>. Si bien en Brasil esa racionalidad terapéutica es oficialmente aceptada como especialidad médica desde 1979 y forma parte de la política oficial de Gobierno <sup>(19)</sup>, de hecho se constató en esta investigación que poca atención le es dispensada, existiendo los servicios actuales en función de presiones populares (y de algunos profesionales esporádicos en sus demandas). Como se ha visto en los resultados presentados, la dificultad encontrada por los pacientes que quieren hacerse tratar con la Homeopatía ilustra esa poca atención. La investigación presente trató de obviar ese callejón sin salida que es el debate puesto en términos de “científico x no científico” y usó instrumentos rigurosamente científicos para medir el resultado final de uno y otro método de tratamiento.

Para ello, se deparó con otras dificultades. En primer lugar, las dos racionalidades tienen definiciones y criterios diferentes e incomparables de salud, enfermedad y curación y discursar sobre ello sería volver a la senda de aquel callejón sin salida [si bien el paradigma homeopático parece mucho más afecto a los principios del SUS que el alopático <sup>(104)</sup>]. Así es como apareció la idea de medirlo según criterios impuestos por los gestores a las dos prácticas, caso del Índice de Resolución de Problemas y según los criterios de quienes son, en último análisis, los mayores interesados en toda la discusión sobre salud pública o individual: las personas, los pacientes, la sociedad, el público. Establecido eso, las primeras incursiones sobre el campo de investigación mostraron que la participación de los pacientes no debería restringirse al cuestionario elaborado en la academia. Dos motivos llevaron a esa conclusión: en primer lugar, se notó que muchas veces lo que el paciente entrevistado quería decir era diferente de las múltiples opciones de respuestas predefinidas que el cuestionario poseía. Se percibió que el peso de la autoridad del médico, en muchos casos, dejaba a los pacientes constreñidos a dar respuestas que los podrían dejar mejor parados ante los profesionales que los atendían. La segunda razón fue la constatación de que la visión amplia de los entrevistados no cabría en los límites del cuestionario, por más amplio que ese

pudiese ser. La riqueza de las opiniones de pacientes y gestores fue, entonces, registrada en entrevistas en profundidad que se mostraron muy reveladoras de lo que se estaba estudiando. De esa forma, la investigación pudo trascender infructíferos, apasionados y hasta dogmáticos debates y dar a la luz unos resultados que verdaderamente pueden contribuir para la elección del mejor modelo de salud para el SUS y para la formación de médicos generalistas, según las exigencias de las CNS y los principios de Alma Ata.

De hecho, esa intención encuentra eco en las palabras de la OPS: <sup>(70)</sup>

Las autoridades sanitarias deben tener capacidad para incentivar la investigación y el uso de sus resultados en el proceso de tomada de decisiones, bien como para desarrollar y usar soluciones innovadoras en salud pública cuyo impacto se pueda medir y evaluar. El desarrollo de esta función requiere alianzas estratégicas entre los diferentes actores del gobierno y de la sociedad, para definir una agenda estratégica de investigaciones que les de apoyo a los procesos de tomada de decisión en el ejercicio pleno de la autoridad sanitaria. Se estimulan a los procesos de participación activa para la formulación y uso de las investigaciones, garantizando su calidad y oportunidad.

Una vez que los pacientes son libres para elegir una u otra especialidad, residen en los mismos barrios, concurren a las mismas UBS y son tratados por el mismo SUS, las muestras de pacientes son, en principio, comparables. Pero cabe aclarar que algunas diferencias tienen que ser tomadas en consideración si alguna vez se amplía el alcance de la investigación. Algunos programas existentes dentro del PSF, como control de diabetes e hipertensión y vacunación están más a cargo del equipo de salud de la familia que de los homeópatas; además, por lo que se puede notar de los datos de la SMS, en promedio, el médico de Salud de la Familia atiende a un número más grande de pacientes por día. Ambas diferencias han de considerarse en caso de alcance correlacional o explicativo. Esto, en principio, podría quitar validez a los grupos cuando se los quiera comparar.

#### **IV.A) El Cuestionario**

El cuestionario estructurado (Anexo A) contó 34 entradas de datos en total, incluyendo los datos de identificación del entrevistador, la especialidad y el Centro de Salud del profesional evaluado. Si bien los pacientes entrevistados firmaron un consentimiento informado (Anexo B), no es posible identificar nominalmente las respuestas dadas, vinculándolas a cada participante. Las informaciones fueron cruzadas y no se percibieron sesgos relacionados a entrevistadores, a los profesionales y tampoco a los entrevistados capaces de funcionar como variable extraña, distorsionando los resultados obtenidos. A pesar de que el instrumento no se mostró totalmente eficiente para medir la percepción de la resolución de problemas, lo que fue interpretado, en líneas generales, como reflejo del temor de algunos pacientes ante la autoridad del médico y que motivó la realización de las entrevistas en profundidad, en varias respuestas se presentaron diferencias significativas entre pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia las cuales son claves para la interpretación de las percepciones de los pacientes sobre la resolución de sus propios problemas de salud.

**Preguntas 3, 4, 5, 6, 7 y 8:** Las preguntas de 3 a 8 buscaron establecer si los dos grupos de encuestados son comparables, se refieren a cuestiones de validez interna de la investigación.

La pregunta 3, sexo de los pacientes, no presentó diferencias significativas entre los grupos estudiados.

La pregunta 4, edad del paciente, en principio era una pregunta que permitía respuestas totalmente abiertas, lo que se mostró impracticable a la hora de computarse los datos. Se procedió a la recodificación de las respuestas en cuatro grupos, 0 a 12, 13 a 18, 19 a 60 y mayores de 60 años. Aún así, se constató que 12,5% de las casillas tenían una frecuencia esperada menor que 5. Con esa

advertencia de una posible indicación de sesgo, pero, aparentemente, irrelevante para la investigación como un todo, se llegó al dato sorprendente de que los homeópatas tienden a tener más pacientes de 0 a 12 años que sus pares de Salud de la Familia. La sorpresa se da por la razón de que la puericultura y control de niños sanos es una de las actividades precisadas como función definitoria de la ocupación del médico generalista. ¿Por qué los responsables por esos niños prefieren llevarlos a médicos homeópatas? No se ha podido responder.

La pregunta 5 sobre quien responde a la encuesta mostró una diferencia significativa que es una consecuencia de la diferencia encontrada en la pregunta anterior. Como los homeópatas tienen proporcionalmente más pacientes niños que los médicos de Salud de la Familia, menos responsables contestaron al cuestionario en del lado de esta última especialidad.

La pregunta 6 no presentó diferencias estadísticas y se refería al grado de instrucción del paciente. Esta pregunta, a ejemplo de la número 4, fue también recodificada para permitir menos categorías de respuestas. En este caso, 16,7% de las casillas presentaron frecuencia esperada inferior a cinco. Se debe registrar el relativo bajo nivel de escolarización de los pacientes entrevistados, sean de Homeopatía, sean de Salud de la Familia. En total, 89,2% de ellos fueron clasificados en la categoría de educación primaria (completa o incompleta).

La pregunta 7, que se refiere al nivel de escolarización del responsable por el paciente, no debe ser considerada porque el número de personas que la contestaron no fue suficiente para el análisis estadístico. Los detalles ya se han propuesto juntamente con la presentación de los resultados.

La pregunta 8 no presentó diferencias estadísticas cuando se indagó sobre el nivel de ingreso económico de la familia. Con el euro cotizado a 2,80 reales, aproximadamente, las respuestas se dieron en base al salario mínimo en Brasil que, a la época de la investigación valía 380 reales. La mayoría de las familias cuyos miembros fueron entrevistados cobraban, según las respuestas, entre 1 e 3 SM.

**Pregunta 9:** ¿Esta fue su primera consulta con este médico? El objetivo de ese cuestionamiento fue prevenir el sesgo de que alguno de los dos grupos hubiera tenido menos tiempo de tratamiento con los médicos evaluados. No hubo diferencia entre los grupos.

**Pregunta 10:** ¿Cuánto tiempo esperó para conseguir la consulta? Esta pregunta, que se refería a cuestiones de acceso a los servicios de APS, tuvo una diferencia muy significativa ( $p < 0,000$ ), con los pacientes de Homeopatía contestando que deben esperar más tiempo que los de Salud de la Familia. Ese es un problema conocido de los gestores de salud en Belo Horizonte y que no parece tener una solución a corto plazo. De hecho, los últimos aprobados en concurso público para ocupar el cargo de médico homeópata no fueron nombrados, como informó en entrevista la coordinadora del PRHOAMA. El 53,5% de los pacientes de Salud de la Familia consiguen consulta en el mismo día y el 27,1% de dos días a una semana. En ese mismo período, solamente el 14,1% y el 20,5% de los pacientes de Homeopatía lo hacen, mientras que el 34,6% de ellos demoran más de un mes para conseguir una consulta. Toda esa espera no tiene, aparentemente, reflejo sobre la percepción de la resolución de problemas por parte de los pacientes de Homeopatía.

**Pregunta 11:** Esta pregunta, sobre el tiempo de espera para que sean atendidos, una vez habiendo programado con anticipación y llegado al Centro de Salud (CS) para la consulta, reveló que los pacientes de Salud de la Familia deben esperar mucho más por la consulta. 46,2% de los pacientes de Homeopatía esperan menos de 10 minutos y otros 30% de 10 a 20. En esos dos períodos de tiempo, únicamente 14,6% y 22,4% de los pacientes de Salud de la Familia, respectivamente contestaron ser ese su tiempo de espera siendo que, de ese grupo, 21,6% esperan de 30 minutos a 1 hora y el 23,4% más de una hora. Ningún paciente de Homeopatía dijo esperar más de una hora. Sin embargo esos números podrían ocultar un sesgo, si se fija en la pregunta anterior. Como gran parte de los pacientes consigue consulta en el mismo día, podría ser que, al responder la

pregunta, ellos hayan computado el tiempo de su espera desde el momento de su llegada al CS, pasando por todos los procedimientos antes de conseguir la consulta, hasta el momento en el que efectivamente entraron en el consultorio.

**Pregunta 12:** ¿El tiempo que el médico le dedica es suficiente para entender a sus problemas? Ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos, han contestado que sí.

**Pregunta 12.a:** ¿Durante las consultas el médico pregunta en detalles sobre su familia? El 59,3% de los pacientes de los especialistas en Salud de la Familia contestaron que sí, mientras que 95,5% de los que concurren para ver a los homeópatas confirmaron la respuesta ( $p < 0,000$ ). Usar el término “en detalles” tiene la importancia, en esta y en las preguntas que le siguen, de remarcar para los pacientes que no se refería el entrevistador a simples fórmulas lingüísticas de cortesía, pero sí a una legítima preocupación profesional por conocer más profundamente la realidad de vida de los *usuários*. El contraste en las respuestas a esa pregunta es casi paradójal, pues prácticamente 40% de los pacientes de los “médicos de familia” dijeron que no son inquiridos sobre sus familias. Ese es uno de los presupuestos de la existencia del PSF <sup>(42 - 43, 118)</sup> y era de esperarse que los pacientes percibieran más la atención dispensada a sus familias. Se debe también destacar que casi la totalidad de los pacientes de los homeópatas encuestados afirmó que sus médicos se preocupan en preguntarles sobre sus familias. Eso está de acuerdo con los principios hipocráticos y también con los homeopáticos. Hahnemann siempre insistió en que se diera atención a la familia del enfermo y a todo su entorno <sup>(84 - 86, 88, 93, 95)</sup>.

**Pregunta 12.b:** ¿Durante las consultas el médico hace preguntas sobre sus sueños, miedos, deseos? De los pacientes de Salud de la Familia, 22,4% contestaron sí a la pregunta, en comparación con los 83,6% de los de homeópatas ( $p < 0,000$ ). Una vez más, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en una pregunta aborda un tema que, en principio, debería ser importante para las dos

racionalidades. El *Conselho Regional de Medicina* de Minas Gerais<sup>14</sup>, en una de sus publicaciones afirma <sup>(139)</sup>:

(El profesional) pudo haber investigado todas las enfermedades anteriores, sus fechas y sus evoluciones, los hábitos de vida, lo resultados de exámenes ejecutados, las cirugías, etc. y pensar que logró una historia clínica perfecta, cuando en realidad está a medio camino, pues que los acontecimientos que registró, además de su ocurrencia objetiva, tuvieron también su faz subjetiva, que no fue llevada en consideración. O sea, que ellos fueron vividos por el paciente, despertaron en él sentimientos, expectativas, temores y otros que hicieron con que en su interior haya transcurrido otra historia, no de hechos, pero de experiencias emocionales.

(...). La enfermedad como síntoma es una abstracción, aunque una abstracción útil. Su realidad no es una vivencia, no es un examen de laboratorio. Es una experiencia cualitativa, por más que los médicos insistan en verla cuantificada (...).

Esa publicación citada fue enviada a todos los médicos de Minas Gerais, en el año 2005. Es de pensarse que la mayoría de los profesionales cuyo desempeño se evaluó, haya recibido una copia. Además, siendo un libro oficial del CRM, los valores contenidos en él son también oficiales.

En el caso de la Homeopatía, además de lo que el homeópata estudió en la Facultad de Medicina, también aprendió, en el postgrado, a investigar esas instancias del sufrimiento humano. La presente investigación parece indicar que los seguidores de esta última especialidad indagan más frecuentemente a sus pacientes acerca de esos aspectos que sus colegas especialistas en Salud de la Familia.

**Pregunta 12.c:** ¿Durante las consultas el médico quiere saber en detalles sobre otros problemas que Ud. ya tuvo? Pacientes de Salud de la Familia contestaron sí 81% y de los homeópatas, 98,5% de las veces ( $p < 0,000$ ). Esta pregunta visaba a saber si la preocupación del práctico iba más allá del motivo de consulta

---

<sup>14</sup> El "Colegio de Médicos" en Brasil.

inmediato, relacionando el estado que el paciente presentaba entonces a sucesos anteriores en su vida. Prácticamente se desconoce algún libro de semiología que ignore esta materia <sup>(118, 179)</sup>, motivo por el cual se hizo la pregunta. La diferencia y el nivel de significado fueron sorprendentes; otra vez, se esperaba no haber diferencias entre las dos especialidades, debido a la naturaleza y la particularidad de cada una de ellas.

**Pregunta 12.d:** ¿El médico quiere saber en detalles su manera de vivir? Contestaron sí: pacientes de Salud de la Familia el 43,3% y de Homeopatía el 88,1% ( $p < 0,000$ ). Esta pregunta complementa a la anterior en la preocupación de ir más allá del motivo de consulta e investigar los hábitos de los pacientes, así como su ambiente. La diferencia es que esta pregunta apuntaba más al presente que al pasado de la vida de los pacientes. Siendo propio de la labor del médico generalista la convivencia con su comunidad y la expectativa de un cierto grado de inserción en el cotidiano de esa comunidad, se decidió complementar a la pregunta anterior con esta. En otra admirable diferencia, se ha revelado la realidad de que los especialistas en Salud de la Familia, a pesar de que estuvieran a por lo menos un año y medio en las comunidades, indagaban significativamente menos a sus pacientes sobre sus formas y hábitos de vida que sus colegas homeópatas.

**Pregunta 13:** ¿El médico le presta atención a lo que Ud. habla? Con  $p > 0,152$ , no hubo diferencias con significado estadístico a esta pregunta. Eso es positivo para los efectos de esta investigación, porque las diferencias encontradas no se pueden, así, atribuir a una falta de percepción de escucha, si bien saber escuchar podría ser uno de los elementos que ayudan a resolver problemas de salud.

**Pregunta 14:** ¿Ud. cree que él entendió sus problemas? 94,10% de los pacientes de los médicos especialistas en Salud de la Familia contestaron sí, mientras que lo hicieron el 100% de los pacientes de la Homeopatía ( $p < 0,05$ ). Como no es siempre que el paciente siente que su médico comprendió sus problemas, esta oportuna

pregunta sigue la línea de investigación sobre la resolución del problema teniendo como paso previo la interacción entre médico y paciente con la necesaria empatía entre ambos. El porcentaje para ambos grupos es, aparentemente, alto. Pero hay una diferencia significativa entre estos y todos los pacientes de especialistas en Homeopatía a quienes se les hizo la pregunta relataron que sus médicos entienden sus problemas. Interesante este fenómeno, porque, como se discutió, la Homeopatía no clasifica las enfermedades, no trabaja con entidades nosológicas predefinidas. Trabaja con cada individuo como sujeto único y su padecimiento como algo muy personal. Los especialistas en Salud de la Familia tienen una visión más cercana a la Escuela de Cnido, por lo cual es fundamental para su trabajo que el diagnóstico se encaje en alguna clasificación, de preferencia sindrómica, para posibilitar la elección del tratamiento genérico para la enfermedad, independiente del individuo. Las respuestas podrían sugerir que para el paciente no tiene tanta importancia la clasificación de su padecimiento, pero sí la noción de que el médico ha podido captar su esencia.

**Pregunta 15:** ¿Él te examina bien? Para el 95,40% de los pacientes de Salud de la Familia y para el 100% de los pacientes de Homeopatía la respuesta fue afirmativa ( $p < 0,05$ ). Se buscó explorar en esta pregunta la sensación, considerada positiva para la comprensión y resolución de problemas, de ser bien examinado. Los libros de semiología y de clínica médica <sup>(110, 118, 179)</sup> hacen siempre hincapié en esa necesidad, así como los de Homeopatía insisten en explorarse bien el paciente <sup>(111)</sup>. Lo interesante es que, a pesar de que la Homeopatía no hace exploración física en la totalidad de las consultas, todos los pacientes se sienten bien examinados. Quizás la forma de abordaje, siendo detallada, aunque, a veces, solo verbal, signifique para los pacientes una sensación de ser bien examinados. La presente investigación no explotó esa senda en el campo, pero no deja de ser un campo de interesantes preguntas.

**Preguntas 16, 17, 23, 24:** ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud? ¿Explicó bien el médico los problemas que Ud. tiene? ¿Cuándo Ud. lo necesitó, sus

problemas fueron resueltos? ¿Le gusta su consulta? ¿Su forma de atender es buena? No hubo diferencias significativas en las respuestas a estas preguntas. Sin embargo estas preguntas fueron muy significativas para el camino de la investigación. En el estudio piloto, estas preguntas muy directas, que confrontaban los pacientes a sus médicos, hicieron percibir, por lo que decían los entrevistados, fuera de las múltiples opciones de respuesta, que sus opiniones no eran exactamente aquellas que ellos daban como respuesta. Por ese motivo se decidió hacer las entrevistas.

**Pregunta 18:** ¿Ud. cree que las explicaciones sobre la receta son completas? Contestaron sí el 100% y el 95% de los pacientes de Homeopatía y de Salud de la Familia, respectivamente ( $p < 0,05$ ). Recetas pueden ser un verdadero cuchillo de doble filo, pues una mala orientación sobre ellas podría invalidar todo el trabajo anterior de anamnesis, exámenes y empatía. Si el paciente no entiende lo que se le receta, el tratamiento podría verse comprometido. Recientes investigaciones (147 - 148, 174 - 175) mostraron que los pacientes de la Homeopatía son menos inclinados a la automedicación o a la indicación de sus medicamentos a parientes y amigos. Comprenden que la medicación tiene un alto grado de personalización y parecen respetar las indicaciones. La comprensión sobre las explicaciones acerca de la receta y su naturaleza es, así, muy importante.

**Pregunta 19:** ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre la receta? No hubo diferencias significativas a esta pregunta, lo que es una aparente contradicción con los hallazgos de la pregunta anterior. Tal vez el dúo de preguntas 18 y 19 hubieran debido ser reformuladas.

**Pregunta 20 y 21:** ¿Cree Ud. que las explicaciones que él dio sobre los exámenes complementarios son completas? ¿Entendió Ud. las explicaciones sobre los exámenes complementarios? No hubo diferencias significativas para las respuestas a ninguna de las dos preguntas que buscaban explotar, en la línea de las dos anteriores, los sucesos per-consulta que pueden, en teoría, tener efectos

en la resolución de los problemas. Al analizar estos resultados, se deben tener cuidado, una vez que, como se nota en la Tabla I, ambas presentan un porcentaje algo superior al 30% de datos perdidos. Si el médico se decide por solicitar un examen complementario porque cree que su resultado podría tener consecuencias sobre el desenlace del problema y quiere la participación activa del paciente en el tratamiento, es importante traducir en un lenguaje accesible los motivos de la solicitud y sus resultados. Esa idea guió la formulación de preguntas de tal naturaleza.

**Pregunta 22:** ¿Con Ud., cree que el médico es educado? Estadísticamente los dos grupos son básicamente semejante, casi iguales (significancia con corrección de Yates = 1), por lo que se pudo excluir el posible sesgo de que el temperamento personal de los profesionales determinara la percepción de resolución de problema.

**Preguntas 25, 26 y 27:** ¿El médico le gusta a Ud.? ¿Si lo pudiera hacer, Ud. cambiaría de médico? ¿Indicaría Ud. ese médico, si pudiera, a sus parientes y amigos? Ese trío de preguntas merece atención especial, porque, en conjunto con las 16, 17, 23 y 24, determinaron la decisión de incluirse en esta Tesis las entrevistas en profundidad. Para interpretarlas más completamente, es importante recurrir al fruto que han generado: las entrevistas.

La 25 es la pregunta más directa y que más potencial de intimidar a los pacientes tuvo, según las evaluaciones durante el piloto. Además de prestarse a confusiones en su entendimiento. En ella no hubo diferencias estadísticas apreciables. A pesar de que, en las entrevistas, algunos pacientes han dejado la impresión de que su opinión podría ser diferente en el caso de los especialistas en Salud de la Familia, eso no se firmó como regla y, de una manera general, dejaban trasparecer una opinión favorable. La posibilidad de diferentes interpretaciones a esta pregunta hizo de ella una pregunta no muy adecuada.

La 26 y la 27 fueron un intento de “sensibilizar” las respuestas a la pregunta 25, preguntando lo mismo por vías indirectas; eso es, una evaluación sobre el

profesional en sí. Ambas representaron momentos claros de posibilidad para que los pacientes manifestaran de una u otra manera su grado de satisfacción con el tratamiento, entendiéndose que querer cambiar de profesional significa insatisfacción y que indicar el profesional a otras personas es un signo indirecto de satisfacción. Su éxito en la medición fue parcial. En la 26, sí fue la respuesta de los pacientes de Homeopatía en 3,90% de las veces y en 13,80% de los de Salud de la Familia ( $p < 0,05$ ). O sea, aunque afirmen que el médico les gusta, significativamente más pacientes de Salud de la Familia, si tuvieran la oportunidad, cambiarían de profesional asistente. En la 27, las respuestas fueron afirmativas en 100% de los casos de pacientes de especialistas en Homeopatía y en 94,5% de los de Salud de la Familia. En esa situación, el cálculo de  $\chi^2$  presentó una significancia de  $p = 0,032$ , pero la corrección de Yates la redujo a  $p = 0,064$ , dejando dudas sobre el verdadero significado de la diferencia, desde un punto de vista estadístico.

Para la investigación como un todo, esa duda es muy pequeña. Las entrevistas refuerzan el significado de esa diferencia encontrada, mostrando una satisfacción significativamente más grande por parte de los pacientes de Homeopatía que de los de Salud de la Familia.

Estas últimas preguntas ponen luz también sobre las otras que motivaron las entrevistas. En el caso de la pregunta 26, el 13,80% de los pacientes de médicos de Salud de la Familia cambiarían de médico si pudieran, a pesar de que el 96,5% de esos mismos pacientes, cuando confrontados con la pregunta 16, ¿Él lo ayuda a resolver sus problemas de salud?, dijeron que sí; en la 23, ¿Cuándo Ud. necesitó de ese médico, sus problemas fueron resueltos?, 95,5% contestaron que sí; en la 24, ¿Le gusta su consulta?, afirmaron que si, les gustaba, 97,2%; y a la cuestión 25, ¿Le gusta ese médico?, 97% dijeron sí. (En ninguno de los casos hubo significación estadística con la diferencia de respuestas positivas de los homeópatas). Así, el cuestionario se mostró un instrumento que necesita ser perfeccionado para medir la percepción de resolución de problemas de salud por parte de los pacientes de médicos de Salud de la Familia y de Homeopatía, porque exige un cruce de datos

muy grande, inclusive su contraste con las entrevistas. El cuestionario no responde directamente a la hipótesis investigada. Pero no es un instrumento falso o que invalide la investigación o sus conclusiones; al contrario, son preguntas importantes, porque permiten poner en perspectiva la evaluación crítica de los entrevistados y da más densidad a la investigación, una de las ventajas de asociación de metodologías cualitativas y cuantitativas <sup>(75)</sup>.

**Preguntas 28 y 29:** ¿Conoce Ud. el equipo que trabaja con su médico? ¿Y Ud. cree que el equipo ayuda o dificulta? Significativamente más pacientes de Salud de la Familia conocen a los equipos que trabajan junto a sus médicos, pero en ninguno de los dos grupos se pudo notar que los equipos son una influencia negativa para la labor de los profesionales. Justamente esas preguntas, siendo la 28 una “preparación” para la 29, buscaban el posible sesgo de que un mal desempeño del equipo de salud pudiera ser perjudicial para la evaluación de la especialidad en la resolución de problemas de salud. No hubo sesgo, aparentemente.

#### **IV.B) La Producción**

Los datos informados por la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte muestran que la especialidad Homeopatía tiene una diferencia significativamente superior a la especialidad Salud de la Familia, según el IRP.criterio del Ministerio de Salud de Brasil.

Ese Índice no es más que el porcentaje de pacientes atendidos por un servicio o profesional de salud y no derivado a otro servicio o profesional, como ya se ha explicado. Al atender a un paciente y no derivarlo, el SUS considera que el problema del paciente quedó “resuelto”, o que por lo menos ese servicio o profesional no sobrecargó a los otros niveles del Sistema. Es evidente que ese criterio está sujeto a críticas, porque el hecho de no derivar no guarda relación necesaria con el de resolver el problema que llevó en primer lugar la persona a

buscar auxilio. Agravando la situación del Índice, está la práctica muy difundida de computarse a las personas que concurren a las reuniones (con los más diversos fines, como planificación familiar, orientaciones sobre alguna patología, puericultura, hacer actividad física etc.) en las Unidades Básicas de Salud como “pacientes”. Está claro que es poco probable que alguna de las personas que concurren a esas charlas sea derivada a otro servicio o profesional del SUS, excepto en casos puntuales. Ese posible sesgo, no medido por la presente investigación, mejoraría la valoración del trabajo de los médicos del PSF según ese Índice oficial. El Índice es también “acrítico”, no permitiendo discusiones sobre lo que sería “resolver” los problemas de salud de una persona o una comunidad, o lo que el propio paciente entiende por resolver su problema, pues su visión puede ser diferente de la visión del médico o del sistema.

Con todo, y aunque de manera grosera, se puede medir y comparar el desempeño de los servicios o de los profesionales con ese Índice. Así se admitan las fallas, cuando un gestor se encuentra con que un profesional tiene, hipotéticamente, índice de 95% y otro, en condiciones similares de trabajo, del 70%, puede, en principio, interesarse por investigar esa discrepancia. Para la presente Tesis, el posible sesgo positivo mencionado en favor de los especialistas en Salud de la Familia, no fue suficiente para borrar la significación estadística de la diferencia entre esos profesionales y los homeópatas en relación a los Índices presentados (SF: 90,26%, H: 98,28% con  $p < 0,001$ ). Hay que destacarse también que el perfil de los alópatas no es el perfil que se puede encontrar en la mayoría de los Centros de Salud de Belo Horizonte. De hecho, los criterios de inclusión redujeron el número de alópatas estudiados de más de 480 a 80; esa selección se considera positiva para la investigación, porque pudo quitar algunos sesgos, como los de “falta de vocación”, que podría ser invocado si comparáramos médicos de otras especialidades que actúan como generalistas; cambios frecuentes de equipo (hecho por demás común en el PSF lo que lleva a poca vinculación con la comunidad atendida y clasificada por el Sr. Secretario de Salud como el problema más grande para administrar en el SUS de Belo Horizonte, como se verá adelante);

poca experiencia y baja calidad técnica de la mano de obra, caso de los médicos recién recibidos o sin especialidad. Esa uniformización con los homeópatas hizo el Índice más comparable y la comparación más confiable, aumentando la validez interna de las muestras.

Ese primer criterio de comparación muestra como los homeópatas derivan significativamente menos a los pacientes que atienden. Como dato accesorio, se midió el número promedio anual de exámenes solicitados por los médicos de ambas especialidades, con resultados igualmente significativos en casos de exámenes de laboratorio y de radiología<sup>15</sup> ( $p < 0,001$ ). O sea, los datos parecen mostrar que el especialista en Homeopatía resolvería, por el criterio del Índice oficialmente adoptado, significativamente más problemas de salud, ocupando menos los otros niveles de atención del sistema y solicitando menos exámenes de laboratorio y de radiología que las médicos de Salud de la Familia. El costo de la atención y los efectos adversos de los exámenes no son parte del objeto de estudio de esta tesis, pero es posible que los homeópatas resuelvan los problemas de salud a un costo menor y exponiendo menos los pacientes a efectos adversos de los exámenes.

#### **IV.C) Las Entrevistas**

La clave de esta Tesis es la percepción “subjetiva de los sujetos”, dichos pacientes, del Sistema Único de Salud de Brasil sobre como la labor del médico contribuye, si es que lo hace, para la resolución de sus problemas de salud; esa percepción se hace acompañar del discurso de los gestores y de datos secundarios con los cuales trabaja el Poder Público para medir el resultado de sus acciones – gubernamentales, estatales y administrativas – sobre la salud colectiva. Más allá

---

<sup>15</sup> Los motivos por los cuales esas diferencias fueron encontradas no fueron estudiados en la investigación; las comparaciones que se hacen se sostienen en el hecho de que los médicos estudiados, de ambas especialidades, actúan en APS, con realidades semejantes. De cualquier manera, esa podría ser una comparación sesgada.

de la medición hecha con el recurso recién descrito – las encuestas –, están las palabras y las ideas de los seres que contribuyeron para diseñar este fragmento de la realidad captado por la investigación.

La captación de la realidad interior del otro es tema del cual se ocupan algunos grandes de la humanidad, sin, con todo, llegarse a un punto definitivo. La investigación dicha cualitativa reencontró la luz después de décadas de confinamiento, tildada como la hermana maldita de la investigación cuantitativa <sup>(75)</sup>. Hoy día, sobre todo en las ciencias sociales e psicológicas, esa metodología está en boga y plenamente reconocida como una de las más importantes herramientas para la descripción de los fenómenos sociales <sup>(168)</sup>. Una de las bases de esta investigación, como ya descrito, es la metodología cualitativa. Al obviar el estéril camino que lleva a ninguna parte que es la discusión sobre el cientificismo de esta o aquella racionalidad médica, se pretende hallar cómo el sujeto, individual o colectivo, ve a sí mismo y a su dinámica salud / enfermedad, sin, empero, pretender definir previamente para esos sujetos lo que es, en términos académicos, esa dinámica. Aquí, lo importante es el verbo como expresión de un “sufrir el mundo”. Como lo propone Aristóteles <sup>(4)</sup>:

Los sonidos emitidos por el habla con símbolos de las *pasiones* del alma, [mientras que] los caracteres escritos [formando palabras] son los símbolos de los sonidos emitidos por el habla. Como la escrita, tampoco el habla es el mismo en toda parte [para todas las razas humanas]. Entretanto, las pasiones del alma, ellas mismas, de las cuales esos sonidos hablados y caracteres escritos (palabras) son originalmente signos, son las mismas en toda parte [para toda la humanidad], como también lo son los objetos de los cuales esas pasiones son representaciones o imágenes.

La metodología – o la aproximación – de interpretación de los textos obtenidos con la transcripción de las entrevistas es, para esta Tesis, la hermenéutica. Decirlo después de citar a Aristóteles es casi una redundancia, pues, como muy bien se sabe, interpretación es lo que significa hermenéutica. Pero, si aquí cabe la

aclaración, es como definición de la forma de aproximación a la comprensión de lo que dijeron los participantes de la investigación, aceptando, previamente las limitaciones de la comunicación. Según Gadamer <sup>(76-77)</sup>:

Por tanto, la comprensión es un juego, no en el sentido de que aquel que comprende se reserva a sí mismo como en un juego y se abstenga de tomar una posición vinculante frente a las pretensiones que le son puestas. Pues aquí, no se da, de ningún modo, la libertad de autoposición, que es inherente al poder abstenerse así y es eso lo que pretende expresar, la aplicación del concepto de juego a la comprensión. Aquel que comprende ya está siempre incluido en un acontecimiento, en virtud del cual se hace valer lo que tiene sentido. Está pues justificado que, para el fenómeno hermenéutico, se emplee el mismo concepto del juego que para la experiencia de lo bello. Cuando comprendemos un texto nos vemos tan atraídos por su plenitud de sentido como por lo bello. Él gana validez e ya siempre nos atrajo para sí, antes mismo que alguien caiga en sí y pueda examinar la pretensión de sentido que lo acompaña. Lo que nos viene al encuentro en la experiencia de lo bello y en la comprensión del sentido de la tradición tiene realmente algo de la verdad del juego. En la medida en que comprendemos, estamos incluidos en un acontecer de la verdad y cuando queremos saber lo que tenemos que creer, nos parece que llegamos demasiado tarde.

Así, es cierto que no existe comprensión que sea libre de todo preconcepto, por más que la voluntad de nuestro conocimiento deba estar siempre dirigida, en el sentido de escapar al conjunto de los nuestros preconceptos. En el conjunto de nuestra investigación se evidencia que, para garantizar la verdad, no basta el género de certeza, que el uso de los métodos científicos proporciona. Eso vale especialmente para las ciencias del espíritu, pero no significa, de ningún modo, una disminución de su cientificidad, mas, antes, la legitimación de la pretensión de un significado humano especial, que ellas vienen reivindicando desde la antigüedad. El hecho de que, en su conocimiento, opere también el ser propio de aquel que conoce, designa ciertamente el límite del

“método”, pero no el de ciencia. Lo que la herramienta del “método” no alcanza debe ser conseguido y puede realmente serlo a través de una disciplina del preguntar y del investigar, que garantiza la verdad.

Tal es la visión de esta Tesis, buscar más allá del “género de certeza”, no mezclándose en las refutaciones epistemológicas pero, sí, buscando el “significado humano especial” de la percepción del propio sufrimiento que es, en suma, la búsqueda de si-mismo. Sin perder de vista lo que dicen Maturana, “lo que se observa depende del observador”<sup>(132)</sup> y Thompson<sup>(186)</sup>:

Una de las cosas que me fascinan en la ciencia, como una actividad cultural, es el modo por el cual las narrativas científicas (y aquí estoy utilizando a propósito un término de ficción) son basadas en conceptos inconscientes de ordenación. Aun cuando un científico cree que está siendo meticulosamente racional, cuando comienza a anotar sus datos y a ordenarlos en una narrativa, los hechos se tornan semejantes a morfemas organizados por una gramática propia del lenguaje de descripciones. Esas descripciones de la “realidad” son las narrativas a que me refiero. El científico no puede huir a las tradiciones de narrativa de su cultura, de aquellas formas de sistematizar los eventos que pueden ser tan simples como al comienzo, el medio y el fin; o en otros padrones cuádruplos más complejos (...).

Ander-Egg<sup>(1)</sup> percibe claramente la dificultad encontrada en el intento de representación de la realidad y la tarea difícil del trabajo hermenéutico:

Nunca en nuestra formulación teórica podemos expresar los hechos como son, ya que no existe un isomorfismo total entre teoría y realidad. La realidad es inefable, esto es, no puede expresarse a través de ninguna lengua; cuando decimos algo sobre ella, las mismas categorías que utilizamos limitan nuestra visión. El pensamiento nunca se ‘corresponde’ con la realidad, ‘porque no somos receptores pasivos de datos sensoriales, sino sus asimiladores activos’, y, al asimilarlos, los organizamos.

Pero Lao Tsé <sup>(114)</sup> parece ser el que más y mejor sintetizó la intuición de que discursar sobre cualquier hecho factual es una paradoja:

El Tao que puede nombrarse no es el Tao eterno.

El nombre que puede nombrarse no es el nombre inmutable.

El que sabe no habla, el que habla no sabe

Se optó por presentar grandes porciones de los discursos de los sujetos entrevistados. Si en un primer momento eso puede parecer arduo, poco después de comenzada la lectura se percibe que es una decisión que, además de preservar la objetividad de lo que se dijo, enriquece el texto, pues son las voces de las personas que viven el cotidiano del SUS. El Sistema existe exactamente para servir y atender a esos personajes y ese es el fundamento de la opción por preservar su discurso tan original cuanto posible (pues habrá pasado por grabación, transcripción y traducción).

#### **IV.C.1) Las Impresiones del Campo**

Lo primero que se hizo sentir durante la investigación en el campo para la entrevista con los *usuários* del SUS fue que era más fácil conseguir entrevistar a los pacientes de médicos homeópatas; y eso sucedía en dos momentos: en primer lugar, fue más hacedero conseguir que uno de esos pacientes concordara en hablar con el investigador y, en segundo lugar, las entrevistas con ese grupo fueron más prolongadas. Los pacientes de Salud de la Familia, además de la resistencia más grande para conceder la entrevista, tendían a ser más lacónicos en sus respuestas. En un primer momento eso pareció un posible sesgo – y aún se podría plantear esa posibilidad – pero la entrevista con uno de los gerentes de Centro de Salud mostró que esa característica no es fija, sino que cambia según el paciente elija uno u otro tratamiento. O sea, parece que la apertura para hablar podría ser influenciada por el tratamiento, y no al revés, como se verá.

De todos modos, fue relativamente fácil conseguir que pacientes de las dos especialidades hicieran sus declaraciones. Para cada Centro de Salud, las condiciones objetivas (local, iluminación, tono de voz, ruidos, entrevistador) para todos los pacientes entrevistados fueron mantenidas tratando de no dejar que ellas influenciaran en las respuestas. Hubo siempre buena aceptación y comprensión por parte de los gerentes responsables por las Unidades. La conversación casi siempre se inició de la misma manera, aclarando lo que era la entrevista y que la negativa en participar no traería ninguna consecuencia para el paciente. Después se pasaba a preguntas que existían en el cuestionario estructurado, como cuánto tiempo había llevado para conseguir una consulta con aquel profesional y el tiempo de espera después de llegar al dispensario. Esas preguntas no hacían la entrevista abierta, pero eran una forma de comenzar de manera más o menos igual todas las entrevistas y, a partir de entonces, dejar que cada una tuviera vida propia. Las entrevistas eran terminadas cuando los pacientes, siempre estimulados a acrecentar alguna consideración, demostraban que no querían decir nada más.

#### **IV.C.2) Pacientes de Salud de la Familia**

Los pacientes de los especialistas en Salud de la Familia presentaron las diferencias más evidentes en relación a lo que contestaron en las encuestas piloto y las entrevistas. De hecho, fue ese el grupo responsable por los grandes cambios que se hicieron en la encuesta, inclusive en la decisión de “abrir” la investigación con las entrevistas en profundidad, en lugar de hacer una encuesta semi-estructurada, con una o dos preguntas abiertas. Como se observó que la riqueza de opiniones de los pacientes iba mucho más allá de las preguntas que se harían, se decidió por darles voz.

En las entrevistas, como regla, esos pacientes se declaraban satisfechos con las consultas de los profesionales, decían que querían a sus médicos, pero en la

conversación daban a entender o se lo decían claramente que la atención era por demás dirigida al motivo de consulta.

Véase, en primer lugar, la entrevista TGDTQspx06<sup>16</sup> que muy bien ilustra ese comportamiento de los entrevistados<sup>17</sup>:

P: ¿Ud. Cree que sus problemas, cuando Ud. hace el tratamiento con [el médico], son resueltos? ¿Él la ayuda a resolver sus problemas de salud?

R: Ayuda. Seguramente me ayuda.

P: Si pudiera, ¿Ud. cambiaría de médico?

R: Seguramente. Creo que sí. En esas cuestiones, así, como se dice, hay momentos en los que se necesita con urgencia (...) no sé, así, si pudiera...

P: ¿Ud. cambiaría?

R: Cambiaría.

P: ¿Ud. Lo indicaría el médico a sus amigos y parientes?

R: Sí. El médico, si.

P: ¿Durante la consulta, el médico le pregunta sobre otros temas de su vida, como su familia, su forma de vivir, otras quejas que Ud. pueda tener, sobre su infancia, otras enfermedades del pasado?

R: No. Seguramente, no. Es solo aquello sobre lo que vine a hablar, lo que siento en aquel momento, lo que le vine a contar. Si vine por un problema, hablo solo de él. Por ejemplo, si viene por un problema ginecológico e intento hablar de un dolor de cabeza que puede ser algo, él no me oye.

---

<sup>16</sup> Por motivos de sigilo, las entrevistas fueron codificadas, los médicos fueron tratados siempre con género masculino y los pacientes, con el femenino.

<sup>17</sup> Considérese P como pregunta y R como respuesta.

P: ¿No la oye? Explíqueme un poco más sobre eso, entonces.

R: No sé explicar.

P: Explíqueme a su manera, no hay problema.

R: Así, por ejemplo, hoy vine para una consulta por una cuestión ginecológica mía. Hace ya dos años que tengo eso, vengo siempre al médico por eso; vengo y no se resuelve nada. Le pregunté si me puede solicitar, siento mucho dolor, si me puede solicitar, así, un examen de orina, porque uno siente. Él dijo que no hay necesidad. Pero mi problema no se resuelve.

P: ¿Entonces ese problema no fue resuelto?

R: No así, de inmediato, tenés que esperar. Él me dijo que volviera en tres meses, con el remedio que me recetó, pero ya hice la experiencia y no está resolviendo nada, así, como quiero que resuelva, entendés? Entonces, por ejemplo, fui a hablar con él ahora, demoré un poco más por eso, porque estábamos hablando y él estaba diciendo que no había necesidad. Que mi examen, que otra médica que fijó, mi marido llevó el examen, dijo que tenía infección, pero él cuestionó, dijo que no tenía infección, así no entiendo, así, no entiendo diagnóstico entre comillas, entonces él dijo que no había necesidad de recetar una pomada por causa de nada. Pero yo siento los dolores, yo siento otra molestia, entonces yo le fui a pedir a él para ver si hay alguna manera de que él me pida un examen de orina, porque hace tiempo que lo hice, él me dijo que no hay necesidad.

P: ¿Y si Ud. le pregunta otras cosas, él no la oye?

R: No me escucha, ¿entendés? Él me habla, me dice qué es lo que tengo que hacer, como uso el medicamento y listo. No profundiza.

P: ¿Y cómo se siente, así, sin esa profundización? ¿Ud. cree que su problema se puede resolver sin esa profundización?

R: Seguramente, no. Porque es conversando que nos

entendemos, como se dice. Él es el médico, está allí para escuchar, intentar orientarnos. En ese sentido, tengo lo que reclamar, como la pregunta que me has hecho si no tenía qué decir, cuando necesito, vengo, pero no soy del tipo que viene a pelear, discutir, entendés?

P: ¿Ud. cree que si el médico escuchara más esas cosas que Ud. tiene para hablar le ayudaría más a resolver sus problemas?

R: Seguramente. A veces uno pasa por problemas en casa, tiene problemas, otros problemas que vienen aconteciendo, como en mi caso, por ejemplo. Creo que son más, así, unos factores de depresión, algo así, ¿sabés?, porque mi problema, yo creo, que es porque él, te voy a decir de una vez lo que es. Es mi menstruación que se atrasa, queda unos tres meses, cuatro meses sin venir, entonces ya estoy hace unos tres años en esa lucha y nadie resuelve nada. Ellos no me dicen así, mirá, vamos a derivarla a un psicólogo, una persona que conversar, tratar de entender. Porque las personas dicen eso, ya vi a personas experimentas diciendo que eso también se resume a una depresión, algo que... uno no tiene acceso a eso. Debe ser esa falta de conversación.

P: Hay una apertura del médico para escuchar ese lado suyo?

R: No, no hay.

Ese ejemplo de percepción de los *usuarios* del SUS es de importancia clave para la comprensión de la Tesis ora desarrollada. El comienzo de la entrevista es el patrón que se percibió en el piloto de la investigación: un claro intento de “hacer buena figura” en relación al profesional evaluado; luego, con la distensión de la entrevista, el sujeto se vuelve más flexible y revela sus verdaderas percepción y opinión. *In casu*, la entrevistada dice explícitamente que le gusta el médico y que lo indicaría a otras personas, a pesar de que también dice que cambiaría de profesional si tuviera la posibilidad. Se podría proponer que eso se debe a un juicio algo flojo de la entrevistada, o a su dificultad de comprender el núcleo de lo que se evalúa. Pero una mirada más allá de las apariencias revela que el

entendimiento es preciso y que la aparente vacilación inicial es, en realidad, un incómodo natural por verse confrontada con la posibilidad de criticar una autoridad. Luego, con el relajo, las impresiones que transmite la paciente son precisas en relación a la aprehensión de su realidad. La paciente dice que su problema no se resuelve y que vuelve a consultar por el mismo padecimiento por dos años, pide el médico que solicite un examen de orina, clama por alguna solución, pero no ve avances en el tratamiento. Cuenta aún que cuando intenta “profundizar” la consulta, el médico simplemente “no oye”. Por fin, relaciona el sufrimiento a “problemas en casa” que tendrían influencia sobre su menstruación.

La entrevista DTCJ04 sigue una dinámica semejante sobre la evaluación inicial positiva del profesional seguida de un cambio de posición aparente, manifiesta en una crítica:

P: ¿Ud., siente que el médico escucha todos sus problemas?

R: Sí, él se brinda para escucharme.

P: ¿Y él entiende sus problemas?

R: Últimamente, sí, está entendiendo.

P: ¿Por que últimamente?

R: Uno llega así, para... diciendo lo que siente y él, al final, entiende con atención

P: ¿Y sus problemas de salud son resueltos?

R: Sí.

P: ¿Ud. lo indicaría a otra persona?

R: Puedo indicar, sí. Es un buen médico

P: Y si pudiera cambiar de médico, ¿lo haría?

R: Sí. Cambiaría porque es necesario resolver de verdad y a veces eso no es resolver como uno quisiera.

Se notó que los pacientes entrevistados tienen más de una manera de usar el término “resolver” en relación a lo que les mueve hacia una consulta. No es el objetivo de esta tesis determinar la “noción epistemológica natural” que tienen los pacientes, pero estudios anteriores <sup>(147)</sup> sugieren esa dicotomía y van un poco más allá, mostrando los posibles paralelismos entre esa “visión natural” y la epistemología homeopática <sup>(104, 49)</sup>. Sea como sea, se apreció esa posible división, como si el paciente entendiera que, con *ese* profesional, o con *ese* sistema, *aquella* resolución era la *posible*, pero que no le es totalmente convincente. Como dice la paciente, “a veces eso no es resolver como uno quisiera”. El verbo en el modo condicional refleja una mezcla de deseo, frustración y resignación; ese tono, a la par de lo que se dijo antes sobre como traspareció la alternancia de opiniones durante las entrevistas, también fue un hecho frecuente en las otras entrevistas con los pacientes de Salud de la Familia.

Nótese la entrevista DTCJ01:

P: Y de los problemas de salud que pueda tener Ud., ¿cuando viene, son resueltos?

R: Hasta el momento, pienso que sí.

P: OK.

R: Voy a comenzar con ese médico de ahora, entonces... Creo que hace... Nosotros conversamos sí, sí hay tiempo, pero en el dispensario, los médicos que atienden son... no malos, pero no es una atención que te da toda la atención que vos necesitás. No sé si es porque es una cosa para nosotros que es gratis, pareciera que no hay tanto interés. Donde nosotros... Acá tengo el control de tensión, es muy bueno, tiene incluso el remedio... (...).

P: ¿Como es la cuestión de la atención que Ud. decía?

R: Muchas veces uno conversa con el médico y no tiene la atención que necesita.

P: ¿Por qué es así?

R: No lo sé, eso viene del médico... que veo que él no tiene interés de ver todos los nuestros problemas. No sé si es por la situación de que es gratis, si el tiempo es poco, todo eso influencia, porque el tiempo no es suficiente... No es suficiente para llegar hasta vos, y si yo necesito de dos especialistas, todo demora más. Es que somos muchos, ¿no? Es mucha gente para atender... Para ser atendida en esta situación, entonces el tiempo no es suficiente. De esa forma, no hay aquella atención especial que es necesaria (...).

Esa paciente pone el foco en la falta de una “atención especial” y la falta de tiempo para justificar su disconformidad con lo que experimenta en la consulta. Estimulada a describir lo que piensa de esa falta de atención, dio una respuesta in poco cíclica, pero dejando claro que siente la falta de “algo”. La supuesta falta de tiempo en las consultas de Salud de la Familia específicamente y de la alopátia, en general, cuando comparadas al tiempo de una consulta homeopática es un argumento informal frecuente en Brasil, suponiéndose que más tiempo significaría más y mejor comunicación, o posibilidad de comunicación. Hasta una de las gestoras entrevistadas ha señalado esa posibilidad como un dato positivo para la Homeopatía, o un posible sesgo en la investigación; pero ese no fue un argumento que se escuchó a menudo en las entrevistas y, como se vio, en las encuestas no hubo diferencia significativa en la entrada 12 que pregunta si el tiempo que el médico dedica al paciente es suficiente para escuchar y entender los problemas. De cualquier forma, la cuestión del tiempo es recurrente en medicina, sin que se haya podido llegar a ninguna conclusión sobre si hay o no un tiempo ideal para consulta, variando mucho la opinión de cada profesional <sup>(59)</sup>. Además de eso, Starfield <sup>(177)</sup> llama la atención para el hecho de que no hay estudios que permitan saber si “los médicos que proveen mejor atención primaria en general también tienen mejores habilidades de comunicación”. Eso no obsta la percepción vulgar de que la comunicación es clave para la relación terapéutica. De hecho, la paciente de la entrevista TGDT03 al ser preguntada cuál sería el motivo de no tener plena sensación de resolución de problema, dice: “(...) creo que es necesario haber más dedicación con el paciente, saber escuchar, preguntar, hacer preguntas y esas cosas, tener más cariño con el paciente, creo que eso ayuda

mucho". Así, más estudios son necesarios para determinar el exacto rol del tiempo y de la comunicación en los resultados prácticos de la atención médica, sobre todo en Atención Primaria, pero el sentido común no debería dejar de ser considerado.

La paciente de la entrevista DTCJ06 relativiza la cuestión tiempo x eficiencia y hace otra proposición de interés:

P: ¿Ud. cree que el médico entiende sus problemas?

R: Yo creo que sí, entiende... Pero este problema no está resolviendo, ¿no? Porque vengo hace más de dos meses y mi problema no se cura. (...)

P: ¿Y Ud. cree que el tiempo que el médico dedica para escucharla es suficiente para entenderla?

R: Él demora mucho tiempo con uno en el consultorio. (...) A veces soy yo la que no tiene paciencia de quedarse. Pero él se toma mucho tiempo con cada paciente dentro del consultorio.

P: ¿Y en ese tiempo Ud. cree que la entiende?

R: Ah! Hubo una época en la que él concluyó así: '¿Qué hago?' E yo dije: 'Ud. es el que tiene que descubrir, no soy yo la que tiene que descubrir; si yo tuviera que descubrir, no necesitaría venir hasta acá, me quedaría en casa, yo mismo descubriría mi enfermedad'. Quien debe descubrir es el médico, no uno mismo. Entonces él agarró y me dio un medicamento. Pero el problema es que el medicamento que él me pasó, no curó, siguió lo mismo. (...) Sé que es un médico muy bueno, para mí, yo creo. Pero el problema es ese, lo que sucede, no sé si... de los remedios.

P: ¿Si Ud. pudiera, cambiaría de médico?

R: Ah! Si fuera para un médico bueno, si descubriera lo que uno tiene, cambiaría. A veces el examen que se hace con un médico... ellos dicen que no es nada. Ya otro dice que sí... Pero el problema que siento no quiere curar. Entonces, ¿qué es eso? Quisiera saber. Hago el examen y ellos dicen que no es nada, no tengo nada, pero uno sabe que tiene. Eso me gustaría saber el porqué.

P: ¿Ud. ya hizo cuántos exámenes para ese problema que tiene?

R: Ah... fueron... con esta vez, fueron tres.

P: ¿Y qué respuesta le dan?

R: Recetan remedios, yo vuelvo y digo: 'no curó. No quiere curar. No consigo dormir.' Entonces, me dan otro remedio, ahora mismo vine y me dio otro remedio para descubrir (...). Y nunca curó, la cosa no quiere curar y sigue igual. Es eso lo que me gustaría saber, porque los remedios que te dan son para curar, ¿no?

La otra cuestión relevante que esa paciente formula es el rol de los exámenes complementarios y la interpretación por los médicos. Esta Tesis descubrió que, a pesar de los pedir menos frecuentemente, los homeópatas tienen mejor evaluación global. O sea, no hay relación, en el presente estudio, entre solicitar análisis laboratoriales o radiológicos y la sensación de resolución de problemas de salud por parte de los pacientes. Pero más significativo aún en la entrevista es la diferencia entre médico y paciente cuando entre ellos está el método complementario. La paciente relata lo que dice el médico, cuando interpreta los resultados: “no es nada”, pero ella no acepta esa visión técnica, porque para ella, “algo” está mal. Para esa paciente, que también dice que el médico es “muy bueno”, parece residir en ese hecho, es decir, en la discordancia entre lo que siente y lo que el médico interpreta – con la consecuente falta de éxito en los tratamientos propuestos. Según López <sup>(118)</sup>, “Número elevado de esos exámenes es realizado para suplir las deficiencias del examen clínico decurrentes de la incapacidad técnica de quien lo realiza o de la manera displicente o apurada como lo conduce. En esas circunstancias, el diagnóstico médico es incompleto y las relaciones paciente–médico son precarias, independiente de la cantidad o de la eficacia de los exámenes complementarios de diagnóstico empleados”. En la TGDTDQ06, la paciente dice que no entiende bien las explicaciones sobre los exámenes, a lo que se le indagó si vuelve a pedir más aclaraciones al médico y ella dice que no, porque “uno hace de cuenta que entendió, porque a veces ponen

cara de que no quieren explicar, algunos médicos, no todos. Pero algunos, sí". La pregunta era centrada en su relación con su médico específicamente, y su respuesta trató el problema de manera general, quizás demostrando la dificultad de criticar directamente el profesional por quien tiene sentimientos innegablemente positivos. Aun así, es como si los exámenes pertenecieran al médico, o al mundo de entendimiento del médico; indagar, cuestionar, podría ser visto como un desafío a la autoridad. La paciente parece no sentir el examen como algo suyo.

La entrevista TGDTBX004 fue una de las más largas para pacientes de Salud de la Familia y la paciente aborda también la cuestión de suficiencia del tiempo, habiendo participado de una consulta de una hora y media, pero, al final, habla de lo que cree ser el origen de sus padecimientos y que nunca encontró espacio durante las consultas para contar al médico. Además de eso, revela como se da su acceso a los exámenes complementarios, prestando un poco de luz sobre los motivos, a la par de lo que dijo Lopez <sup>(118)</sup>, de que se encontrara con esa alta proporción de pedidos de métodos complementarios de diagnóstico por parte de los especialistas en Salud de la Familia:

P: ¿Ud. cree que sus problemas de salud son resueltos aquí por el médico? Sus problemas de salud, él...

R: Sí, todo. Si no resuelve aquí, derivan a otra parte. Por ejemplo, me operaron de las dos rodillas (...). La gente aquí me trata muy bien. Demasiado bien. Me operaron una rodilla el 2002 y la otra el 2006.

P: ¿Ud. cree que el médico presta atención a lo que Ud. dice?

R: Sí, es muy atencioso.

P: ¿Y el tiempo que dedica a escucharla es suficiente para entender sus problemas?

R: Sí. (...) Hubo una consulta que yo tardé una hora y media con el médico.

P: ¿Aquí?

R: Sí, yo estaba muy mal, yo estaba... estoy mejorando... no sé si me estoy curando. (...).

P: ¿Ud. cree que el médico cuando la escucha, entiende sus problemas?

R: Sí, creo que sí.

P: Cuando tiene algún problema, cuando hace el diagnóstico, cuando ve lo que Ud. tiene, ¿él le explica cuál es el problema?

R: (...). No, no me dice. No entiendo mucho, es muy confuso, no entiendo esas cosas. (...).

P: ¿Cuándo le pide que se haga un análisis, le explica?

R: Explica... dice que tengo que hacer... Le dije que quería hacerme un examen de sangre y él me dio el papel. (...)

P: ¿Y normalmente es Ud. quien pide para hacer exámenes?

R: Sí, le pido yo.

P: (...) Ese que Ud. tiene en las manos...

R: Es que le pedí porque estoy necesitando de hacer un examen de sangre, porque ellos piden examen de sangre, pero no piden triglicéridos, entonces voy a hacer todo.

P: ¿Y fue Ud. quién le pidió?

R: Sí, yo le pedí.

P: ¿Y él acepto hacerle la solicitud?

R: Aceptó.

P: Él le pide acá nueve tipos de exámenes de sangre, orina y de heces, ¿no? ¿Fue Ud. quien los pidió?

R: No, pedí un examen de sangre y él puso todo.

P: Entendí. ¿Ud. se quejó de algo relacionado a orina, heces, algo así?

R: No. Porque cuando me operaron del útero, me suspendieron la cirugía porque tenía infección en la orina, ¿no? Así, de vez en cuando, me piden examen de orina.

P: ¿Cuánto tiempo hace eso?

R: Tres años.

P: Hace tres años. Pero ahora, de esta vez, ¿Ud. siente algo específico en relación a la orina o a las heces?

R: No (...).

P: ¿Y cuando Ud. trae los resultados, como de estos que pidió ahora, él le explica los resultados?

R: No... me dice que los resultados están mejores de lo que pensaba.

P: Ok. ¿Ud. cambiaría de médico o está satisfecha con este?

R: Ah... Podría cambiar, si fuera uno que nos atendiera más... pero es muy bueno... (...).

P: ¿Si tuviera la oportunidad, lo indicaría a parientes y amigos?

R: Es muy bueno, piola... (...).

P: Le hago una última pregunta: ¿Él le hace preguntas sobre la familia?

R: No.

P: ¿Sobre los miedos, sueños, su forma de vivir? ¿Sobre problemas que tuvo Ud. en la niñez?

R: No. (...) Más relacionado a lo que estoy sintiendo...

P: Bueno...

R: (...) Sabés que mi hijo trabaja en la \_\_\_\_\_. Está con problemas de dinero, perdió... Me pidió prestado, le doy más de la mitad de lo que cobré. Así me tratan mis hijos... vive en mi departamento, cerca de mi casa, ni a mi casa me va a visitar... así me tratan... (...) yo una vez pedí dinero prestado, no me prestó, ni apareció... así me tratan...

P: ¿Sobre esas cosas el médico ya le preguntó o conversó con Ud.?

R: No.

P: ¿Entra en esos detalles?

R: No, ellos de eso no hablan.

Empíricamente se sabe que muchos de los exámenes solicitados por los médicos se dan en situaciones semejantes a la que informó la paciente. Muchas veces, la solicitud de esos procedimientos pareciera ser una mezcla de ejercicio de autoridad con una forma de seducción de los médicos hacia los pacientes. Siendo así, es evidente que se trata de una perversión de la relación médico – paciente, con impactos negativos para ambos y para el sistema de salud como un todo. No se encontraron datos de estudios controlados que aclararan la importancia y el impacto posibles de dicha práctica. Una vez más, apareció en esa entrevista una situación clave en la vida de la paciente, con potencia suficiente para, por lo menos, hacer pensar sobre la influencia de esa situación – relación conflictiva con los hijos – y varios trastornos descritos por la paciente. Los puntos de destaque de esa entrevista se repitieron en otras. También en la entrevista TGDTDQ02 la paciente elogia mucho al médico y relata todo el histórico de buenas relaciones entre los dos, para después decir que no tiene apertura para hablar con el profesional sobre sus cuestiones sentimentales e familiares más íntimas y que si tuviera esa posibilidad, se sentiría más liviana, “porque hay momentos en los que estoy tan angustiada, pero tan angustiada, no consigo desahogar ni siquiera con mi mamá, con nadie, es muy, muy raro que desahogue con alguien. Lo hago más con mi hermana mayor, ella me entiende más que mi familia, mi mamá, mi papá (...). Sería muy bueno [si el médico abriera espacio para que me desahogara], pero él no pregunta, no hace nada”. No se encontró, en las entrevistas con pacientes de Salud de la Familia, quien se considerara totalmente contenido por su médico de cabecera.

En TGDTDQ08, la paciente elabora más sus creencias y percepción con referencia

al padecer y a como los médicos y el sistema actúan:

(...) como en mi caso, que tengo fibromialgia, yo sé que es una enfermedad de fondo psicológico, entonces eso resuelve más que cualquier remedio. (...) por lo menos los médicos en general, que no son psicólogos, psiquiatras, ese tipo de cosa, ellos no abordan ese lado. Así, yo ya no espero eso de él, porque ya sé que no ocurre (...). La salud no es sólo... cuando uno está enfermo sólo por cuestión física, es mucho más psicológica, es una coyuntura mucho más del cotidiano, que te lleva... el estrese, el cansancio, la cosa que va a desencadenar la enfermedad, pero entonces es una secuencia, que no sirve de nada tomar un remedio como tomo yo, en quince días me siento mal otra vez porque la causa no fue resuelta, sólo estoy haciendo un paliativo... acá el remedio sólo es un paliativo para el dolor inmediato, pero la causa misma no se resuelve. Excepto si es una gripe, una cosa así más... pero aún así, muchas veces incluso la gripe es... no es sólo una gripe, ¿no? Se ve que puede... que acá no se resuelve. Porque yo me resfrié por mucho tiempo así y era estrese, cansancio y de esa forma, no se resuelve...

La paciente se mostró capaz de gran elaboración sobre su propio sufrimiento, llegando a profundizarse y a verbalizar hipótesis relativamente complejas sobre la diferencia entre paliación y la búsqueda de causas originales. ¿El Sistema como un todo, y el Salud de la Familia en particular, serían capaces de dar respuestas para ese nivel de complejidad? ¿Por lo menos el Sistema comprende que esa elaboración es más compleja que un examen técnicamente de avanzada? Pacientes como esa parecen decir que no a las dos indagaciones.

Algunas pocas entrevistas estuvieron completamente fuera del patrón, como la DTCJ05, en la que la paciente dice, al ser preguntada sobre si el médico la escucha: "No". En seguida se pregunta si ella cree que el profesional la comprende y, con igual respuesta negativa, se pregunta el motivo, a lo que contesta: "Porque a veces hablo de lo que siento y él cree que no es verdad. Creo que por esa parte él no escucha." Ese tipo de respuesta llana y negativa de ninguna manera fue la regla, apareciendo en pocas situaciones y sin que hubiera un profesional relacionado a ella con más frecuencia. Por otro lado, ningún paciente de

Homeopatía dio alguna respuesta de esa naturaleza.

Las demás entrevistas con pacientes de Salud de la Familia han resultado en consideraciones muy parecidas a las expuestas hasta aquí. Como el criterio de interrupción de las entrevistas fue la saturación, no se extenderá por más páginas la transcripción de tales entrevistas.

### **IV.C.3) Pacientes de Homeopatía**

Los pacientes de los médicos especialistas en Homeopatía se diferenciaron de aquellos de Salud de la Familia en el primer acercamiento por aceptaren más prontamente participar de la investigación. En general sus entrevistas fueron un poco más extensas y más ricas de consideraciones sobre la dinámica salud – enfermedad, la relación médico – paciente, y sus propios roles en el proceso terapéutico, al que hace pensar en los términos de la Declaración de Alma Ata <sup>(152)</sup>: “autorresponsabilidad y autodeterminación”. Eso sucedió, sobretodo, con los pacientes que ya concurrían había cierto tiempo a los homeópatas. Con los pacientes de primera consulta no se notaron tanto esas características, a pesar de que se mostraban algo sorprendidos con la forma de la consulta. La primera pregunta que surgió de esa reacción de esos pacientes fue si no habría ahí un posible sesgo. ¿Las personas más predispuestas a tratarse con más ahínco no serían también más predispuestas a buscar la Homeopatía, haciendo con que un eventual éxito de la terapéutica estuviera más relacionado a factores inherentes a los pacientes que a la especialidad? Si bien esa pregunta no se respondió completamente en el presente estudio, y por lo tanto la hipótesis no pudo ser totalmente negada, no se encontró ninguna evidencia de que ese sesgo realmente existiera y uno de los gestores entrevistados relató un cambio de actitud *a posteriori* de los pacientes que buscan la Homeopatía, lo cual está de acuerdo con lo observado. Eso se analizará en mayor profundidad cuando del estudio de las entrevistas de los gestores. Otro dato importante es que ninguno de los pacientes

entrevistados declaró que cambiaría de médico si pudiera y todos indicarían sus médicos a amigos y parientes, con la mayoría diciendo que ya lo hicieron varias veces.

IDTBXN02 fue una entrevista a una paciente que por primera vez buscaba atención homeopática en el Sistema Único de Salud de Brasil y que nunca tuviera antes experiencia con un profesional con esa especialidad:

P: ¿Ud. notó alguna diferencia de la consulta homeopática con relación a las otras consultas?

R: Noté... es más detallada.

P: ¿Como así?

R: Pareciera, así... como si tuviera más preocupación con la persona. ¿Entendés? Se parece más a un... psicólogo que una consulta común, porque generalmente las consultas son simples.

P: ¿Cómo eran esas consultas más simples?

R: ¿Cómo te explico? El médico llega y pregunta: “tenés dolor de cabeza? Tomá una dipirona y chau”. Esta no, él pregunta más, es como si fuera un psicólogo, trata de descubrir el porqué del dolor, de la enfermedad y no simplemente que ella está ahí.

P: ¿Ud. cree que eso [esa actitud] puede influenciar en la resolución de problemas del paciente?

R: Creo que sí.

P: ¿Por qué?

R: ¿Por qué? Ah... Creo que, como yo, tengo síndrome del pánico, y creo así... por ejemplo... sólo me podré curar del síndrome cuando descubra porqué ella aconteció. (...) En mi caso, los medicamentos que tomo me dejan sedada, me siento como un E.T. (...) Mi hermana y mis dos sobrinos están en la Homeopatía y me indicaron. (...) A mi hermana le gusta mucho y mi sobrino mejoró así, noventa por ciento, mucho mejor que con las consultas normales.

Siguiendo las entrevistas, se ve que la comparación con una consulta psicológica es constante. Ese paralelo aparenta ser el mejor recurso de los pacientes para explicaren su percepción de la consulta homeopática. Ese hecho apareció también en un estudio de caso <sup>(148)</sup>. La sensación de que la consulta es “diferente” de las “otras”, dichas “normales”, “comunes”, “simples” también se ve en las otras entrevistas, de forma constante. En la IDTDQ07, se encuentra:

Cuando no es homeopático, que generalmente es un médico común, él... vos generalmente conversás rápido y hablás, él generalmente prescribe lo que te tiene que dar y vos ya salís. Allí, no; vos conversás sobre muchas cosas, es medio que un psicólogo junto. (...) Todo, todo, pregunta de todo. Sueños, lo que yo soñé, de qué tengo miedo, lo que, de todo, cosas que vos nunca pensás que te va a preguntar... conversa y uno... termina siendo una consulta muy informal, es muy piola”.

La entrevistada de la IDTBXN03 llevaba a su nieta para tratamiento con Homeopatía. La niña era tratada por cardiólogo, neumonólogo, psicólogo, psiquiatra, neurólogo en un cuadro evidentemente complejo, al cual, a cada consulta y a cada especialista nuevo, nuevas drogas eran agregadas y las dosis iban en aumento, según contó la abuela. Hacía ya un tiempo que habían procurado la Homeopatía:

[La Homeopatía ayudó] porque ella hacía [los tratamientos con los otros especialistas], entonces ella tomaba Tegretol®, Tofranil®, fenintoina, todos los remedios le quitaban el apetito, ella no comía, no crecía (...). Cuando comenzó el tratamiento con la Homeopatía, ella comenzó a ganar peso, evolucionó (...), se alimenta mucho mejor. (...) [Después de la Homeopatía], tanto el psiquiatra como el neurólogo han disminuido [la dosis del medicamento]. Quien decidió disminuir la dosis no fue el homeópata, fueron los otros especialistas. Ellos decidieron, porque después repitieron los exámenes y vieron que él realmente estaba mejorando. (...)

El homeópata prolonga más la consulta. (...) Busca saber qué ocurre más en el ambiente familiar, cómo es el ambiente familiar, para saber qué es lo que la persona realmente siente. (...)

También en la IDTCJ10, una acompañante informó que un procedimiento anteriormente indicado no necesitó ser ejecutado después que su hija pasó a ser tratada por un homeópata. La niña tenía una indicación de cirugía de amígdalas y adenoides y respiraba persistentemente por la boca. La madre entendió la no necesidad de cirugía, después de su formal indicación, como resolución del problema de su hija. Para ella, el problema mayor era la cirugía y no la hipertrofia<sup>18</sup>. Refiriéndose al médico homeópata, dijo que “él es más dedicado que los otros médicos normales, los clínicos. (...) quiere saber de todo, cómo es nuestro cotidiano. Creo que eso también es importante para saber de su problema. Él todo pregunta, cómo es, cómo no es. Otros no hacen eso... la mayoría no pregunta, preguntan qué le pasa y listo, escriben la receta y listo”.

Podría ser que la percepción de resolución de los problemas después del inicio de tratamiento con Homeopatía, contrastada con fracasos anteriores con la otra racionalidad médica haya contribuido con los números y diferencias significativas encontradas en las encuestas (IDTDQ7):

P: ¿Ud. ya había hecho otros tratamientos que no el homeopático antes?

R: Muchos, muchos, muchos, porque mi problema es medio que alérgico, entonces yo ya fui desde niña... yo tengo ese problema e ya fui a muchos, tomé mucha, tratamiento de años, vacuna, inyección, no sé qué, todo, mucho tratamiento y entonces...

P: ¿Ud. ya tomó medicamentos para alergia?

R: Mucho medicamento para alergia, para... ahí es sinusitis, rinitis, todas esas cosas, entonces en el dispensario cerca de casa que una enfermera me dijo así: “mirá, hay un tratamiento que es homeopático y tal, que mi hija tiene un problema como el tuyo y ella mejoró con él”. Yo dije que iba a probar. Porque yo ya había probado de todo, entonces yo vine, hice y me está gustando porque ese, por lo menos, es un tratamiento que veo

---

<sup>18</sup> No se juzga si la indicación de la amigdalotomía fue correcta o no. Simplemente se presenta la percepción de la *usuaria*.

que me está ayudando. Los otros, así, ayudan, pero vos dejás de tomar y vuelve todo de nuevo.

P: ¿Ud. ya abandonó os otros medicamentos?

R: Sí.

P: ¿Abandonó vacuna, esas cosas?

R: Sí. Aun porqué tratamiento homeopático, vos no podés mezclar dosis, ¿no?, de otros medicamentos con él, sino se corta el efecto suyo, ¿no? Pero yo ya había dejado de tomar, porqué era antibiótico, inicio de antibiótico, entonces era vacuna y era todo mes la vacuna, la cosa no servía para nada, era solo gastar plata, llenarse de remedios a toda hora, y con crisis igual, de bronquitis, sinusitis, de todo, entonces yo dije... ¡Ah!... Ahora, este acá, no...

En otros países se ha encontrado que uno de los principales motivos de consulta con homeópatas es la insatisfacción con tratamientos previos <sup>(128)</sup>, a ejemplo de lo que ya se observó también en Brasil <sup>(147)</sup>, donde Monteiro y Bernstein <sup>(138)</sup> encontraron que el principal motivo por el cual los pacientes del SUS buscan a los homeópatas es por fallas en tratamientos anteriores. Línea semejante sigue la entrevista IDTQsox01, hecha a una persona que iba por primera vez a la consulta:

P: ¿Ud. cree que él llegó a comprender sus problemas?

R: Seguramente.

P: ¿Cuál es su sensación en relación a eso? ¿A la comprensión de sus problemas?

R: Aclaración. Él me dio una luz en la oscuridad. Cosa que yo no tenía idea, él me aclaró allí, ahora.

P: ¿Ud. ya había buscado a otro médico en relación a esos problemas? (Ud. no necesita identificarlos).

R: Sí, ya había buscado.

P: ¿Y qué diferencia percibió Ud. entre la escucha de este y de los otros médicos?

R: Un poco más de atención, él demostró un poco más de interés en mi situación como persona que como paciente, él quiso saber más de mi vida.

P: Explíqueme un poco más.

R: Él quiso... vino de mi niñez hasta los días de hoy, preguntándome los sucesos de mi vida. Por otro lado, el médico convencional me pregunta lo que estoy sintiendo, lo que está pasando, me da el medicamento y se acabó. No quiere saber la razón de ello... le interesa más saber el ahora que saber el porqué el ahora sucedió.

P: ¿Ud. cree que esta forma de abordaje tiene influencia sobre la resolución de sus problemas?

R: Seguramente.

P: ¿Por qué?

R: Porque te pone más a la par de la situación, vos te sentís más persona, más gente, más parte de la cosa. En el otro caso, te sentís uno más, sos uno más que va a buscar la receta allí, buscar a un médico y tomar, buscar un remedio y tomar... Acá no, aquí te hacés más íntimo, una cosa más íntima del médico. El médico te trata como gente.

P: ¿Algo más que le gustaría agregar?

R: Creo haber dicho básicamente todo. Pero ahora yo creo más en solucionar las cuestiones de mi salud de lo que creía antes. Antes yo estaba medio que en un tiroteo de ciegos, ahora no, ahora estoy en un camino que puedo caminar y acredito que me va a ir bien. Porque mucho de lo que él dijo coincidió con lo que me imaginaba y otros ya habían comentado y cosas del género. Ahora tengo una posición oficial [sobre la Homeopatía]: yo la recomiendo. (...) *El médico aclara bien, pero hacés una consulta con otro y no sabés qué sucede, vos seguís con el dolor y el médico te dice que no tenés nada. Pero, sabés, él está allí evaluando un examen clínico, un examen de laboratorio. Este de acá, no. Él va más a la persona, al sentimiento, lo que se pasó, lo que dejó de pasar, el ser humano no es solamente un pedazo de carne, ¿no?"*

Los datos de la Secretaría Municipal de Salud y otros estudios <sup>(128, 174)</sup> dicen que

una de las principales formas de llegar al consultorio homeopático es, a la par con la indicación de conocidos, la derivación de otros médicos. Posiblemente es esa una de las explicaciones del porqué, por lo que se pudo notar de la declaración de varios pacientes de Homeopatía y de algunos gestores, los homeópatas del SUS mantienen por cierto tiempo las prescripciones de otros médicos. Muchas veces, la primera conducta de un homeópata es disminuir hasta restirar las dosis de medicamentos alopáticos, en un intento de *simplificar* el cuadro <sup>(55, 87, 91)</sup>.

Justo y Gomes <sup>(109)</sup>, estudiando las concepciones de los pacientes de Homeopatía en Santos, Brasil, han descubierto que sus conceptos de salud se dirigen a la idea de equilibrio entre factores mentales y físicos en la determinación de las afecciones. Además, determinaron que los motivos principales de búsqueda de tratamiento homeopático fueron insatisfacción con el tratamiento “convencional”, influencia familiar y sugerencias de terceros y que los pacientes señalaban como factor importante para el mantenimiento del tratamiento: los resultados positivos de la terapéutica sin efectos maléficos para el organismo, la visión holística e integradora, su naturaleza preventiva y los costos de la medicación.

De alguna manera, se observó también en este trabajo, que los pacientes expresan su percepción sobre la manera holística con que la Homeopatía dice evaluar sus acciones. La entrevista IDTCJ07 ilustra ese hecho:

P: ¿Ud. cree que el médico comprende sus problemas?

R: Entiende. A veces nos aclara las cosas, alguna cosa así... y aquello vos acabás despertando para intentar responder. Al final, creo que nos aclara las cosas.

P: Explíquenos un poco más eso de “aclarar”, por favor.

R: ¿Como así? A veces vos tenés un problema... ¿Por qué no corrés detrás del problema para poder resolverlo? ¿Entendés? A veces vos... dejá, después resuelvo eso, a veces aquello te da incentivo para no resolver. ¿Por qué no puedo agarrar eso ahora y resolver ya de una vez? Que tener aquello en la cabeza para poder resolver después, cosas simples que podés resolver

ahora y dejás para después.

P: (...) ¿Ud. ve alguna diferencia de la Homeopatía con la otra medicina?

R: Ah... Sí hay, sí hay. Al final es un lado psicológico de uno que vos estás tratando también. No es sólo tu lado físico, vos tratás también el lado emocional, vos tratás todo.

P: ¿Y en la otra medicina?

R: En la otra es sólo lo físico, ¿no? Más, ¿no? (...)

La explicación de Cruz *et al*<sup>(49)</sup> para ese concepto que está reflejado en el discurso de la paciente es que para Homeopatía el *todo* es “un discurso vivo y dialéctico comprendido como una experiencia hermenéutica de semejanza”, lo que podría significar una identidad más palpable entre los entes de la consulta.

Algunos pacientes de médicos especialistas en Homeopatía también consideran que la comunicación y la relación que el médico establece con sus pacientes es importante para la resolución de problemas, como declaró una paciente, entrevista IDTCJ08: “[Es primordial que el médico sea] una persona carismática, atenciosa, que te da atención, te escucha, eso es muy importante para el paciente. (...) [Mi médico] insiste en saber cualquier duda que yo pueda tener, pregunta todo, explica todo, con atención”.

Otra aseveración recurrente en las declaraciones de esos pacientes es que los medicamentos homeopáticos serían exentos de efectos colaterales (aunque no se haya encontrado en la bibliografía afirmaciones técnicas que avalasen la afirmación), y que eso contribuiría para un mejor estado de salud y para el tratamiento. Algunos sugirieron, si bien en términos legos, que esa visión contribuiría para la adhesión al tratamiento. Entrevista IDTCJ09:

P: ¿Qué diferencias ve Ud. entre esa medicina homeopática y la medicina alopática?

R: La diferencia es la siguiente: ellos son unos psicólogos, ellos

hacen una... Conversan con vos, es importante como las cosas van a ser... no es tan rápido como un 'clínico' (...). Y otra cosa, ese remedio no me hace mal al hígado... Tomé un remedio el año pasado, tuve que hacer varios [exámenes para] el hígado. Tuve que mudar el remedio. Él no, sus remedios no hacen daño; podés tomar cuantos sean. Yo ya tomaba muchos remedios, como dije, ¿no? Y los remedios de él no te hacen daño. Mejor, ¿no? Entonces, volvió de nuevo, el miedo de nuevo. Estoy así con miedo, miedo de morir, cuando veo a un fulano que murió... ¡Dios! ¿Será que estoy preparada para morir? Le conté eso a un psiquiatra y él se rió de mí; porque soy creyente, ¿no? Si me deprimó, vuelvo corriendo al homeópata. El psiquiatra atendía y ni conversaba con uno, era entrar, cinco, diez minutos, receta y salir del consultorio. El mismo psiquiatra decía: gente, no tengo tiempo de hablar con Uds.

P: Entendí. (...)

R: Él es casi un psicólogo para mí. Ahora con ese problema que tengo, mala circulación... trato de todo con él.

P: ¿De otras cosas también?

R: Trato. De varias cosas. Tuve una flebitis en la pierna, Dios mío, tuve que tomar tanto antibiótico, tengo miedo de que vuelva... Entonces trato con él... Mi pierna se pone roja, vengo... Él me da una salida. (...) Soy muy seca de vientre y él también me enseña cómo mejorar eso también... confío, como te dije...

Esa percepción del tiempo aparece en otras entrevistas. La IDTCJ10 muestra de nuevo la asertiva sobre efectos colaterales y del tiempo en una consulta homeopática:

La Homeopatía no cansa, no te agota la vida, no agota tu... tu... tu existencia; porque la alopatía cansa, es pesada. Ahí, tu hígado se cansa, tu bazo se cansa. Y la Homeopatía no cansa, es bien liviana. Y cambia el medicamento, si no es el correcto, cambia hasta que da en el grano. Va cambiando el medicamento, va conversando más, profundizando más la conversación, hasta descubrir uno que va bien. El médico se queda conversando con vos, como si fuera así, una persona de dentro de casa. Se sienta con vos, tiene aquél tiempo para vos.

Ahora, la alopátia, no. La alopátia es muy rápida, no te da tiempo para explicar lo que estás sintiendo para que la persona te pueda entender. (...) Yo creo que el homeópata es mejor para entender los problemas, porque el homeópata te trata como a un hermano, como un padre, como una madre. Ahora, el alópata es muy rápido, es una conversación muy rápida.

Se resalta una vez más que la percepción de la suficiencia del tiempo para pacientes de las dos especialidades estudiadas en las encuestas no trajo diferencias significativas estadísticas, en la encuesta cuantitativa. Tampoco esa fue una queja en las entrevistas con pacientes de Salud de la Familia. Pero los pacientes de Homeopatía, refiriéndose a especialistas alópatas con quienes siguen teniendo vinculación, o no, y a médicos generalistas con quienes se hacían atender antes de optaren definitivamente por esa especialidad, con gran frecuencia se quejaron de que con las especialidades alopáticas o aun con Salud de la Familia el tiempo no era suficiente para que se sintieran acogidos. Ninguna conclusión definitiva se puede hacer con el presente estudio, puesto que ese aspecto no formaba parte del escopo de la investigación. Sin embargo, eso podría deberse al hecho de que antes de conocer esa racionalidad médica, los pacientes no tienen mejores términos de comparación; pero, después de comenzaren el tratamiento homeopático, perciben una escucha que para ellos podría ser entendida como más calificada. Quizás. En ningún caso de entrevistas con pacientes de Homeopatía hubo relatos de consultas de una hora y media, como se vio con una paciente de Salud de la Familia. Pero ninguno se quejó del tiempo o de la escucha.

Algunos pacientes ven al médico homeópata, o la especialidad en sí, como dotado de percepciones o capacidades que los otros médicos no tienen (IDTDC01): “[La principal diferencia] es que la Homeopatía, ella entiende más algunos problemas, cuando el médico es más avanzado, él también entiende algunos problemas, como la cuestión del miedo, cuestión de solución de algunas cosas, que los otros médicos, cuestión de sueño... dicen ‘Ah... pero él no duerme, él no sé qué’... Y hacen más que eso, ¿sabés?, no intentan resolver”. Se nota que la exploración de los aspectos mentales de los pacientes en las consultas les causa mucha

impresión. Buscando recursos en las encuestas, se ve que es mucho más raro un especialista en Salud de la Familia indagar sobre esos temas. Quizás ese desuso sea una posible explicación para cómo les llama atención a los pacientes las indagaciones de esa naturaleza. Una de las pacientes, entrevista IDTDQ03, explica eso, desde su punto de vista, diciendo que “Él [médico] hace todo tipo de preguntas (...), desde el pasado, hasta el presente; hace preguntas que son fundamentales para nosotros”. Esa paciente menciona otro aspecto que frecuentemente fue citado por los pacientes de esta especialidad: “Él va haciendo una pregunta, va anotando las cosas, después te pregunta otra cosa, va anotando, presta atención a lo que estás diciendo (...)”. Esa sensación de gran interacción entre los dos polos de la consulta es un hecho significativo en las entrevistas con los pacientes de Homeopatía.

En relación al perfil de los pacientes que buscan la Homeopatía, lo cual no fue un objeto principal de esta investigación, pero que apareció, por causa de la visible, aunque a veces sutil (o inexistente), diferencia de comportamiento al momento de concedieren las entrevistas en relación a sus pares de Salud de la Familia, varios pacientes relataron por si mismos la mudanza de comportamiento con el pasar del tratamiento. En ese sentido, la paciente de la entrevista IDTDQ04 cuenta que era de tener reacciones explosivas, pero que, después del tratamiento:

(...) Yo, exactamente por ese tratamiento con el Dr..., que ya tiene siete u ocho meses, yo consigo ver todo aquello [sus problemas] con paciencia y con pensamientos positivos para mí misma... después llevar una vida sola con decencia y también, así, una cosa que estoy sintiendo es la paciencia para ver la situación del otro lado (...). Ya es medio a través de las consultas, de la medicación que estoy teniendo esa, ese tipo, esa paciencia, esa cosa de no explotar, ¿me entendés? Entonces yo dije, Dios mío, como es bueno para mí, porque yo no esperaba desde la Salud Pública recibir ese tratamiento (...).

Yo creo que... acá afuera el problema que tuve fue que nadie paró para escucharme... pero tuve problema con mis médicos... ahora, sobre todo con el Dr... que es mi médico que me trata, yo no tengo mucho... realmente, cuando llegué para tratarme

con él, yo estaba muy exaltada (...).

Es persona que pongo en mi agenda y digo, mirá, sabés aquél tipo así, mirá, si vos perdistes a tu madre, si vos perdistes a tu padre que siempre conversó con vos y te escuchaba... (...) ni con mis hijos, ni dentro de casa que somos cuatro personas, yo no tengo esa seguridad de conversar, de contar... (...).

Tan tranquila, para poder hablar, porque estoy pasando por una situación muy delicada, no estoy nerviosa, me parece interesante, porque de ser... hace unos tres años, yo no tendría esa paciencia, yo ya habría explotado, habría tirado todo para arriba... Pero recibí el apoyo, el tratamiento, y estoy teniendo esa paciencia de poder estar colocando la cabeza en el lugar, observando qué es lo que voy a hacer, qué es lo que no voy a hacer, ¿sabés?, y así la medicación que él me recetó fue excelente, está siendo excelente (...) yo estoy tranquila (...).

[El tratamiento homeopático] te hace estar bien con vos mismo, con tu auto-estima, vos no tenés preocupación... estoy viendo el mundo cayendo en mi casa pero estoy tranquila y segura de mi misma (...).

Una de las pacientes, de ochenta años, tratada por el homeópata desde hace ocho, explicó la consulta, dando pautas muy acordes a lo que el SUS predica para el PSF (IDTDQ05):

El Dr. escucha, analiza muy bien, pregunta sobre la familia, sobre alimentación, lo que debo hacer, lo que no debo. Si debo aceptar por mi edad que va llegando... van llegando las deficiencias del organismo. (...) Él entiende completamente. Él es parte... es parte de mi familia, porque yo siempre cuestiono cualquier cosa de mi salud, él está a mi lado. (...) Yo confío en él.

Esa misma paciente, al ser indagada sobre si indicaría el médico a otras personas, dijo:

Siempre. Antes de venir, lo indiqué a dos señoras. La niña de una de ellas estaba llorando, entonces yo pasé la mano sobre su cabeza: 'hijita, ¿por qué llorás?', 'tengo dolor de panza, hace ocho días que no voy de cuerpo' e yo le dije: 'andá a hacer una consulta con el Dr. que él te trata con remedio simple, barato y

vos vas a mejorar, vas a ver, él es muy bueno'. Le dije a la madre, ella preguntó cómo se hace, yo dije: 'andá a hablar con aquella señorita, ella es chiquita aun, Ud. va a ver cómo ella va a mejorar'.

La encuesta, al evaluar si los pacientes indicarían sus médicos a otras personas, encontró que 100% de los pacientes de Homeopatía y 94,5% de los de Salud de la Familia ( $p < 0,05$ ) lo harían. En las entrevistas, también se encontró con esa realidad: todos los pacientes de Homeopatía no solamente dijeron que indicarían el médicos como, a excepción de los que no estaban allí por primera vez, dijeron que siempre indican y contaron casos de parientes, amigos o desconocidos a quienes ya habían recomendado el tratamiento homeopático. Con ese número significativo y esas declaraciones, la percepción de que los problemas son resueltos y de que hay una importante contención de los pacientes se hace evidente.

Otro aspecto significativo de la visión ampliamente positiva que se percibió durante las entrevistas con estos pacientes, y que fue abordado en algunas entrevistas ya citadas, es la gradual independencia que los pacientes van experimentando con el progreso del tratamiento. La independencia a veces es encarada como un hecho general, "me siento una persona más libre", "veo una luz sobre mis problemas", "mejoró mi auto-estima", o como una conquista específica por ya no necesitar de un tratamiento que anteriormente había sido prescripto "de por vida", IDTQspx03:

P: ¿Ud. cree que el tratamiento es eficiente para resolver sus problemas?

R: (...) me está gustando mucho, inclusive mi tensión andaba muy alta; después que pasé a tratarme con él, mi presión está controlada. Antes venía día de por medio para controlarme la tensión arterial que era alta. Ahora yo creo que vengo, converso, entonces, así, nos tranquiliza mucho. Estoy libre de la obligación de venir. Entonces mejoró incluso en ese sentido de la hipertensión. Estoy más controlada con él que estaba antes con el otro que receta los remedios y mide la presión. (...) Mi

presión es muy alta, entonces yo estaba tomando remedio que recetan para hipertensión, pero siempre la presión seguía alta. Entonces, ahora, haciendo con él este tratamiento, se concilian las cosas y está controlando más la tensión. Me parece que es el sistema nervioso que hace con que suba la tensión, ¿sabés? Entonces está mejor ahora que controló una cosa con la otra. Es por eso mismo que el clínico general [especialista en Salud de la Familia, médico del PSF] me derivó al homeópata, para ayudar una cosa con la otra.

P: ¿Qué piensa Ud. hoy de la Homeopatía?

R: Mirá, yo nunca me había hecho tratar por la Homeopatía antes, el clínico [Salud de la Familia] que me derivó, porque en relación a un dolor que yo sentía él ya me había recetado, pidió eco, radiografía, hizo de todo y no daba nada, y él dijo: 'entonces te voy a derivar para el médico de la Homeopatía', fue cuando él hizo... Conversó con el otro médico, dijo: 'Mirá, Dr., te voy a pasar esta paciente aquí, porque vos ves, porque ya receté remedio y todo y no tenía mejora, e hizo eco, hizo todo, no daba nada', yo seguía con el mismo dolor (...). Yo pienso que [la Homeopatía] es una cosa buena porque yo mejoré bastante. Cien por ciento de lo que sentía, por lo menos con relación al dolor que me molestaba mucho, yo no siento más ese dolor. Ese fue el motivo por el cual yo vine, que yo lo busqué.

Como se aprecia, la paciente fuera derivada por un dolor, por el médico de Salud de la Familia que ya había solicitado exámenes e intentado con medicamentos, sin éxito. Pero la paciente no destacó ese relevante acaecimiento en primer lugar, no contó que ya no sentía dolor al principio. Lo primero que quiso narrar fue que "también" se vio libre de la hipertensión que la llevaba "día de por medio" al Centro de Salud. En enfermedades crónicas, el sentirse "preso" a un tratamiento que, por definición, no tiene plazo definido, es, por veces, visto como un sacrificio más que deben hacer los pacientes <sup>(109, 140)</sup>.

Del punto de vista de la investigación, fue interesante descubrir, en una de las Unidades de Salud a las que se concurrió, un líder comunitario del barrio que fue el responsable por negociar con la Administración Municipal la implementación de la Homeopatía en su Centro de Salud. Fueron los pacientes entrevistados quienes

sugirieron hablar con el señor, pero, por lo que contaron, el movimiento fue colectivo, y aconteció hace ya algunos años.

R: Entonces, así [con la Homeopatía], mejoró mucho la atención [a la Salud] y él se salió muy bien, ¿él te contó? Entonces nosotros comenzamos la lucha, conversamos con el Distrito [Sanitario, una subdivisión del Sistema Municipal de Salud del SUS de Belo Horizonte] que concordó, entonces nosotros le conseguimos el consultorio y él se quedó. Él hace también otro trabajo, que es dar Educación Física a la gente de la Tercera Edad (...).

P: ¿Ya conocía Ud. la Homeopatía antes de que él viniera para la comunidad?

R: Sí. Inclusive mi padre ya tenía relaciones con ella en el campo, era una estancia... entonces, mi papá tenía un libro de este tamaño, así, porque era por el libro.

P: Interesante. ¿Y cómo fue la aceptación por parte de la comunidad, después que él comenzó a usar la Homeopatía acá?

R: Excelente. Excelente, incluso porqué todo el mundo me pedía, entonces, nosotros le conseguimos el consultorio.

P: ¿Y cómo Ud. percibe la resolución de problemas de la Homeopatía? En relación a la otra medicina, la clínica alopática, ¿Ud. cree que hay diferencia entre ellas?

R: Creo que no, ¿vivo? Creo que no, porque a todos los niños, a las madres, les gusta, la Homeopatía, yo creo que actúa así... más simple, ¿no? Más simple.

P: ¿Como así, más simple?

R: Porque es un remedio sin riesgos, ¿no? Es para que toda la familia tome, la gotita, esa cosa, ¿no? Entonces, les gusta. Les gusta mucho el Dr., ellos apoyan mucho su trabajo.

Ese paciente se refiere a su padre quien, aparentemente, tenía un libro de Homeopatía, viviendo en el campo, y la practicaba allí. Durante años, décadas, en el Siglo XX, los legos mantuvieron la práctica de la Homeopatía en Brasil, en un

período clasificado como de decaimiento <sup>(117, 121)</sup>. Todavía hay en Brasil legos que estudian y practican la Homeopatía.

#### **IV.C.4) Gestores**

Se entrevistaron dos gestores que trabajan en la “base” de atención, *i. e.*, gerentes de Centros de Salud, dos de “nivel central”, una de ellas es corresponsable por el PRHOAMA y la otra, responsable por toda la Atención Básica – incluyendo Salud de la Familia y Homeopatía – y el Secretario Municipal de Salud de Belo Horizonte. Los cinco se mostraron muy receptivos y gustosos de contribuir para una investigación académica y, a todos, el tema y la forma de abordaje de la Tesis resultó interesante, por lo que dijeron y dejaron trasparecer. La idea de entrevistar a los gerentes de Centros de Salud apareció cuando la investigación ya estaba en el campo y los dos entrevistados se mostraron interesados y abiertos para colaborar. Un gerente no quiso dar entrevista, otro dijo no tener tiempo y un tercero no estaba en el CS en el momento de las entrevistas. Los otros tres gestores entrevistados ya estaban previstos en el Plan de Trabajo, mientras que, como ya se ha dicho, otro gestor que debería dar entrevista, actualmente en cargo de Ministro de la Nación, al final no lo pudo hacer, después de haber confirmado la participación.

Las entrevistas con los gestores fueron significativamente más largas que aquellas de los pacientes vistas individualmente hasta este punto. Siempre que necesario hacer una elección, se ha optado por dejar una línea en lugar de cortarla.

Los dos gerentes trabajan en Unidades Básicas de Salud que poseen ambas especialidades y ya trabajaron también en unidades que no tenían atención con Homeopatía, siendo que la primera entrevistada ya se desempeñó en una unidad de nivel secundario, especializada en salud mental y fue quien primero comentó y hechó luces sobre la diferencia de comportamiento en entre uno y otro grupo de pacientes durante la entrevistas:

P: ¿Nota Ud. alguna diferencia entre la resolución de problemas de los médicos de Salud de la Familia y de Homeopatía?

R: Sí. Nos damos cuenta de que la Homeopatía tiene un desarrollo un poco más lento del tratamiento (...) pero la calidad del tratamiento perdura más (...). La alopática [Salud de la Familia] tiene esa cosa del inmediatez (...). Otra cosa es la dificultad con la medicación disponible, porque como la alopática tiene la medicación disponible acá, la persona va allí, recibe la medicación, toma la medicación y problema resuelto, entre comillas, ella piensa así. Ya la Homeopatía, la persona tiene que mandar preparar la medicación. Pero me doy cuenta de que el paciente de la Homeopatía es más estable, se desestabiliza menos que el de la alopática... busca con más regularidad.

P: ¿Diferencias en relación a la satisfacción y la resolución de problemas?

R: Yo creo que [los pacientes] de la Homeopatía... ellos dan un retorno más grande, tienen más facilidad de expresar su satisfacción que aquellos de la alopática. Porque con la Homeopatía, él siente la diferencia y percibe en su vida el cambio. Ya en la alopática, un día él tiene un problema, otro día, otro y otro día viene con otro problema, él no siente esa satisfacción... esa cosa así, de que su problema fue resuelto, él piense que, quizás, algo faltó y, por eso, él tiene que volver... él piensa así.

Esa lectura que la gerente hace de la dinámica de visitas al Centro de Salud, desde “el otro lado del mostrador”, es interesante. Lo que ella dice, es que el paciente de Homeopatía gozaría de la sensación de continuidad o, quizás, de racionalidad en su tratamiento, mientras que el paciente de Salud de la Familia tendría una sensación de fragmentación en su salud y en su tratamiento. El otro gerente de la otra Unidad de Salud, habla de un fenómeno parecido, aunque no haya elaborado tanto su percepción como su colega (en su local de trabajo también hay atención de un médico acupuntor):

(...) yo pienso lo siguiente: los pacientes de la Homeopatía o de la acupuntura, tienen algo diferente que es del punto de su

vista como pacientes, ellos acaban vinculándose más al profesional. Ellos tienen una... una... no sé, parece que tienen una serenidad así, es un abordaje diferente. Y el paciente también, él se da cuenta de eso y termina comportándose de forma también diferente. Rarísimamente vas a ver un paciente, sea de la acupuntura, sea de Homeopatía, un poco exaltado, un poco nervioso, un poco ansioso. Entonces, yo creo que eso tiene que ver con la cuestión de [la forma de] abordaje, de la forma cómo conversás con el paciente, cómo tratás el paciente, en fin. (...) El Programa Salud de la Familia también ayudó a cambiar un poco esa historia, el paciente, hoy día, ya llega diferente a la Unidad [de Salud] y él es recibido también de manera diferente, creo que tiene una cosa más acogedora que es el propio PSF; vos tenés una vinculación, vos conocés un poco a las personas que vos atendés e yo creo que eso también facilita. (...) Pero creo que hay una diferencia que es de la propia clínica [de la especialidad], del abordaje, de la forma cómo son las especialidades.

Y agregó sobre lo que observa en relación a la satisfacción de los pacientes:

P: ¿Cómo Ud. ve la satisfacción de los pacientes de una y de otra especialidad (subjektivamente)?

R: Difícilmente veo a algún paciente quejarse de la atención. Con la acupuntura y con la Homeopatía, no me recuerdo de alguna vez en la que un paciente me buscó para reclamar o para manifestar algún tipo de insatisfacción, sea con el tratamiento, o para desistir, de no haberle gustado, de no adherir, ¿sabés?, [o para decir:] eso no me interesa.

P: ¿Y con Salud de la Familia?

R: A veces, a veces, como es caso de aquél señor, por ejemplo, pero también son casos puntuales.

Con esas declaraciones, la pregunta lógica siguiente fue en relación al proceso de trabajo; o sea (a la gerente):

P: ¿Ud. cree que hay algún resultado práctico para el Centro de Salud contar con un homeópata en la atención primaria?

R: Realmente, mucho. El perfil de la Unidad es totalmente diferente. Yo ya trabajé en Unidad que no tenía Homeopatía y

en esta Unidad que tiene... creo que así, el perfil del homeópata también ayuda, por su interacción con los demás profesionales, inclusive con los funcionarios que faltan menos [al trabajo] para ir a consultas, porqué comenzaron a usar el tratamiento homeopático (...); el médico atiende a los mismos funcionarios y ellos se estabilizan. Es totalmente diferente trabajar en una Unidad con profesional homeópata. (...) Es diferente también [para la Unidad], porque cuando vos derivás [una persona] para la Homeopatía aquella persona se modifica totalmente, ¿no? La persona modifica sus hábitos, sus formas de comportarse, su manera de ser, entonces es muy diferente (...).

P: En la gestión del Centro, ¿cómo es la cuestión de las derivaciones?

R: Es muy pesado de administrar porque la demanda es mucho más grande de lo que puede ofrecer la Secretaría [de Salud], sobretudo en ciertas especialidades. Así, en la Homeopatía no hay ese problema, porque el foco es otro, lo que se intenta hacer es otra cosa... es equilibrar el ser humano. La alopátia crea esa... una demanda para especialidades y la Homeopatía, no crea esa demanda. Yo creo que esa es una parte que ocupa mucho al gerente, que es la cuestión de la especialidad, que genera mucha reclamación, genera mucho problema para la Unidad, el nivel de derivación.

P: ¿Y sobre los exámenes?

R: Laboratorio, radiografía, [la homeopatía] también es mucho menor [el número de solicitudes].

El gerente, por otro lado, relata los cambios positivos que notó en el Sistema y en su trabajo de administrador con la implementación del PSF:

Mirá, creo que la Atención Primaria, el PSF fue una estrategia que es una estrategia muy interesante de hacer Atención Primaria. Creo que los embudos y las dificultades ya fueron más grandes. Creo que a pesar de los problemas que tenemos, que creo que aun es de infraestructura, creo que de grande demanda, de perfil del profesional, pero creo que nosotros, puedo decir que nosotros, puedo decir que hubo una evolución muy grande. Creo que nosotros ya caminamos bastante, creo que cosechamos los frutos del PSF. Creo que la

cuestión del embudo en la demanda fue resuelta... la demanda es una cuestión complicada, es complicada para el servicio, es complicada para el Sistema (...). No tengo muchos problemas con derivaciones y exámenes, excepto para aquellos cuya oferta es pequeña en la ciudad (...). Algunas ecografías, ORL, traumatología... porque traumatología se fragmentó mucho en subespecialidades (...), entonces mano, muñeca, hombro son algunas partes del cuerpo más difíciles.

Significativo el cambio percibido con la implementación del PSF, pero también lo es ese relato de las “subespecialidades” de la traumatología. El SUS de Belo Horizonte tiene profesionales que no solamente cursaron medicina como también frecuentaron una residencia en un hospital acreditado y que, a la hora de desarrollar su trabajo, se reducen a manos, rodillas, hombros, carpos, de forma exclusiva. Los peligros de esa “subespecialización” fueron bastante criticados por Starfield<sup>(177)</sup>.

Dando seguimiento a las declaraciones de la gerente, ella, al final, cuenta cómo se dio su primera experiencia al frente de una unidad que contaba con una profesional homeópata, y cómo fue formando su opinión:

Desde el punto de vista gerencial, yo ya trabajé informalmente con Homeopatía antes en el Centro de Salud (...). La psiquiatra era homeópata y nos dimos cuenta de que también en la salud mental [hubo] un cambio importante en relación al tratamiento de los pacientes con homeopatía. No era oficial, porqué ella trabajaba como psiquiatra y les ofrecía a los pacientes: ‘¿Ud. quiere que intentemos un tratamiento homeopático? Soy especializada en eso.’ Creo que la Secretaría [Municipal de Salud] debería pensar en ese enfoque en la salud mental que es muy importante.

Nosotros nos dábamos cuenta totalmente de la diferencia [de los pacientes] que ella trataba con homeopatía y los que trataba con los antidepresivos estandarizados.

Creo que la cuestión del medicamento es muy importante, porque creo que tenemos algunas zonas de Belo Horizonte que tienen un nivel económico que permite comprar la medicación y otras que, por ejemplo, la Norte, Venda Nova, creo que son

zonas que para los pacientes de ahí, seis reales, siete reales, o diez reales para comprar la medicación homeopática (...) creo que eso perjudica la adhesión a la Homeopatía (...). Entonces yo creo que el suministro de medicación ayudaría mucho para que ese tratamiento fuera más entendido por la población, más aceptado, más divulgado, más bien recomendado para un vecino, una cosa así. Creo que la cuestión de la falta de medicación [homeopática], porque la alopática está ahí, ¿no?, en la farmacia. Entonces, a veces el paciente hace la elección por la alopática, no porque él prefiere la alopática, pero porque él no va a gastar nada. Entonces, él va a la farmacia [de la Unidad], recibe el diazepam y sale tomando, o entonces la amoxicilina, o lo que puede encontrar allí y cree que ya está, ¿no? (...)

Si él [el paciente] tuviera la posibilidad de en la Homeopatía conseguir el medicamento gratuitamente, él se va a interesar más por la Homeopatía. Porque la primera cosa que a veces el profesional tiene que conversar con el paciente es eso. Porque dependiendo de la situación económica de la persona, vas a recetar y no sirve, la persona no va a tomar porque no tiene cómo comprar. (...) Es un medicamento barato, pero barato para mí, para una persona que tiene condiciones [económicas], pero para el *usuario*, a veces va a ser un sacrificio en su presupuesto mensual.

La responsable por el PRHOAMA concuerda con que esa limitación de acceso a la medicación homeopática es un factor que limita el pleno desarrollo de la Homeopatía en la Ciudad de Belo Horizonte. Además, cuenta el proceso de creación de la farmacia homeopática por parte de la Secretaría de Salud que es postergada hace ya algunos años:

P: ¿Administrativamente, desde el punto de vista de la coordinación, cuáles son los problemas que la Homeopatía enfrenta hoy, para crecer en Belo Horizonte?

R: Todavía tenemos un número pequeño de médicos y estamos aguardando que sean nombrados nuevos médicos del concurso de 2006.

P: ¿La Homeopatía tiene algún tipo de problema con la gestión, genera algún tipo de problema, alguna demanda que no pueda ser suplida por la gestión?

R: Mirá, nosotros vemos que la prioridad [de la Secretaría Municipal de Salud] es los equipos de Salud de la Familia, dentro del Programa [PSF] del Ministerio [de la Salud] y de la Secretaría. Esos equipos tienen que ser completados con médicos, enfermeros, técnicos... después vienen la Homeopatía, la acupuntura, que están en los equipos de apoyo, inseridas en el mismo PSF.

P: ¿Y el suministro de medicamentos, es hoy un problema para la Homeopatía?

R: Es un problemas que no hemos podido solucionar. Ya hicimos un convenio con las farmacias privadas, pero el convenio duró alrededor de cuatro años y tampoco funcionó cómo debería. Ese problema va a ser solucionado en la Secretaría de Salud en el momento en que nosotros tengamos una farmacia propia, una farmacia de manipulación. Es más, ese es nuestro más grande deseo. Yo soy farmacéutica homeópata, ingresé por concurso, fui nombrada y vine para la Secretaría para la creación de la asistencia farmacéutica y con el suministro de medicamentos homeopáticos, antroposóficos y fitoterapéuticos.

P: ¿Hay alguna previsión para la institución de esa farmacia?

R: Ya tenemos el proyecto terminado, el costo, la planta, todo. Pero dependemos de la Secretaría determinar [la liberación de] los recursos y de la infraestructura.

El informe de la 12ª CNS determinó, sobre la asistencia farmacéutica homeopática (43):

Los Gobiernos Federal, Estaduales y Municipales deben garantizar recursos humanos, materiales e financieros específicos para su [de la Homeopatía] implantación y para la realización de investigaciones en el área y establecer una política de suministro gratuito de medicamentos homeopáticos para los *usuários* que optaren por esa terapéutica.

A pesar de esa determinación de 2004, se pudo concluir con las entrevistas que en Belo Horizonte poco se hizo para cumplir con esa determinación.

La gerente de toda la Atención Primaria de Salud de Belo Horizonte reconoce la

importancia del PRHOAMA para la ciudad, resaltando la gran adhesión por parte de la población. Ella confirmó las palabras de la responsable por el programa, diciendo que la prioridad del Municipio fue el crecimiento del PSF, con la creación de nuevos equipos. Además, dijo tener conciencia de que lo ofrecido hoy en la ciudad está muy por debajo de lo que demanda la población. Ella también tocó el problema de la ausencia de una farmacia municipal: “(...) no conseguimos resolver algunos problemas fundamentales, por ejemplo, la cuestión del medicamento, no está resuelta.” Resumió la actuación de la actual administración en relación al PRHOAMA con la siguiente frase “Esta gestión pudo mantenerlo [al programa], pero no lo pudo proyectar hacia el futuro”. También el Secretario de Salud hizo consideraciones muy parecidas en relación a la prioridad ser el PSF y, así, haber dejado el programa donde se insiere la Homeopatía en “segundo plano”.

Todos los gestores de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte señalaron que, desde sus puntos de vista, el PSF fue una decisión acertada y que, a partir de su implementación, los indicadores de salud de la ciudad mejoran a cada año. Destacan aun, en relación al Salud de la Familia, que los recursos de todo el SUS se fueron concentrando en esa estrategia, con cierto prejuicio de los otros programas en general. En ciertos casos, ese “prejuicio” es visto como algo positivo, porque el PSF fue el directo responsable por la disminución de las internaciones en pediatría, lo que permitió una disminución en la oferta de camas en los hospitales del propio SUS o de aquellos contratados por el Sistema.

Preguntado sobre cuál era el más grande problema que la Secretaría de Salud enfrentaba en la atención primaria, el Secretario contestó:

Yo diría, sin ninguna duda, que el problema más grande que enfrentamos hoy es la fijación (la permanencia por un período más o menos largo de los miembros del equipo en sus respectivos locales de trabajo) de los equipos y, dentro de cada equipo, del profesional médico (...). La perennización de los equipos para cumplir con la idea de la vinculación, de la confianza, especialmente con el profesional médico, ese es el gran desafío. Quiero decir, tener profesionales calificados y con

deseo de trabajar en ese camino... Creo que hay muchas explicaciones [para no conseguir]: el PSF está [siempre] con las puertas abiertas, en zonas violentas, en toda la ciudad. Pero, indudablemente, [la mayor causa] es la enorme incoherencia entre la formación profesional en el grado y la realidad que él encuentra en la realidad del sistema de salud. Acercar la Universidad del [SUS] nos haría un gran servicio (...) porque nos ahorraría la tarea de tener que “reformularlos” (...).

Yo diría que los demás problemas que tenemos de área física que ya hemos ampliado, de recursos financieros que doblamos en diez años [el valor aplicado en APS], de equipos, de acomodación, de tecnología, de apoyo diagnóstico... esos problemas se están resolviendo a lo largo del tiempo.

Por otro lado, los tres gestores fueron unánimes en decir que los especialistas en Homeopatía no provocan ese problema para el sistema, porque, típicamente, crean y mantienen vinculación más duradera con las comunidades en las que actúan, si comparados con los especialistas en Salud de la Familia. Ese hecho, ya conocido previamente, cuando se diseñó la investigación, hizo con que, para esta tesis, se trabajara con especialistas en Salud de la Familia que estuvieron a, por lo menos, un año y medio en el mismo equipo de salud. Es evidente que ese período supervalora la vinculación de esos profesionales con las respectivas comunidades atendidas, cuando comparados a lo que empíricamente se sabe sobre sus frecuentes cambios de equipo. Pero, para los efectos de la presente tesis y en relación al conjunto de evidencias cuantitativas y cualitativas que se acumularon para poner a prueba la variable investigada, ese “desequilibrio intencional” termina por dar más fuerza a los datos.

Si la dificultad de fijación en los equipos, sobre todo del “profesional médico”, es, en la visión del Secretario de Salud, el mayor problema enfrentado por todo el SUS de Belo Horizonte, el hecho de que los homeópatas no contribuyan para él es un dato de gran relevancia para el mérito del presente estudio.

Hay otro fenómeno también considerado por el Sr. Secretario, que es un fenómeno complejo y que no debería pasar desapercibido: el tipo de profesional

de salud que la universidad brasileña ofrece a la nación que la financia. Este registro, y su posterior crítica, se hacen con vistas al posible alcance explicativo del presente trabajo. Con más razón, porque el Secretario Municipal de Salud hizo hincapié en la supuesta mala formación, o en la falta de perfil para trabajar en APS de los profesionales, cuando consideró la gran cantidad y la baja calidad de las derivaciones que la APS genera para los otros niveles de atención. En ese caso, una vez más, los homeópatas fueron excluidos de la evaluación negativa.

Críticas a la formación que las universidades brasileñas promueven, y a los profesionales formados, son frecuentes en las CNS <sup>(42)</sup>, algunas de las cuales ya fueron tocadas anteriormente:

El médico se forma y no tiene ningún compromiso con la población o con la sociedad, que es quién invierte en esa formación.

(...) la formación de los profesionales no está orientada a la atención de la población *usuária* del SUS. Hay deficiencia técnica y ética en la formación del profesional que llega al servicio (...).

Los profesionales son formados para uso intensivo de tecnología médica y para la especialización, lo cual no es un perfil adecuado para el SUS.

El Secretario de Salud apuntó en dirección semejante, cuando dijo que “hay una enorme distancia entre las ideas del estudiante de medicina con la realidad”. Seguramente las causas de esa universidad deficiente que se encuentra en Brasil son complejas e históricas y por su peso para los resultados del presente estudio se les dedica una sesión más adelante.

La siguiente cuestión que se abordó con los gestores y que tiene impacto directo sobre la resolución de los problemas de salud, fue el principio de integralidad. Este término no goza de una definición única de los doctrinadores <sup>(18, 35, 172, 177)</sup>, siendo muy debatido, aun porque la propia Constitución Federal <sup>(27)</sup> determina que una de las directrices del SUS es la “atención integral, con prioridad para las

actividades preventivas, sin perjuicio de las actividades asistenciales”. El Ministerio de la Salud pone la integralidad como “el más grande desafío de la salud en Brasil”<sup>(18)</sup>.

Para el Secretario de Salud:

De los principios del SUS, es el que tenemos más distancia para alcanzar. La integralidad tiene un concepto más etéreo para nosotros (...). El centro de decisión sobre la demanda es el *usuário*.

En el sentido operacional, nosotros creemos que hay muchos sentidos para la integralidad. En el sentido de la articulación de las políticas públicas fuera del sector salud, para producir salud y reducir riesgos, como el saneamiento, la habitación, la cultura, el trabajo, el deporte, el medio ambiente.

En el sentido de que, al detectar alguna patología, nosotros tenemos una circulación más laminar en el Sistema, buscando, cuando necesario, exámenes, especialistas, internaciones, atención de urgencia, pero siempre administrados por la atención primaria. Eso para nosotros es muy claro.

En el sentido de que el equipo de salud, a la vez que es “cuidadora”, es también gestora del cuidado a lo largo del tiempo. En ese sentido, toda la red [de atención] se organiza para llegar a la integralidad.

P: ¿Y la integralidad para el paciente, para encarar a la persona como un ser íntegro?

R: Sería la otra ventaja del Salud de la Familia, tener de forma progresiva y permanente la visión integral del sujeto. Creo que esa es la tercera pierna de la integralidad.

Para la responsable por el PRHOAMA, el principio de la integralidad “siempre existió en la Homeopatía, en la acupuntura y en la medicina antroposófica, como prácticas vitalistas”. Hahnemann<sup>(86, 93)</sup>, con otras palabras y en otro contexto histórico pareciera haber inspirado al Sr. Secretario de Salud, cuando describe las obligaciones del médico. Sobre todo en su *Amigo de la Salud*<sup>(84-85, 95)</sup>, describe en detalles procedimientos sanitarios que siguen vigentes hoy día y en el *Organon*<sup>(87,</sup>

<sup>91)</sup> dice explícitamente que “sin la visión completa de conjunto y un cuadro integral” no es posible tratar una persona. La 12ª CNS presentó la siguiente moción respecto a la visión de la atención integral de la salud <sup>(43)</sup>:

El plenario de la 12ª Conferencia Nacional de Salud aprueba la implantación de la Homeopatía en el Sistema Único de Salud y en el Programa Salud de la Familia, teniendo en consideración la convergencia de principios entre esa ciencia y la visión integradora y holística necesaria a la salud pública e individual, su alto índice de resolución de problemas y la reducción de costos que su implantación representa para el Sistema.

Para la gerente de APS, “existe una integralidad que se realiza en el acto de atender al paciente, con un abordaje amplio, completo (...). La Secretaría trabaja [con la idea] de ofrecer una atención integral que va desde la prevención hasta la rehabilitación”.

Desde el punto de vista conceptual del PSF, la integralidad presenta el problema de la diversidad de conceptos, sin tener una doctrina propia que represente un punto de convergencia para el Programa. En general, las críticas formuladas por las Conferencias Nacionales de Salud <sup>(42, 43)</sup> insisten en la percepción de los *usuários* de que la “integralidad” encontrada en el SUS presentemente no es la que ellos desean: “La integralidad apareció con fuerza en el debate de los grupos, evidenciando una cuestión práctica e inmediata: lo que la población exige del SUS es que él sea capaz de atender a los problemas de salud individuales y colectivos, cuidando de la calidad de la salud, y no solamente siendo capaz de tratar las enfermedades y hechos graves con riesgos a la vida” <sup>(42)</sup>. Podría decirse que, del punto de vista de los pacientes, el sistema es aún muy centrado en la enfermedad y que eso inhibe el ejercicio de la integralidad, pues el individuo, con esa práctica, pasa a tener algún sentido para la dinámica promoción / asistencia si se define en relación a alguna enfermedad. Una persona saludable y que no frecuenta el centro de salud sería invisible para ese modelo. Más aún, si se recurre a las entrevistas con los pacientes de Salud de la Familia, se percibe la angustia de algunos de ellos que, a pesar de su padecimiento, eran “despreciados” por el sistema porque los

exámenes complementarios fueron considerados normales.

Esa dicotomía es seria candidata a explicar en parte las diferencias que la presente investigación encontró en relación a la percepción de los pacientes de las dos especialidades.

Otro punto subrayado de la entrevista con el Sr. Secretario de Salud son sus consideraciones sobre la disputa por el inconsciente colectivo de la población entre el SUS y sus detractores en conjunto con la medicina privada (eufemísticamente llamada en Brasil “medicina de grupo”). Se insistirá en ese punto más adelante, porque esa ponderación inspirada de gestor trae una carga ideológica muy grande y capaz de explicar mucho de lo que fue considerado hasta acá.

#### **IV.D) Posibles Explicaciones para los Resultados (O Donde el Alcance de la Investigación se Hace Explicativo)**

Se considerarán, sin pretensiones de agotar los temas, algunos argumentos que surgieron en las entrevistas estudiadas y que los entrevistados, sean pacientes o gestores, presentaron como explicaciones para las consideraciones que hacían sobre el mérito de esta investigación. La elección de estos puntos se hizo con base en la insistencia o la fuerza que tuvieron en el discurso de los entrevistados y en su relevancia bibliográfica. Parece natural que las explicaciones encontradas en los discursos de los entrevistados estén de acuerdo a los resultados obtenidos. Es decir, la investigación encontró una diferencia significativa en la percepción de *usuários* y de gestores en relación a la resolución de problemas; así, es de esperarse que esos mismos sujetos elaboren sus explicaciones para lo que ellos perciben. El objeto de la tesis no es, en especial, ninguna de las posibles explicaciones cosechadas; de manera que no se ha preocupado en comparar las opiniones de los entrevistados con las de autores o teóricos de la salud. Dicho eso, la investigación relativiza las explicaciones que siguen.

#### **IV.D.1) La Formación Académica y los Orígenes de su Naturaleza**

En la misma línea de las críticas a la formación académica de médicos en Brasil, hechas por los participantes de las CNS y por el Secretario Municipal de Salud de Belo Horizonte, en su entrevista para esta investigación, Caribé <sup>(34)</sup> sostiene que la formación de la universidad en Brasil, en los años 30, se dio mucho más tardíamente que sus pares latinoamericanos y que, más allá de que en ciertos momentos históricos haya probado, o, por lo menos, soñado con otras formas de organización y otros propósitos de existencia, siempre tuvo su vida sujeta a los intereses de una pequeñísima élite de un país muy vertical en sus relaciones sociales. Internamente, cuando no directamente dominada por dictadores militares, sigue Caribé, estuvo siempre avasallada por la “burocracia académica”. El punto de referencia de las academias “libertas”, para ese autor, es la Reforma Universitaria de 1918 que ocurrió en Córdoba y que, a pesar de haber influenciado las mentes de generaciones en Brasil, nunca se pudo hacer sentir en las universidades brasileñas. Para él, la producción académica brasileña está comprometida por los intereses del mercado:

Esa burocracia académica era beneficiada con el descaso porque, mientras cada vez más faltaban los recursos gubernamentales, (...) más abierto se hacía el campo para la captación de recursos del mercado. A cada nuevo corte de presupuesto, más legítima se hacía la acción de ese sector, y más dependiente se hacía la universidad de esa lógica. Es verdad que hoy existen locales aislados que resisten a ese proceso, pero por eso pagan el precio del olvido. En general, la universidad está más comprometida con intereses de corporaciones privadas que la utiliza para la capacitación de sus cuadros de empleados y gerentes o para producir el “saber” capaz de legitimar su acción predatoria. Lo máximo de preocupación que la universidad pasaría a tener con la sociedad extra-empresarial sería para la elaboración de artificios ideológicos que tiene como objetivo humanizar las acciones de esas corporaciones.

Más adelante el autor expone hacia dónde va la universidad en Brasil con la política conocida como Protocolo de Boloña (o, en el caso brasileño, con la *Universidade Nova*). En ese contexto, las instituciones de educación superior se insieren como industria de suministro de mano de obra para el mercado, dentro de la lógica del propio mercado. Así, generar una superproducción de diplomados es la forma de garantizar mano de obra barata a las corporaciones que emplea esa mano de obra. La preocupación de las Casas de Altos Estudios ya no más sería formar personas intelectualmente capaces de pensar la sociedad y la vida, actuando crítica y positivamente sobre el mundo, pero atender a las necesidades corporativas. Ya que el SUS se pone en el polo ideológico opuesto a la lógica del mercado, el conflicto entre lo que enseñan las universidades, sobre todo cómo forman a los alumnos, y lo que el SUS busca y necesita se hace evidente. Esa es la evaluación del Secretario y de las CNS, pero en el caso específico de la medicina, el problema parece venir de fecha muy anterior a Boloña, con raíces muy profundas:

En el siglo XIX, la Homeopatía fue largamente enseñada, estudiada y utilizada en los Estados Unidos, donde las facultades de Homeopatía gozaban de gran reputación. Desde la llegada de homeópatas alemanes en los años 1820 los conflictos con los alópatas se hicieron frecuentes. Los médicos que se declaraban hahnemannianos eran expulsos de las sociedades médicas, muchas veces con el pretexto de que los homeópatas cobraban “demasiado caro” por las consultas <sup>(196)</sup>. En 1847, los alópatas norteamericanos crearon la Asociación Médica Americana, AMA, con el hito de proteger a los intereses alopáticos frente al avance homeopático. Una de sus primeras medidas fue determinar que las agremiaciones locales de médicos expulsaran a los homeópatas de su medio. La AMA, además de agregar a los alópatas, también cuidó de desacreditar cualquier forma popular de tratamiento, en una creciente batalla por el monopolio político, epistemológico y legal de la práctica médica lo que llevaría al monopolio económico <sup>(196)</sup>.

En el último cuarto del siglo XIX, la ‘medicina científica’- la cara más racional de la alopátia en línea con el rápido desarrollo de la investigación científica tecnológica – empezó a crecer en los Estados Unidos. Ese concepto fue rápidamente adoptado por la élite profesional alopatía y por la industria. El casamiento de la medicina con la industria fue especialmente fácil, porque en la práctica de la alopátia ni la mente, ni las emociones ni tampoco el alma están involucradas en ningún grado como agentes causales de las enfermedades o en su tratamiento. Esas teorías reduccionistas y materialistas se ajustaban perfectamente a las teorías materialistas de la ingeniería que produjo la riqueza de la nueva clase media industrial.

Mientras la AMA se preparaba para el Siglo XX ella recibió el apoyo de fundaciones relacionadas a la grande industria que, por su vez, sintieron la oportunidad de lucrar en el negocio de las ciencias médicas que se desarrollaba rápidamente. La ganancia que la industria esperaba obtener con las ciencias médicas no era simplemente financiera y tampoco solamente relacionada a los avances de la tecnología y de la química. Las mayores ganancias vendrían de una idea que era entonces solo una chispa. La salud y el control del cuerpo humano y de sus procesos [fisiológicos] fue, durante toda la primera mitad del Siglo XX, un tema de importancia vital para os industriales. Antes del desarrollo de la maquinaria sofisticada, el cuerpo humano era la clave en la producción industrial.

El magnate del petróleo John Rockefeller (o sus herederos) y su fundación, permitieron que el modelo estadounidense de medicina se desarrollase, siempre en asociación con la AMA, con el aporte de millones de dólares. Interesante que personalmente él haya sido un entusiasta de la Homeopatía, pero al final se dejó convencer por Frederick Gates, su director financiero, quien abogaba por utilizar el dinero de filantropía en la “medicina científica” <sup>(196)</sup>, pues sería más rentable.

En 1907 la AMA comenzó a atacar la educación médica, en su camino hacia el monopolio. Y en 1908 la Fundación Carnegie contrató a Abraham Flexner, hombre ligado a la Fundación Rockefeller, para elaborar un informe sobre la situación de las escuelas médicas de los Estados Unidos y de Canadá. Flexner visitó personalmente a las 650 existentes en ambos países. El resultado fue el Informe Flexner <sup>(74)</sup>, el más influyente documento del último siglo relacionado a la

educación médica. En un lenguaje simple, que lo hizo apto para la propaganda, el Informe fue esencial para los proyectos de reforma y logró el monopolio, porque las escuelas no reconocidas por el Informe fueron cerradas. En los siguientes 40 años, el número de escuelas médicas se redujo a 50. “La esencia de sus ideas era la de que el razonamiento analítico debería asumir el puesto que ocupaba la preparación intelectual de los médicos”<sup>(45)</sup>, o sea, los médicos deberían reaccionar de forma programada, y no pensar. Para él, el mejor modelo encontrado de educación médica era la que se llevaba a cabo en la Universidad Johns Hopkins, donde él mismo trabajaba. Su propuesta era asociar la educación a la investigación, llevada a cabo sobre todo en hospitales universitarios y en institutos, donde se unirían investigación y educación. (En la visión de Cooke<sup>(45)</sup>, actualmente la investigación pasó a tener una preponderancia enorme sobre la enseñanza, el cuidado con los pacientes y la información del público: “la atmósfera comercial de mercado ha permeado a muchos centros académicos de medicina. Los estudiantes escuchan mucho más a las autoridades [académicas] hablando de ‘rentabilidad’, ‘participación en el mercado’, ‘unidades de producción’ y ‘objetivo financiero’ que de alivio y prevención del sufrimiento”).

Otro dato de interés es el hecho de que el Informe recomendó el cierre de las escuelas que aceptaban mujeres y negros – algunas de las cuales eran homeopáticas. En los años 1950 la AMA aceptó que utilizara el Informe como arma racista, impidiendo el desarrollo académico de los negros<sup>(196)</sup>.

Después del Informe Flexner, Rockefeller y Carnegie comenzaron a financiar la educación médica, adoptando la filosofía [por detrás] del Informe Flexner. En una década, la AMA logró control absoluto sobre el manejo de la educación médica y encontró los fondos necesarios para financiar el desarrollo científico de la medicina alopática. (...)

El Informe Flexner representó el comienzo del control industrial sobre la medicina en América. El efecto final del control sobre la educación médica fue el control de los contenidos y de la dirección de las investigaciones. A esa altura, las Fundaciones Carnegie e Rockefeller estaban absolutamente

seguras de adónde querían llevar la medicina. Querían una medicina altamente ‘científica’, basada en la investigación biológica y en la tecnología. (...)

En los tiempos de la Segunda Guerra Mundial, el imperio de los negocios de Rockefeller operaba en cooperación con un gran número de otras empresas (*holdings*) farmacéuticas en un cartel liderado por Rockefeller y por el gigante cartel alemán de la industria química, I. G. Farben.

Pasada la guerra, el Congreso de los Estados Unidos aprobó una serie de estatutos relacionados a la salud pública, creando una gran burocracia de salud e investigación, bajo el paraguas de los *National Institutes of Health (NIH)*. (...) Mucho de los recursos se gastaron en las ciencias reduccionistas, como la biología molecular <sup>(196)</sup>.

También en otros países, las fundaciones norteamericanas han utilizado el poder del dinero para determinar la investigación y la educación médica, además de las dos citadas (Fundación Ford, Fundación Kellogg, Fundación Sloan, Fundación Macy, Fundación Bill y Melinda Gates, Fondo Commonwealth). En Europa, por ejemplo, han financiado la reconstrucción de los institutos y de las investigaciones después de la Guerra. Las tácticas son variadas, pero comunes en todo el mundo; las más “populares” son las becas, viajes, congresos, regalos ofrecidos a los académicos. Sobre esas tácticas y sus consecuencias se hablará más adelante.

En Brasil, la Fundación Rockefeller financió la creación de la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de San Pablo, entre otras importantes intervenciones. La propia Facultad de la USP declara que “las relaciones entre la Fundación Rockefeller y la Facultad han contribuido mucho para la mejoría del curso de pre-grado” <sup>(32)</sup>. La Fundación Bill y Melinda Gates tiene importantes intereses en el delicado negocio de la “planificación familiar”, ofreciendo procedimientos en convenio con ONG locales y con el SUS. La PhRMA, entidad que representa los intereses de la industria farmacéutica de los EEUU en Brasil ofrece viajes a miembros del poder legislativo brasileño para “mostrar a los parlamentarios brasileños instalaciones de sus laboratorios” en América del Norte

(78).

Sin embargo, Luz <sup>(122)</sup>, a pesar de esos hechos históricos contundentes, establece que el “desplazamiento epistemológico y clínico de la medicina moderna, de un arte de curar individuos enfermos para una disciplina de las enfermedades” se dio siglos antes, específicamente en el Siglo XVI, llamando la atención para las obras de Leonardo da Vinci (1452 – 1519) y de Andrés Versalio e ilustrando la afirmación con el título del trabajo más conocido de este, *De humanis corporis fabrica*. Luz concluye que “el mecanismo fisiológico del período clásico presupone el mecanismo de la anatomía del periodo renacentista”. A lo que se puede agregar la consideración de que la metáfora mecánica es un presupuesto de la medicina flexneriana, complementada por la necesidad histórica, desde esa perspectiva, para la misma autora, de construcción de un sistema clasificatorio de los males que pueden damnificar a la máquina (cuerpo humano), lo que lleva la medicina “en cuestiones del saber, a transformarse en un discurso disciplinar sobre la enfermedad”. Estas bases históricas, puestas inmediatamente en el Siglo XVI, son el sostén epistemológico de la medicina vendida a los brasileños.

En resumen, Brasil tiene un sistema universitario y, más específicamente, de educación médica, cuyo principal objetivo es atender a los intereses del mercado y esos intereses son muy conflictivos con los principios del SUS. El rol de médico generalista es aún un signo de pregunta no respondido para la salud pública brasileña y está lejos de tener una resolución que satisfaga a los objetivos legales del SUS. La alopátia y, así, la actual especialización en Salud de la Familia, son frutos de contingencias ideológicas, políticas, económicas y mercadológicas de la historia de los Siglos XVI al XX. ¿No sería la aparente irreversibilidad de la alopátia resultado de más de un siglo de propaganda? La comparación de la fundamentación homeopática con los principios del SUS muestran extraordinarias afinidades entre los dos, si se hace una lectura desapasionada. Lo que las CNS exigen de los gestores de la salud pública brasileña, *i.e.*, humanización, desmedicalización, “comprensión de la salud como atributo esencial del desarrollo

humano”, “humanización del parto y del nacimiento con las parteras tradicionales” (por todo lo que implica el parto “industrializado” en Brasil, el 1<sup>er</sup> país en número de cesáreas en el mundo <sup>(150)</sup>) “tratamiento de los individuos como personas y no como patologías”, rechazo al modelo biomédico y centrado en el hospital <sup>(42 – 43)</sup>, es exactamente lo contrario de la medicina flexneriana y exactamente lo que la Homeopatía ofrece. Esta Tesis propone ese hecho como posible explicación para los resultados obtenidos durante la investigación.

#### **IV.D.2) ¿Información es sinónimo de “no-formación”?**

Uno de los momentos claves en la entrevista con el Sr. Secretario Municipal de Salud de Belo Horizonte, rescatando lo que se dijo, fue cuando él mencionó una disputa de los grupos privados de medicina (mutuales, aseguradoras y otros) con el SUS, por lo que llamó de “imaginario del ciudadano”, propagando la idea de que la salud se puede “comprar en el mercado”, siendo el paciente clasificado como un “consumidor de salud”. Entre otros conceptos, las empresas intentan sacar los “clientes” del SUS, más frecuentemente, con propagandas sobre tecnología y supuestos progresos que ellas tendrían su disposición. Para Cesar Victoria, citado por Landmann <sup>(113)</sup>, “las corporaciones farmacéuticas proveen a los médicos latinoamericanos con de falsas informaciones sobre sus productos, exagerando sus indicaciones y reduciendo los riesgos”.

Martinson, Anderson y Vries <sup>(130)</sup> hicieron una investigación, cuyos sujetos investigados eran los científicos de los *National Institute of Health* de Estados Unidos y descubrieron que un tercio de ellos admitían fraudes en sus investigaciones, entre ellas: “desprecio por informaciones y datos basado en la ‘intuición’ de que son inexactos”, “no presentar datos que contradicen a sus propias investigaciones anteriores”, “no proteger a humanos involucrados en la investigación”, “no asumir que mantienen relaciones con empresas en cuyos productos están basadas las investigaciones”, “falsear datos”, “cambiar diseño,

metodología o resultados en respuesta a presiones de grupos que financian la investigación”. Dicen que “nuestros hallazgos sugieren que los científicos estadounidenses están involucrados en una serie de comportamientos mucho más allá de la falsificación, la forja de resultados y el plagio”. Pero la situación podría ser todavía más grave. Ellos llaman la atención para el hecho de que “nuestro abordaje seguramente deja espacio para un potencial sesgo de no-respuesta; científicos que se comportan mal pueden haber tenido una tendencia menor a responder a nuestra encuesta, por miedo (...)”. Ya Cópola <sup>(46)</sup> señala los conflictos de interés que afectan a profesionales de los organismos reguladores, de investigación y de formación, internacionales y nacionales, como los de Estados Unidos e Inglaterra.

Cosgrove *et al* <sup>(47)</sup> relatan una descubierta que puede ser considerada un reflejo directo de la “manera Flexner de fabricar médicos” y de hacer investigaciones, financiadas por grandes corporaciones. En su investigación, hecha junto a los miembros del panel que elaboró el DSM IV y el DSM-IV-TR, determinaron que 56% de los profesionales tenían intereses financieros relacionados a la industria, siendo que 100% del panel a cargo de los capítulos de “trastornos del humor” y “esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (áreas más lucrativas) tenían enlaces financieros con las corporaciones farmacéuticas. Resaltan que los profesionales estudiados tienen la responsabilidad de crear y modificar los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales. En la misma línea de investigación, Choudhry *et al* <sup>(40)</sup> investigaron 192 autores de 44 protocolos<sup>19</sup> de tratamiento de enfermedades comunes de adultos, avalados por sociedades estadounidenses y europeas y revelaron que 87% de esos autores tenían alguna relación con la industria farmacéutica, 58% cobraban dinero directamente de esa industria para hacer investigaciones, 38% fueron empleados o consultores de corporaciones de ese rubro. En promedio, 81% de los autores, por protocolo estudiado, tenían algún interés en las industrias de medicamentos, siendo que 59% tenían relaciones

---

<sup>19</sup> *Clinical Practice Guidelines*

específicamente con empresas que fabricaban fármacos contemplados en los protocolos. Complementariamente, Steinbrook <sup>(178)</sup> relata que desde 1990 los datos sobre cuáles médicos prescriben cuáles drogas son comprados por las industrias de medicamentos, en un comercio que involucra a las farmacias y a empresas de información que funcionan como intermediarias en Estados Unidos; los intereses mutuos en ese comercio son obvios.

De acuerdo con Landmann <sup>(113)</sup>, el gasto con propaganda indebida, regalos a los médicos y con representantes que “presentan” productos los prácticos consume una parte sustancial de las “inversiones” de los laboratorios. Además, relata el autor que el 65% de los médicos de la AMA tienen a esos representantes como “fuente de información más efectiva sobre el uso de nuevas drogas”. Según Cóppola <sup>(46)</sup>: “La formación médica, para una gran mayoría, depende exclusivamente de folletos, revistas y conferencias financiados por la industria farmacéutica. Los conflictos de intereses lo han invadido todo, desde el médico, las instituciones, las agencias reguladoras, los gobiernos”. Y relata todavía que el parlamento británico clasificó la influencia de la industria farmacéutica sobre la labor médica como “enorme y fuera de control” <sup>(103)</sup>. En Dinamarca, Gøtzsche *et al* <sup>(81)</sup> mencionan que el 73% de los protocolos de investigación aprobados por los Comités de Ética entre 1994 y 1995 estaban bajo el control de la industria.

Los medios de comunicación, responsables en gran medida por la divulgación de la ideología dominante y por la (des) información de la población, fueron fuertemente cuestionados en la XI CNS por vehicular propagandas y valores que hieren a los principios constitucionales del SUS <sup>(42)</sup>:

Los medios refuerzan la lógica del tratamiento a través de acciones especializadas y centradas en el modelo hospitalario. El mismo Poder Público invierte en estrategia de comunicación que privilegian determinadas acciones, especialidades y proyectos que le garantizan más visibilidad.

La preocupación del gestor por la lucha por el imaginario de los ciudadanos no

puede ser vista de forma huera. Representa el eje central de lo que se firmó como medicina hegemónica hoy en el mundo. La sensación de inevitabilidad que las corporaciones, con la esencial participación interesada de los medios, divulgaron alrededor de un pretendido “progreso de la ciencia” se constituye en una poderosa arma de mantenimiento del *status quo* construido a partir de Flexner. Gottschall <sup>(80)</sup> desde la Universidad Federal del Rio Grande del Sur, ilustra esa visión contumaz de la inevitabilidad de la ciencia reduccionista que tantos recursos cobró para imponerse como hegemónica. Pero los efectos sobre la población y sobre los sistemas de salud no se enseñan en las facultades ni en los medios. El más peligroso de esos efectos es la yatrogenia, de la cual hablaron varios de los pacientes entrevistados, aunque prestándole otros nombres.

#### **IV.D.3) La Yatrogenia**

En consonancia con otros estudios <sup>(11, 138, 140, 147 - 148)</sup>, la presente investigación constató que una de las más frecuentes referencias a la Homeopatía hechas, en este caso, por los *usuários* del SUS es a su supuesta falta de efectos colaterales, en contraposición a la percepción de que la alopátia “puede hacer mal”, “es pesada”, “daña el hígado”, “cansan el bazo”. Ese es un punto importante para la definición de políticas públicas de salud, desde los tiempos de Hipócrates y su *Primum non Nocere*, hasta las CNS; por lo menos, los pacientes ruegan por ese entendimiento.

Ilich es el creador del término yatrogenia y lo explica así <sup>(105)</sup>:

La medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud. El impacto del control profesional sobre la medicina, que inhabilita a la gente, ha alcanzado las proporciones de una epidemia. Yatrogénesis, el nombre de esta nueva plaga, viene de iatros, el término griego para "médico", y de génesis, que significa "origen".

Ese autor, en un profundo estudio <sup>(105)</sup> sobre los pretendidos méritos de la medicina “post-Pasteur”, industrializada, científica, flexneriana, demuestra

estadísticamente que no hay relación entre la utilización de antibióticos y la disminución de ciertas endemias y epidemias que suelen flagelar a la humanidad, clasificando de “ilusión” la eficacia de los médicos.

El estudio de la evolución seguida por las características de las enfermedades proporciona pruebas de que durante el último siglo los médicos no han influido sobre las epidemias más profundamente que los sacerdotes en tiempos anteriores. Las epidemias han llegado y se han ido bajo las imprecaciones de ambos pero sin ser afectadas por éstas. Los rituales practicados en las clínicas médicas no las han modificado de manera más decisiva que los exorcismos usuales en los santuarios religiosos.

Su conclusión está en armonía con ciertos biólogos <sup>(119)</sup> cuando estos proponen que los microorganismos tienden a la simbiosis como estrategia de supervivencia. Así se percibió en la era pre-Pasteur que hasta las epidemias más graves tenían un fin en sí mismas. Illich no defiende la idea de dejar a los humanos largados a su suerte, en una especie de selección natural cruel. Lo que demuestra es que, además de ineficientes del punto de vista poblacional, la mayoría de las terapias industriales tienen un gran potencial de hacer más daño que la enfermedad natural que supuestamente combatirían. Sin dejar de reconocer que, desde su punto de vista, en algunos casos, pocos y limitados, hubo progresos en los índices de supervivencia.

El tratamiento con medicamentos ha ayudado a reducir la mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria y escarlatina, pero en la disminución total de la mortalidad o la morbilidad por estas enfermedades, la quimioterapia jugó un papel secundario y posiblemente insignificante (...).

La eficacia de la intervención médica para combatir enfermedades no infecciosas es aún más discutible <sup>(105)</sup>.

Si los autores del *Corpus Hippocraticus* vieron la necesidad de prescribir a los médicos contemporáneos suyos la máxima de que la primera tarea del práctico es asegurarse de que no hace daño, es porque en su tiempo ya se percataban de la

naturaleza paradójica de la medicina, o sea, su capacidad de dañar cuando busca curar; hacer el mal con buenas intenciones. Hahnemann <sup>(89)</sup> también llamó la atención para ese problema:

El tratamiento médico de los alópatas sirvió hasta el momento para aumentar el sufrimiento decurrente de ese tipo de enfermedad (las enfermedades crónicas). (...) A través de sus métodos [narcóticos analgésicos, sangrías, laxantes y nombra decenas más], o la enfermedad era agravada y la vitalidad (...) disminuía cada vez más, o aparecía un estado peor, enfermedad causada por el medicamento, peor y más incurable que la enfermedad natural original. (...) Aparecían nuevas enfermedades debidas al uso de medicamentos perjudiciales.

Chambers y Sande <sup>(36)</sup> reproducen una de las ruedas de la medicina contemporánea, pintando una figura semejante a la del perro que intenta morder a su propia cola, cuando discursan sobre el uso de los antibióticos: “Un resultado de su utilización amplia ha sido la aparición de microorganismos patógenos resistentes a ellos, y esto a su vez ha sido el punto de partida de la necesidad cada vez mayor de contar con nuevos fármacos”. El más terrorífico efecto del uso cada vez más indiscriminado de drogas farmacológicas, con toda la maquinaria de propaganda que mueven las corporaciones que las comercian es la posibilidad de yatrogenia. Esta resulta en otras enfermedades, incapacidad o muerte. No se pudieron encontrar datos confiables sobre el fenómeno en Brasil, lo cual hubiera sido importante para estudiar las alegaciones de los pacientes entrevistados. Pero los datos estadounidenses pueden ser utilizados como ilustración, siempre con el cuidado de hablar de otro contexto.

Starfield <sup>(177)</sup> dice que, a pesar de las estadísticas oficiales presentaren a la yatrogenia como tercera *causa mortis* en los Estados Unidos, responsable por 250.000 muertes por año, algunas consideraciones parecen demostrar que esa es una perspectiva demasiado optimista: primero, esos datos se refieren solamente a los pacientes internados en hospitales, omitiendo a los que no lo están; segundo, si se consideran las víctimas de efectos secundarios adversos de las drogas

farmacológicas con diversos grados de discapacidad resultante, ese número treparía a la casa de 2.216.000 personas afectadas anualmente por la medicina “científica” flexneriana. Richardson y Peacock, <sup>(163)</sup> en un estudio econométrico reciente en Australia, demostraron una relación estadísticamente proporcional entre las intervenciones médicas y el aumento de la mortalidad en aquél país.

Las hipótesis de que el SIDA sea una infección yatrogénica fue levantada por Hooper <sup>(102)</sup> e ilustra como los valores de la competencia industrial cuando aplicados a la medicina pueden ser catastróficos. Básicamente lo que el autor relata es la disputa entre los grupos de Hilary Koprowski y Albert Sabin por desarrollar una vacuna oral a virus atenuado contra la poliomielitis que a su vez competiría con la vacuna inyectable a virus muerto de Jonas Salk. Aún según relatos de Hooper, los grupos condujeron sus investigaciones en África y testaron sus productos en grandes poblaciones de aquél continente. La necesidad industrial de competir con el otro grupo por un mercado de valor multimillonario no dejó espacio para que se extremaran los cuidados y las vacunas de Koprowski se habrían contaminado con cepas del Virus de la Inmunodeficiencia de los Simios de chimpancés sacrificados en larga escala, de los cuales se aprovechaban los riñones para cultivar el virus de la poliomielitis. Una mutación del VIS sería el origen del VIH.

Los casos de graves daños a la salud de la población (incluyendo disfunciones permanentes y muertes) de la talidomida y de otros medicamentos más contemporáneos que ganaron las páginas de diarios populares, como el Vioxx<sup>®</sup>, Celebra<sup>®</sup>, Flanax<sup>®</sup>, Bextra<sup>®</sup>, Champix<sup>®</sup>, Prexige<sup>®</sup>, Arcoxia<sup>®</sup>, Posicor<sup>®</sup>, Lipobay<sup>®</sup>, Vytirin<sup>®</sup>, Avandia<sup>®</sup>, Cialis<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup>, Viagra<sup>®</sup>, Prozac<sup>®</sup>, Zoloft<sup>®</sup>, Aropax<sup>®</sup>, Zyban<sup>®</sup>, Lexapro<sup>®</sup>, Efexor<sup>®</sup>, Roacutan<sup>®</sup> y el Acomplia<sup>®</sup> ilustran la perpetuación del fenómeno y el silencio de los científicos, academias, institutos y gobierno delante de las evidencias de problemas. De alguna manera, los pacientes parecen darse cuenta de ello y lo relataron en las visitas al campo de los investigadores. Como asevera Valsecia, “Las reacciones adversas a drogas son comunes y constituyen

uno de los mayores problemas de salud” <sup>(191)</sup>. Sin entrar en cuestiones epistemológicas, ¿no sería ese, otro motivo por el cual los datos oficiales de la *Prefeitura* de Belo Horizonte y las encuestas muestran que los especialistas en Homeopatía resuelven más los problemas de salud de sus pacientes que sus pares de Salud de la Familia?

Si la intuición de las personas entrevistadas para el presente estudio tiene razón de ser, como parecen confirmar los datos presentados, el fenómeno habría de notarse a la inversa también, eso es, en ausencia de esa medicina yatrogénica, las personas deberían enfermarse menos y morir menos. En efecto, algunos estudios <sup>(123)</sup> han registrado esa realidad. En 1973, médicos israelíes hicieron huelga por un mes; el resultado, según el *Jerusalem Burial Society*, fue una reducción del 50% en los índices de mortalidad en la población atendida por esos prácticos. En 1976, sucesos semejantes fueron observados en los Estados Unidos: en Columbia, una huelga de médicos que duró 52 días hizo con que la tasa de mortalidad cayera en 35%. En los Ángeles, una protesta de médicos que disminuyeron el ritmo de las consultas ayudó a que el 18% de las muertes esperadas no ocurrieran. Serían interesantes estudios realizados en Brasil, pero no se los ha podido encontrar.

Otro aspecto del discurso de Ilich <sup>(105)</sup> es su idea de que las sociedades con gran número de médicos pasarían a sufrir de yatrogenia social, cultural y física. Considera que los efectos secundarios de los medicamentos es solo el primer plano de la “medicina patógena” <sup>(105)</sup>, pues los intentos de los médicos de protegerse de posibles juicios por el ejercicio profesional “causan mayor daño que cualquier estímulo yatrogénico”.

En un segundo plano, la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que anima a sus miembros a convertirse en consumidores de medicina curativa, preventiva, industrial y ambiental. Por una parte los seres defectuosos sobreviven en números cada vez mayores y sólo están en condiciones de vivir bajo la asistencia institucional, mientras por otra parte los síntomas certificados médicamente exceptúan a la gente del trabajo industrial y así la apartan de la

lucha política por la transformación de la sociedad que la ha enfermado. El segundo plano de yatrogénesis se manifiesta en diversos síntomas de sobremedicalización social que equivalen a lo que he llamado la expropiación de la salud.

El tercer plano descrito por Ilich <sup>(105)</sup> es la yatrogénesis cultural la cual guarda mucha relación con esta Tesis. Considera que “las llamadas profesiones de la salud tienen un efecto aún más profundo, que culturalmente niega la salud en la medida en que destruyen el potencial de las personas para afrontar sus debilidades humanas, su vulnerabilidad y su singularidad en una forma personal y autónoma”. Esa consideración es muy próxima a la justificativa que Hahnemann hacía de la necesidad de la doctrina homeopática. Para él, Hahnemann <sup>(87, 91)</sup>, la naturaleza individual debería ser valorada, sobre todo en lo que presenta de “incomún, peculiar, distintiva, característica”. El alto grado de detallismo de las consultas homeopáticas, percibido por la totalidad de los pacientes encuestados y entrevistados, se puede deber, en parte, a esa premisa homeopática. El médico busca lo que individualiza el enfermo y, en ese proceso, el paciente se sentiría representado. O sea, ese tercer plano de yatrogénesis, de cierta forma percibida por los *usuários* del SUS no encontraría reflejo en la Homeopatía. Esa destrucción citada por Ilich hiere también la premisa fisiológica hipocrática de la *vis medicatrix naturae*. La yatrogénesis cultural “es la definitiva repercusión contraproducente del progreso higiénico y consiste en la parálisis de las reacciones saludables ante el sufrimiento, la invalidez y la muerte”. Cuando el paciente se siente “libre para sufrir saludablemente”, se refiere al médico como “medio un psicólogo”, como se vio en la entrevistas. Según Cruz <sup>(52)</sup>, la Homeopatía valoraría el dolor, lo cual parece confirmar la opinión de los pacientes entrevistados:

La salud, que es la dinámica de comulgar con el poder de lo pequeño, es, de esa manera, el poder de hacer mucho con poco. Luego, el dolor que sensibiliza, amplía las posibilidades de la salud y es de ella que el necesitado (paciente) más carece. El dolor constituye el bien mayor del que puede echar mano el erótico novicio en un mundo fratricida e industrial.

La actitud de contención sin verdades previas o autoritarismos que sería

practicada por la Homeopatía, o por lo menos es predicada por sus mentores, podría llevar a esa percepción de los pacientes. Según Hahnemann <sup>(87,91)</sup>, el médico debería ser una persona “sin prejuicios, cautelosa y sensible”.

La producción de la yatrogénesis cultural se da, en las palabras de Ilich:

cuando la gente acepta la manipulación de la salud planeada a partir de un modelo mecánico, cuando se conspira con la intención de producir algo llamado ‘mejor salud’ como si fuera un artículo de consumo. Esto inevitablemente da por resultado el mantenimiento manipulado de la vida en altos niveles de enfermedad subletal.

La especialidad en Salud de la Familia es muchas veces considerada un avance de la salud pública brasileña. De hecho, los niveles de resolución encontrados en esta investigación, medidos con el Índice de Resolución de Problemas, con las encuestas y con las entrevistas, superan, según informaciones de la responsable por la APS de Belo Horizonte, los niveles de los “otros alópatas”. Es verdad que se han seleccionado los especialistas en Salud de la Familia con un sesgo positivo para su evaluación que no puede ser despreciado, pero el sentido común impone que se acepte el hecho de que una persona que voluntariamente busque la especialidad tiene más condiciones personales de desempeñarse de forma más satisfactoria que otro médico que está en la función de generalista por algún “accidente” o “necesidad”. Pero también se impone el análisis de porqué los homeópatas, que típicamente no presentaron los criterios de exclusión que los especialistas en Salud de la Familia presentaron, tuvieron un resultado significativamente mejor. Los dos grupos de especialistas actúan en APS; los de Salud de la Familia “nacieron” para actuar ahí, y sólo ahí; los homeópatas, no. Si bien es verdad que la formación homeopática es muy apropiada para actuación en APS, en ninguno de los principales libros de formación en Homeopatía <sup>(55, 87, 89, 111 – 112, 143 – 145)</sup> se ha podido encontrar esa determinación. Barbosa *et al* <sup>(7)</sup> confirman que una de los objetivos de las especializaciones y residencias en Salud de la Familia es la actuación en APS. ¿Por qué esa constatación tan

aparentemente contradictoria y paradójal? Ilich <sup>(105)</sup> es tajante al concluir que desde la medicina flexneriana no puede salir una solución al problema de la salud:

Espero mostrar que, en cada uno de sus tres planos, la yatrogénesis ha llegado a ser médicamente irreversible, un rasgo inherente a la empresa médica. Los indeseables subproductos fisiológicos, sociales y psicológicos del progreso diagnóstico y terapéutico se han vuelto resistentes a los remedios médicos. Nuevos artefactos, procedimientos y formas de organización, concebidos como remedios para la yatrogénesis clínica y social, tienden ellos mismos a volverse agentes patógenos que contribuyen a la nueva epidemia. Las medidas técnicas y administrativas adoptadas en cualquier plano para evitar que el tratamiento dañe al paciente tienden a engendrar un segundo orden de yatrogénesis análogo a la destrucción progresiva generada por los procedimientos contaminantes usados como medidas contra la contaminación.

Las consideraciones de Gusso, <sup>(82)</sup> de forma aparentemente involuntaria, hecha luces sobre la paradoja. Este autor propone que el médico de familia sea versado “en 50 diagnósticos” patológicos y supone que, así, sería capaz de resolver “más de la mitad de los problemas presentados por la población de una determinada región”. O sea, el foco de esos “formadores” sigue siendo la enfermedad, la patología, la nosología, y no la persona, el paciente, la salud. Es como si el Sistema, en respuesta a las demandas de la población brasileña, reunida en las CNS, creara un programa para la Atención Primaria de Salud basado en las premisas cnidías, o flexnerianas, que en realidad se debería llamar “Programa Enfermedad de la Familia”. ¿Cómo encontrar salud en los 50 diagnósticos patológicos más prevalentes? Esa es exactamente la filosofía de mercado que vende la ilusión de poder comprarse salud. La “imposición de modelos neoliberales” fue señalado por Miranda e Iannotti <sup>(136)</sup> como uno de los factores responsables por la generación de diversos tipos de violencia en la sociedad contemporánea, mientras que Cruz *et al.* <sup>(49)</sup> consideran que la enfermedad [o sea, la “obstaculización de la salud”] “equivale a una violencia simbólica y genérica capaz de actualizarse en violencias circunstanciales y específicas”. O sea, el problema de la yatrogenia sería capaz de generar violencias o “enfermedades” mucho más allá del escopo médico

inmediato.

#### **IV.D.4) El Rol de la Homeopatía en el SUS**

La investigación que embasó la presente tesis descubrió que los especialistas en Homeopatía que actúan en APS en Belo Horizonte, cuando comparados a sus pares especialistas en Salud de la Familia, resuelven más los problemas de salud que presentan sus pacientes, desde el punto de vista del Sistema, de los gestores y de los mismos pacientes. Algunas hipótesis para explicar el fenómeno fueron presentadas, pero otras consideraciones caben todavía.

Moreira Neto <sup>(140)</sup> atribuye el fenómeno a “la valoración dada por la medicina homeopática a la práctica clínica, la cual rescata una mejor relación médico-paciente, a través de una anamnesis detallada, permitiendo al paciente exponer con calma todos sus síntomas y no solamente aquellos relacionados al cuadro nosológico”. Monteiro y Bernstein <sup>(138)</sup> proponen que la perspectiva holística, el uso de medicaciones naturales, las largas consultas y la forma atenta de escuchar a los pacientes son factores que, cuando comparada a la alopátia, hacen de la Homeopatía una especialidad más positiva para los pacientes del SUS.

En Suiza, Marian *et al* <sup>(128)</sup> han encontrado resultados semejantes a los de esta Tesis, comparando la situación de salud, la percepción de los efectos colaterales y la satisfacción entre pacientes de Homeopatía y de alopátia. Los pacientes de alopátia relataron más percepción de efectos colaterales y los de médicos homeópatas, más satisfacción con el tratamiento.

Hahnemann dijo que la Homeopatía <sup>(91)</sup> “hasta el momento ha demostrado una superioridad natural sobre cualquier tratamiento alopático, de manera muy decidida y sorprendente, no solamente en lo que se refiere a las enfermedades agudas, como también a las epidémicas y esporádicas [y también las crónicas]”. Es un hecho que la Homeopatía siempre tuvo, como parte de su discurso,

preocupaciones de matiz sanitaria, ecológica<sup>20</sup>, y social. Algunas prácticas de la medicina homeopática, existentes desde sus orígenes son hoy parte del discurso oficial<sup>(95)</sup>:

Hay muchas cosas familiares que transforman el aire que respiramos en más o menos indeseables para la conservación de la vida, así, mis lectores deben escuchar las advertencias de un amigo:

Así que la epidemia entrar en las casas sucias y húmedas de los pobres, los que frecuentemente se transforman en candidatos a contraer la enfermedad, debido a una mala e miserable dieta, a la depresión y al dolor, es difícil, muy difícil, examinarla en esa situación. La única forma con la cual podemos cuidar de la epidemia en su aparición es la separación del enfermo de las personas saludables.

En otro texto, de la misma época, Hahnemann da más pautas para seguir en tiempos de otra epidemia que asolaba su comunidad, en una carta al “Ministro de Policía”, responsable, entonces, por la tarea<sup>(88)</sup>:

[Las camas de los hospitales] deben tener dos sábanas cada, (ser) lavadas en patios abiertos o en locales cubiertos sin paredes, primero con jabón y agua tibia y, después, escaldadas en agua hirviendo. (...) Todos los días, las ventanas deben ser abiertas para formar una corriente de aire, durante una hora.

El estado de salud de toda la (familia) deberá ser investigado cuidadosamente por el médico, todos los días inclusive si considera que todos están bien. A cada día debe hacer acordar [a los familiares] las indicaciones para su propia preservación.

Áreas que son típicas de APS y, específicamente de Salud de la Familia, o del médico que actúe como generalista, como la puericultura (control de niños sanos), fueron también abordadas por Hahnemann. Insistía él en la necesidad de las propias madres amamantaren sus hijos al pecho. Trató también de pañales, higiene y necesidad de aire fresco para los niños<sup>(97)</sup>

---

<sup>20</sup> Ecología es un término posterior a Hahnemann, creado en 1866 por Haeckel, pero El concepto se encaja en este contexto.

Los niños deben ser mantenidos frescos, limpios y con buen aire; sùmese a eso la moderación al comer y al beber, evitar bombones y sustancias grasosas. Los niños repletos de dulces y golosinas, papas y sopa de avena, en breve estarán bajo la tierra. Deben tener comidas livianas y frecuentes, sin carne y sin café.

Uno de los resultados cuantitativos oriundo de las encuestas, fue la constatación que los homeópatas tratan proporcionalmente a más niños que los especialistas en Salud de la Familia. El texto citado demuestra que el cuidado con los pequeños es parte de la formación de los homeópatas.

Hahnemann trató también de la vida en hospitales, cárceles y hasta en los basurales; específicamente trató de la problemática de los linieras. Recomendó la limpieza e higienización de las celdas de después de la remoción de os prisioneros, el alejamiento de los basurales de la regiones habitadas y muchas otras y variadas medidas de carácter sanitarista. Esa preocupación “genética” de los especialistas en Homeopatía con los detalles, los pormenores y la noción de que ciertas medidas simples, cuando puestas en práctica, podrían tener efectos mayores sobre las vidas de los individuos y de las comunidades pueden estar reflejadas en el desempeño de los homeópatas cuando afrontados con la labor desarrollada en APS y en la evaluación que los pacientes hicieron de esa labor.

El estudio de las epidemias, hecho por Hahnemann, generó observaciones de Hael<sup>(83)</sup>.

Quien lea los escritos [de Hahnemann sobre la propagación de las epidemias] quedará espantado con la perspicacia y el punto de vista realmente moderno en cuestiones concernientes a los comportamientos individual y público [durante las epidemias]. Lo que en nuestra época se considera como una de las descubiertas más modernas basadas en la lucidez y en el progreso científico, fue intuitivamente percibido por Hahnemann con notable perspicacia y exactitud. Sus pedidos [a las autoridades] para combatir [a las enfermedades epidémicas] coinciden completamente con nuestras visiones modernas. (...) Cuan profundo era su entendimiento sobre la

naturaleza y el origen de las epidemias (sin la ayuda de la medicina moderna, con sus microscopios, medios de cultura, etc.) queda claro a partir de sus precisas afirmaciones, por ejemplo, sobre los productores mórbidos del cólera, su forma de invasión, origen, crecimiento y propagación. Difícilmente, hoy día se podría dar una descripción mejor, más clara y más científicamente cuidada que aquellas de Hahnemann en 1831.

En Brasil, Santos <sup>(169)</sup> presentó datos sobre el tratamiento homeopático en Belo Horizonte, durante la epidemia de dengue de 1998. Los resultados fueron todos positivos durante el brote de aquel año y la Secretaría Municipal de Salud los reconoció.

La Homeopatía es muchas veces llamada de “una medicina holística”. Se puede constatar que las recomendaciones hahnemannianas, a los especialistas en Homeopatía, alcanzaba mucho más allá de lo que las escuelas médicas enseñan a sus alumnos. En referencia a cuáles podrían ser los obstáculos a la curación de un paciente, Hahnemann discursa en un artículo <sup>(96)</sup> sobre “la obediencia de los pacientes [en relación a las recomendaciones médicas]”, “la dieta y el régimen de vida”, “el clima, el tiempo y las condiciones barométricas” y los medicamentos. Quizás eso sea percibido como medicina holística, un término que él mismo no usó, y quizás esas consideraciones sean importantes para el paciente que sufre. Esa posición es casi la misma que se encuentra en Hipócrates (ya citado) <sup>(98)</sup>: “Es necesario que no sólo el médico mismo se entregue haciendo lo debido, sino también el enfermo y los presentes, y que se den las circunstancias externas”. La insistencia de los entrevistados en comparar los homeópatas a psicólogos revela que ellos se sintieron tocados en su esfera mental. Para los especialistas en Homeopatía <sup>(87)</sup>, “no existe ningún medicamento que no altere de modo evidente el estado psíquico y mental del individuo”.

Se puede afirmar que Hahnemann era una persona muy práctica, un buscador de la simplicidad en el tratamiento. De manera a complementar esa asertiva, se resalta que para los especialistas en Homeopatía, <sup>(92)</sup> “la Medicina es la ciencia de la experiencia; su objetivo es erradicar las enfermedades por medio de los

remedios. El conocimiento de las enfermedades, el conocimiento de los remedios y el conocimiento de su empleo constituyen la Medicina.

El análisis de los datos de la Secretaría de Salud deja claro que los especialistas en Homeopatía piden significativamente menos exámenes complementarios que aquellos médicos especializados en Salud de la Familia y que generan menos demandas a los especialistas del SUS. Obviamente eso se traduce en un ahorro considerable de recursos del Municipio, aún no medido. Los pacientes entrevistados han dado hartas declaraciones de apoyo a la práctica, las cuales fueron acompañadas por consideraciones y testimonios de semejante contenido de parte de los gestores del Sistema. Además, la Homeopatía, en su naturaleza, pone en el paciente el foco del tratamiento y lo saca del médico, de los exámenes y de los diagnósticos nosológicos. Bornhöft *et al* <sup>(11)</sup> encontraron que 20 de 22 revisiones sistemáticas estudiadas, a cargo de la Oficina Federal de Salud Pública de Suiza, detectaron, por lo menos, un factor favorable a la Homeopatía, de acuerdo a criterios de validez interna y externa. Estos investigadores llegaron a la conclusión de que “la efectividad de la Homeopatía es apoyada por evidencias clínicas y su uso profesional y adecuado debe ser considerado seguro” en la APS.

Con todo esto, la Homeopatía parece evitar los tres planos de yatrogenia propuestos por Ilich <sup>(105)</sup> y acercar la práctica de los especialistas en esa racionalidad médica que actúan en Belo Horizonte a la Declaración de Alma Ata <sup>(152)</sup> que se destaca una vez más, ahora con la posibilidad de una comprensión que abarque más elementos:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación

Viksveen <sup>(192)</sup> destaca la posibilidad de que la medicina homeopática podría tener

un rol importante en el combate a la creciente prevalencia de resistencia bacteriana a antibióticos, destacando que las políticas para restricción de la prescripción indiscriminada de ese tipo de medicamento tienen éxito limitado; el investigador destaca el uso de Homeopatía en casos de infección respiratoria del tracto aéreo superior en niños.

Como ya se ha propuesto <sup>(104)</sup>, quizás la conclusión posible para las descubiertas de esta investigación podría ser, con base en los datos presentados por esta tesis, que el especialista en Homeopatía, puesto en la APS, ejecuta mejor la función de generalista que el especialista en Salud de la Familia. Tal vez el médico homeópata pueda llenar el vacío que hay entre lo que en Brasil se suele llamar SUS legal y SUS real, entre lo que demandan las CNS y lo que es Estado brasileño hasta el momento pudo ofrecer. Los datos e indicadores de la salud en Brasil no dejan dudas de que mucho se caminó con la creación del SUS y del PSF, pero, repitiendo la predicción de Ilich <sup>(105)</sup>, “Nuevos artefactos, procedimientos y formas de organización, concebidos como remedios para la yatrogénesis clínica y social, tienden ellos mismos a volverse agentes patógenos que contribuyen a la nueva epidemia”. En otro polo, el especialista en Homeopatía no tiene prejuicios con espacio ni con tiempo, eso es, atiende a personas con enfermedades que se manifiestan en cualquier sistema orgánico y de cualquier edad, del recién nacido al viejo, tiene como parte inherente de su formación la preocupación por los más diversos factores que confluyen el estado de salud del individuo y de la comunidad, siendo bien aceptado en la cultura local, donde se realizó la investigación Como consecuencia de su práctica, la Homeopatía podría significar más simplicidad para el Sistema, atendiendo a uno de los preceptos de la APS y del SUS. Chaufferin <sup>(38)</sup> hace consideraciones importantes sobre el posible papel de la Homeopatía para los sistemas de salud, cada vez más metidos en crisis de financiamiento. Sus estudios demostraron que los precios de los productos homeopáticos para la venta era de un cuarto del promedio general de medicamentos y que los productos alopáticos costaban, en promedio, 400% más que los homeopáticos; además cita el hecho de que, en Francia, 87% de los

pacientes tratados con Homeopatía no buscaban a otro médico para tratar del mismo problema (resolución de problemas). Sintéticamente, Cruz (<sup>52</sup>) define al corolario homeopático de salud, al decir que “La salud no se puede comprar; la salud no entra, la salud sale”. ¿No sería el homeópata el generalista por excelencia en los moldes descritos por el SUS? <sup>21</sup>

#### **IV.E) Conclusiones**

Con base en análisis estadístico de los datos de producción en APS de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte, se puede decir que los especialistas en Homeopatía tienen un Índice de Resolución de Problemas significativamente más elevado que sus pares especialistas en Salud de la Familia, significativamente derivan menos pacientes a los otros niveles de atención y solicitan significativamente menos exámenes complementares de laboratorio y radiológicos.

Las encuestas realizadas revelaron que los pacientes de los especialistas en Homeopatía de Belo Horizonte, cuando comparados con los pacientes de los especialistas en Salud de la Familia, perciben que sus problemas son significativamente más resueltos y que se sienten significativamente más contenidos por sus médicos.

Las entrevistas con los pacientes permitieron corroborar y profundizar los datos cosechados con las otras técnicas, aportando un rico material discursivo para corroborar la presente tesis. Las entrevistas con los gestores de salud de Belo Horizonte ayudaron a elaborar una idea sobre los valores por detrás de la administración de la salud pública de esa ciudad brasileña y hacer una

---

<sup>21</sup> La investigación en la que se basa esta Tesis no comparó respuesta sanitaria vinculada a indicadores de APS; tampoco lo hizo con grupos de pacientes apareados por diagnósticos patológicos similares. No se utilizaron grupos control. La percepción de los pacientes se considera desde los principios de la investigación cualitativa, estando limitada al alcance de ese método.

triangulación con la visión de los *usuários* y de gerentes de centros de salud, permitiendo una “tridimensionalidad” de análisis y la síntesis final del presente trabajo.

Varios autores fueron consultados para discutir los descubrimientos de la investigación, lo cual se mostró esencial para ayudar a elucidarlas y para llegar a los objetivos originales. La evolución del Sistema se dará en la medida en que los participantes del SUS, los ciudadanos, los administradores públicos, los legisladores, los que prestan servicios y los trabajadores del área de salud se interesen por profundizar sus consideraciones y conocimientos sobre el Sistema, en lugar de que sean pasivos repetidores de verdades vendidas por el *status quo*.

Las explicaciones para los hallazgos de la investigación son complejas y obedecen a una miríada de factores. Algunos de esos fueron estudiados y otras hipótesis nacieron de este estudio. Muchos factores más existen y no fueron estudiados y, además de eso, varias preguntas hechas no tuvieron una respuesta en la presente Tesis. Queda abierto el camino para futuras investigaciones.

Los objetivos, se considera que fueron alcanzados. Se obtuvieron informaciones y se pudieron analizar la situación actual de la resolución de problemas, tal como se define al comienzo en la APS y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución, en Belo Horizonte.

Sobre la especialidad, se concluyó que para la actuación en APS en Belo Horizonte, la especialidad del médico, sea esa Homeopatía o Salud de la Familia, es un factor independiente que impacta sobre la resolución de los problemas de salud y la percepción que los pacientes tienen de esa resolución. Cuando comparada con Salud de la Familia, la especialización en Homeopatía es, por sí sola, un factor positivo para la resolución de problemas en APS en Belo Horizonte, dentro del contexto estudiado.

## Capítulo V – Bibliografía



“En las obras de los mejores hombres, los demás encuentran su ejemplo a seguir. El sendero por donde anda un gran hombre se convierte en una guía para el resto de la humanidad”. Baghavad-gita <sup>(125)</sup>

## Bibliografía

1. Ander-Egg E; 2001; Métodos y técnicas de investigación social: Acerca del conocimiento y del pensar científico; Buenos Aires, México; Grupo Editorial Lumen, Hvmánitas; Vol 1; Pág.148.
2. Ander-Egg E; 2003; Métodos y técnicas de investigación social: Técnica para la recogida de datos e información; 1ª Ed; Buenos Aires; Editorial Lumen, Hvmánitas; Pág. 379 – 381.
3. Aristóteles; 2005; Metafísica; Libro séptimo [Z • 1028a-1041b ] (Versión de Patricio Azcárate); Proyecto Filosofía en Español (disponible en <http://www.portalplanetasedna.com.ar/sociales.htm> en noviembre del 2008); Pág. 157.
4. Aristóteles; 2005; Órganon: Categorías, Da interpretação, Analíticos anteriores, Analíticos posteriores, Tópicos, Refutações sofisticas (Tradução, textos adicionais e notas Edson Bini); Bauru; EDIPRO; Pág. 81 – 110. (una versión alternativa, en traducción de Miguel Candel San Martín se puede encontrar en <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/661.pdf>).
5. Associação Médica Homeopática Brasileira, Comissão de Saúde Pública; 2004; Histórico e Situação Atual; Extraído de [www.amhb.org.br](http://www.amhb.org.br) en agosto de 2004.
6. Atlas.ti, the knowlwdge workbench; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH (<http://www.atlasti.com>).
7. Barbosa MA, Monego ET, Sousa ALL, Pedreira O; 2004; Especialização em saúde da família. Relato da parceria entre Universidade Federal de Goiás e a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins; Revista da UFG; Vol. 6, N2 (disponible en [www.proec.ufg.br/revista\\_ufg](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg) en noviembre de 2008).
8. Barros EF, Roca D, Valdes H, Bordabehere IC, Sayago G, Castellanos A, Mendez LM, Bazante JL, Maceda CG, Molina J, Pinto CS, Biagosch ER, Nigro AJ, Saibene NJ, Allende AM, Garzón E; 1918; Manifiesto Liminar, La Juventud Universitaria de Córdoba a los Hombres Libres de Sudamérica; Córdoba; Federación Universitaria de Córdoba.
9. Beier M; 1997; O Símile Hipocrático; 1ª Ed; Belo Horizonte; Instituto Mineiro de Homeopatia.
10. Boiron; 2007; Homeopathy throughout the world; Homeopathy Today; France ([http://www.boiron.com/en/htm/01\\_homeo\\_aujournhui/homeo\\_monde.htm#fixe](http://www.boiron.com/en/htm/01_homeo_aujournhui/homeo_monde.htm#fixe) en 20 de marzo de 2007).
11. Bornhöft G, Wolf U, von Ammon K, Righetti M, Maxion-Bergemann S, Baumgartner S, Thurneysen AE, Matthiessen PF; 2006; Effectiveness, safety and cost-effectiveness of homeopathy in general practice - summarized health technology assessment; Forsch Komplement Med (2006); 13 Suppl 2:19-29.
12. Brasil, Fundação Nacional de Saúde; 2002; Dengue: diagnóstico e manejo clínico; Brasília; Fundação Nacional de Saúde; 28p.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003; O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes; Brasília; Editora MS.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2003; O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes; Brasília; MS; 74p.
15. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS; 2007; Datos oficiales del DATASUS:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/pauf.def>, en 09 de Enero de 2007, a las 22h.

**16.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Brasília; Ministério da Saúde (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

**17.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2005; Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Brasília; Editora do Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

**18.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Gestão da Atenção Básica; sin fecha; Integralidade da Atenção à Saúde (Adaptado por Maria do Carmo Gomes Kell); Brasília; (disponible en [www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc](http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc) en noviembre de 2008).

**19.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC – SUS; Brasília, MS.

**20.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; Política Nacional de Atenção Básica; Brasília, MS.

**21.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; 2006; Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde; Brasília, MS.

**22.** Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização; 2006; Regulamento dos pactos pela vida e de gestão; Brasília; MS.

**23.** Brasil, Ministério da Saúde; 2005; O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Brasília; Ministério da Saúde; Pág 214.

**24.** Brasil, Ministério da Saúde; 2006; Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006; Brasília, MS.

**25.** Brasil; 1990; Lei 8080; Brasília; Senado Federal.

**26.** Brasil; 1990; Lei 8142; Brasília; Senado Federal.

**27.** Brasil; 2006; Constituição da República Federativa do Brasil; Brasília; Senado Federal; pág. 33.

**28.** Brunini CRD; 1998; Aforismos de Hipócrates; 1ª Ed; São Paulo; Typus.

**29.** Buda Gautama; sin fecha; Parábola de la Flecha Envenenada; Dominio Popular (in <http://karmablog.com.ar/2008/09/parbola-de-la-flecha.html> en noviembre del 2008).

**30.** Buda Gautama; sin fecha; Sutra Del Corazón; Dominio Popular.

**31.** Cairo N; sin fecha; Guia de Medicina Homeopática; 22ª Ed; São Paulo; Livraria Teixeira Madras Editora.

**32.** Caldeira MPR; sin fecha; História da Criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; São Paulo; Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina (disponible en <http://www.fm.usp.br/historico.php> en noviembre del 2008).

**33.** Capra F; 1999; A Teia da Vida; 4ª Ed; São Paulo; Cultrix / Amana-Key.

**34.** Caribé D; 2007; Universidade Nova: quem ganha com este projeto?; Centro de Midia Independente: CMI Brasil; (disponible en <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2007/04/379663.shtml> en noviembre de 2008).

35. Cerci Neto A (Org); 2007; Asma em saúde pública; 1ª Ed; Barueri; Manole.
36. Chambers HF, Sande MA; Fármacos Antimicrobianos: Consideraciones Generales [in Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG; 1996; Goodman & Gilman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica; 9ª Ed; McGraw-Hill, Interamericana (Paltex)] Pág. 1095.
37. Chaplin MF; 2007; The Memory of Water: an overview; Homeopathy; 96(3):143-50.
38. Chaufferin G; 2000; Improving the evaluation of homeopathy: economic considerations and impact on health. Br Homeopath J; 89 Suppl 1:S27-30.
39. Choffat F; 1996; Homeopatia e Medicina; São Paulo; Edições Loyola.
40. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS; 2002; Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry; JAMA. 2002 Feb 6;287(5):612-7.
41. Conferência Nacional de Saúde; 1986; 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 17 a 21 de março de 1986: Relatório Final; Brasília; CNS.
42. Conferência Nacional de Saúde; 2003; 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final; 1ª Ed; Brasília; Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde; Pág. 33 – 43.
43. Conferência Nacional de Saúde; 2004; 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 07 a 11 de dezembro de 2003: relatório final; 1ª Ed; Brasília; Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.
44. Cook T M; 1981; Samuel Hahnemann The Founder of Homoeopathic Medicine; 1a Ed; Great Britain; Thorsons Publishers Limited.
45. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer K; 2006; American Medical Education 100 Years after the Flexner Report; N ENGL J MED Volume 355:1339-1344 N. 13 (disponible en [www.nejm.org](http://www.nejm.org) en noviembre del 2008).
46. Cópola F; 2007; Conflictos de intereses; Rev Med Uruguay 2007; 23:3 – 6.
47. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L; 2006; Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry; Psychother Psychosom 2006;75:154-160.
48. Costa NR;1992; Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. Cadernos de Historia e Saúde n.º2. Rio de Janeiro; Casa de Oswaldo Cruz; Pág. 125 – 136.
49. Cruz ACG, Iannotti G, Gouveia KFC, Beier M; 2007; A Cultura Homeopática de Paz na Saúde; Rev Med Minas Gerais; 17 (1/2 S4); S303 – S309.
50. Cruz ACG; 1999; A Lei da Autopatogenesia; 1ª Ed; Belo Horizonte; Grupeh – Grupo Paracelsus de Estudos Homeopáticos, Instituto Mineiro de Homeopatia.
51. Cruz ACG; 2002; Trajetória Saúde; 1ª Ed; Belo Horizonte; Serviço Physis de Homeopatia.
52. Cruz ACG; 2006; Transformismo saúde: tradição homeopática do UM; Belo Horizonte; Instituto Mineiro de Homeopatia; 155p.
53. Culbert TP, Banez GA; 2007; Integrative approaches to childhood constipation and encopresis; Pediatr Clin North Am; 54(6):927-47.
54. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM, Mir RA; 2007; Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health; A Collaborative, Open-Source Project in Epidemiologic Computing, The OpenEpi Collection of Epidemiologic Calculators, con apoyo de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Bill and Melinda Gates Foundation; Ver 2.2; Emory University.
55. Dias AF; 2003; Fundamentos da Homeopatia: princípios da prática homeopática: curriculum mínimo; 1ª Ed; Rio de Janeiro; Cultura Médica; Pág. 20.

56. Eco U; 1985; Come si fa una tesi di láurea; Milano; Bompiani.
57. Einstein A; 2000; Mis Ideas y Opiniones; 1ª Ed; Editorial Antoni Bosch.
58. Elizalde AM; 2004; Homeopatia: teoria e prática; Rio de Janeiro; Luz Menescal.
59. Epstein I (Org.); 2005; A comunicação também cura na relação entre médico e paciente; São Paulo; Angellara.
60. Escorel S; 1998; Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.
61. Evangelio de María Magdalena; Fragmento copto berlinense; Versión Española de Antonio Piñero; Editorial Trotta ([www.trotta.es](http://www.trotta.es)); Pág. 7 – 8 del original.
62. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 109.
63. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 110.
64. Federação Brasileira de Homeopatia; 1979; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 111.
65. Federação Brasileira de Homeopatia; 1980; A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 112.
66. Federação Brasileira de Homeopatia; 1981, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 113.
67. Federação Brasileira de Homeopatia; 1981, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 114.
68. Federação Brasileira de Homeopatia; 1982, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 115.
69. Federação Brasileira de Homeopatia; 1982, A Voz da Homeopatia; Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Homeopatia; N. 116.
70. Finkelman J; 2002; Caminhos da Saúde Pública no Brasil / Organizado por Jacobo Finkelman; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.; Pág. 305.
71. FIOCRUZ; 2004; Radis – Comunicação em Saúde; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, ENSP. N 03.
72. FIOCRUZ; 2004; Radis – Comunicação em Saúde; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, ENSP. N 18.
73. Fletcher RH, Fletcher SW; 2006; Epidemiologia Clínica: elementos essenciais; 4ª Ed; Porto Alegre; Artmed.
74. Flexner A; 1910; Medical Education in The United States and Canada: A report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (with an introduction by Henry S. Pritchett, President of the Foundation); New York; The Carnegie Foundation (disponible en [http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf) en noviembre del 2008).
75. Flick U; 2004; Uma introdução à Pesquisa Qualitativa; 2ª Ed (Reimpressão 2007); Tradução de Sandra Netz; Porto Alegre; Bookman; Pág. 224.
76. Gadamer HG; 1998 ; Verdad y Método II; Salamanca; Ediciones Sígueme.
77. Gadamer HG; 1999; Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica (Tradução de Flávio Paulo Meurer, Revisão da tradução de Ênio Paulo Giachini); 3ª Ed; Petrópolis; Editora Vozes; Pág. 174 – 211.
78. Gaspari E; 2005; Boca-Livre; Folha de São Paulo; 30 de janeiro de 2005; Pág. A14.
79. Google Desktop; Free Software Foundation, Inc (disponible en <http://desktop.google.com/>

en noviembre del 2008)

80. Gottschall CAM; 2004; Do mito ao pensamento científico: a busca da realidade de Tales a Einstein; 2ª Ed; Porto Alegre; Fundação Universitária de Cardiologia, Editora Atheneu.
81. Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW; 2006; JAMA 2006; 295(14):1645-6.
82. Gusso G; 2004; A Especialidade Medicina de Família e Comunidade; Medicina: Conselho Federal; Ano XX; N. 150; Conselho Federal de Medicina; Brasília.
83. Hael R; 1999; Samuel Hahnemann Sua Vida e Obra; São Paulo; Editorial Homeopática Brasileira; volumen I ; Pág. 335 – 336.
84. Hahnemann S; 1995; The Friend of Health, Part I (1792) in The Lesser Writings of Samuel Hahnemann: Dudgeon RE, organizador y tradutor; New Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd; Pág. 155 – 200.
85. Hahnemann S; 1995; The Friend of Health, Part II (1795) in The Lesser Writings of Samuel Hahnemann: Dudgeon RE, organizador y tradutor; New Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd; Pág. 200 – 242.
86. Hahnemann S; 1995; The Lesser Writings of Samuel Hahnemann in Dudgeon RE, organizador y tradutor; Nova Delhi; B. Jain Publishers Pvt. Ltd.
87. Hahnemann S; 1996; Organon da Arte de Curar (Tradução da 6ª edição alemã); São Paulo; Robe Editorial.
88. Hahnemann S; 1998; Planes para Erradicar una Fiebre Maligna en una Carta al Ministro de Policía in François-Flores Fernando D, organizador: Algunos Escritos de Samuel Hahnemann; Quito; Red-RADAR; Pág. 47 – 50.
89. Hahnemann S; 1999; Doenças Crônicas (Tradução da 2ª edição alemã); 5ª Ed; São Paulo; GEHSP “Benoît Mure”.
90. Hahnemann S; 1999; Ensaio Sobre um Novo Princípio para se Determinarem as Virtudes Curativas das Drogas com um Breve Exame dos até Aqui Utilizados; Selecta Homeopathica v.3 – n.1. Rio de Janeiro: Instituto de Homeopatia James Tyler Kent; volumen 3.
91. Hahnemann S; 2003; Organon da Arte de Curar (Tradução da 6ª edição alemã); 3ª Ed; São Paulo; GHESP “Benoît Mure”.
92. Hahnemann S; 2006; A medicina da experiência [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 413 – 445.
93. Hahnemann S; 2006; Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio); São Paulo; Editora Organon.
94. Hahnemann S; 2006; Esculápio na Balança [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 391 – 412.
95. Hahnemann S; 2006; O Amigo da Saúde [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon. Pág. 149 – 227.
96. Hahnemann S; 2006; São Obstáculos para a Certeza e a Simplicidade na Medicina (Del original Journal der praktischen Arzneykunde de Hufelande, Vol iv, Parte iv, pág 106, 1797) [in Escritos Menores (Dudgeon / Tradução Tarcizio de Freitas Bazilio)]; São Paulo; Editora Organon; Pág. 287 – 300.
97. Hahnemann S; Manual para Mães ou Princípio de Educação para Crianças (citado por Hael R; 1999; Samuel Hahnemann Sua Vida e Obra; São Paulo; Editorial Homeopática Brasileira; volumen I) Pág. 64 – 65.
98. Hipócrates; 1999; Da Natureza do Homem (Tradução do grego, introdução e notas por

Henrique Cairus); História, Ciências, Saúde Manguinhos; Rio de Janeiro. Hist. cienc. saude-Manguinhos 6 (2).

**99.** Hippocrates; 2000; On Airs, Waters, and Places (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu/Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).

**100.** Hippocrates; 2000; On Ancient Medicine (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu/Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).

**101.** Hippocrates; 2000; On Regimen in Acute Diseases (Translated by Francis Adams); The Internet Classics Archive (<http://classics.mit.edu/Hippocrates/airwatpl.html> en noviembre de 2008).

**102.** Hooper E; 1999; The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS; 1st Ed; Little, Brown and Company; p 1070.

**103.** House of Commons, Health Committee; 2005; The Influence of the Pharmaceutical Industry, Fourth Report of Session 2004-05; London; House of Commons; Volume I; Pág. 35.

**104.** Iannotti G; 2004; Da Convergência de Princípios e Objetivos Entre a Homeopatia e o Sistema Único de Saúde do Brasil; 2ª Ed; Belo Horizonte; Instituto Mineiro de Homeopatia.

**105.** Ilich I; 1978; Némesis Médica (Versión directa al español de Juan Tovar, revisada y corregida por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch, de Medical Nemesis 1976, Random House, Inc. Pantheon Books); México; Editorial Joaquín Mortiz SA.

**106.** Instituto Hahnemanniano do Brasil; 1985; Homeopatia; Revista do Instituto Hahnemanniano do Brasil; Rio de Janeiro; IHB, N 03.

**107.** Janot C; 1999; Biografia de Mure in Patogenesia Brasileira por Mure Benoît; São Paulo; Roca.

**108.** Justo CM, Gomes MH; 2007; A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil; Hist Cienc Saude Manguinhos; 14(4):1159-71.

**109.** Justo CM, Gomes MH; 2008; Conceptions of health, illness and treatment of patients who use homeopathy in Santos, Brazil; Homeopathy; 97(1):22-7, 2008.

**110.** Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL; 2004; Harrison's Principles of Internal Medicine ; 16th Ed; McGraw-Hill Professional.

**111.** Kent JT; 1996; Filosofia Homeopática (Tradução Ruth Kelson); São Paulo; Robe Editorial.

**112.** Kossak-Romanach A; 1993; Homeopatia em 1000 Conceitos; 2a Ed; São Paulo; El Cid.

**113.** Landmann J; 1983; Medicina Não é Saúde; 2ª Ed; Rio de Janeiro; Editora Nova Fronteira.

**114.** Lao-Tzu; 2006; Tao-Te King; 10ª Ed; São Paulo; Pensamento – Cultrix; Pág. 37.

**115.** Levin J, Fox JA; 2004; Estatística para ciências humanas; 9ª Ed; São Paulo; Pearson Prentice Hall.

**116.** Lloyd GER (ed); 1978; Hippocratic Writings; Londres; Penguin Books.

**117.** Lobato M; 1957; A Barca de Gleyre; São Paulo; Brasiliense; volúmen 2; Pág. 132-134.

**118.** López M; 1999; Semiologia Médica: As Bases do Diagnóstico Clínico; 4ª Ed. Rio de Janeiro; Revinter; Pág. 3 – 40.

**119.** Lovelock J; 2006; Gaia: cura para um planeta doente (Tradução Aleph Teruya Eichenberg, Newton Roberval Eichenberg); São Paulo; Cultrix; Pág 168.

**120.** Luz HS; sin fecha; De que medicina necessitamos? Ação Pelo Semelhante (disponible en <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/Hylton-portugues.htm> en noviembre del 2008).

**121.** Luz MT; 1996; A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia

no Brasil; São Paulo; Dynamis Editorial.

- 122.** Luz MT; 2004; Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna; 2ª Ed. São Paulo; Hucitec.
- 123.** Lynn J; 2002; The Miracle of Healing; Canada; Trafford.
- 124.** Lyons AS, Petrucelli II RJ; 1984; Historia de la Medicina (Traducción de María José Báguena, José Luis Barona y José Luis Fesquet de: Medicine. An Illustrated History); Barcelona; Ediciones Doyma SA.
- 125.** Mahabharata, Baghavad-gita; 1995; O Baghavad-gita Como Ele É: edição completa com o texto original em sânscrito, a transliteração latina, os equivalentes em português, a tradução e os significados elaborados por AC Bhaktivedanta Swami Prabhupada; 2ª Ed; The Bhaktivedanta Book Trust. (Se cita la traducción al español por Julio Pardilla, sin datos de catalogación; Pág. 35. Disponible en [www.gooachi.com/ebooks/Bhagavad-Gita.pdf](http://www.gooachi.com/ebooks/Bhagavad-Gita.pdf) en noviembre del 2008).
- 126.** Malta DC, Santos FP; 2003; O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira; Rev Med Minas Gerais 2003; 13(4): 251-9.
- 127.** Mançano DD; 2004; Diagnóstico Político Institucional da Participação dos Homeopatas Brasileiros na 12ª Conferência Nacional de Saúde e na Construção de uma Política de Atenção Homeopática no SUS; Brasília; Associação Médica Homeopática Brasileira.
- 128.** Marian F, Joost K, Saini KD, von Ammon K, Thurneysen A, Busato; 2008; Patient satisfaction and side effects in primary care: an observational study comparing homeopathy and conventional medicine; BMC Complement Altern Med; 8:52.
- 129.** Marim M; sin fecha; Prezado senhor que assina pelo The Lancet; Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (disponible en <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/matheusmarin-lancet.htm> en noviembre del 2008).
- 130.** Martinson BC, Anderson MS, Vries R; 2005; Scientists behaving badly ; Nature; Vol 435:9 737 – 738.
- 131.** Mateo MM, Giné AN; 2006; Uso professional do SPSS: Auto-aprendizagem por meio de um estudo real; Tradução de Polaina de Freitas La Rocca; Bellaterra; Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.
- 132.** Maturana H; 2001; O que se observa depende do observador in Gaia: uma teoria do conhecimento, organizado por William Irwin Thompson (Tradução Silvio Cerqueira Leite); 3ª Ed; São Paulo; Gaia; Pág. 61.
- 133.** Mendes EV; 1996; Uma Agenda para a Saúde; São Paulo; Hucitec.
- 134.** Mercadante OA; 2002; in Finkelman Jacobo; Caminhos da Saúde Pública no Brasil / Organizado por Jacobo Finkelman; Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.
- 135.** MicrosoftOffice; Microsoft Corporation (<http://www.microsoft.com>).
- 136.** Miranda FD, Iannotti G; 2007; Infância em Perigo: Violência Institucional; Rev Med Minas Gerais; 17 (1/2 S4); S233 – S239.
- 137.** Miranda LOR, Ramos UNO; 1991; Homeopatia no Serviço Público – RS; Porto Alegre; Liga Homeopática do Rio Grande do Sul; 1(1): 31.
- 138.** Monteiro DA, Bernstein Iriart JA; 2007; Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático; Cad Saude Publica; 23(8):1903-12.
- 139.** Moreira Filho AA; 2005; Relação Médico-Paciente: teoria e prática, o fundamento mais importante da prática médica; 2ª Ed; Belo Horizonte; Coopmed Editora Médica; Pág 100, 144.
- 140.** Moreira NG; 2001; Homeopatia em Unidade Básica de Saúde: Um Espaço Possível; São

Paulo; Associação Paulista de Homeopatia; Revista de Homeopatia; 66(1): 5-26.

141. Morrell P; 2005; Allopathy vs. Homeopathy; (disponible en [www.zeusinfoservice.com/Homeopathy/Articles/AllopathyvsHomeopathy.pdf](http://www.zeusinfoservice.com/Homeopathy/Articles/AllopathyvsHomeopathy.pdf) en noviembre del 2008).
142. Müller J, Polansky D, Novak P, Foltin C, Polivaev D; 2001; FreeMind – free mind mapping software (disponible en <http://freemind.sourceforge.net> en noviembre del 2008).
143. Nassif MR; 1995; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 2.
144. Nassif MR; 1997; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 1.
145. Nassif MR; 1997; Compêndio de Homeopatia; São Paulo; Robe Editorial; volúmen 3.
146. Nayeki K, López-Pardo CM; 2005; Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union; *Int J Health Serv*; 35(4):797-816.
147. Novaes TC, Miranda PSC; 2007; A Homeopatia no SUS em Belo Horizonte: Um Estudo de Caso; *Rev Med Minas Gerais*; 17 (1/2 S4); S281 – S287.
148. Novaes TC; 2003; Percepções do Paciente Usuário dos Serviços Homeopáticos do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Estudo de Caso no Centro de Saúde Santa Terezinha (dissertação de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública); Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais.
149. Nurbakhsh J; 2006; El Gran Satán: Uma visión del ángel caído; Madrid; Editorial Nur; p 140.
150. Odent M; 2003; O Camponês e a Parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto; São Paulo; Ground; Pág. 44 – 45.
151. OpenOffice – the free and open productivity suite; Sun Microsystems (disponible en <http://www.openoffice.org/> en noviembre del 2008).
152. Organização Mundial da Saúde; 1978; Declaração de Alma Ata, Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, reunida em Alma-Ata no dia 12 de setembro de 1978; Alma Ata; OMS.
153. Organización Mundial de la Salud; 2002; Estrategias de la OMS Sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005; Genebra; OMS.
154. Pastoral da Criança; 2008; Promovendo a Vida Plena para todas as crianças; Pastoral da Criança; (<http://www.pastoraldacrianca.com.br> en noviembre Del 2008).
155. Penrose R; 2007; El camino a la realidad: una guía completa de las leyes del universo (Traducción de Javier García Sanz); 1ª Ed; México; Debate.
156. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina; 1996; Apuntes sobre historia de medicina: El Arte Hipocrático; PUC Chile; ([http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed\\_05.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_05.html) en noviembre de 2008).
157. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde; 2008; (<http://www.pbh.gov.br/saude> en noviembre de 2008).
158. Pioreschi P; 1996; A History of Medicine; Horatius Press.
159. Queiroz MS; 1996; Prefácio in Luz MT: A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: história social da homeopatia no Brasil; São Paulo; Dynamis Editorial.
160. Razali SM, Mohd Yashin MA; 2008; The pathway followed by psychotic patients to a tertiary health center in a developing country: a comparison with patients with epilepsy; *Epilepsy Behav*; 13(2):343-9.
161. República de Cuba; 2008; Infomed Red Telemática de Salud; Centro Nacional de

Información en Ciencias Médicas; (<http://www.sld.cu>).

162. Ribeiro WD; 1997; A Homeopatia Frente a Epistemologia; Franca; Editora Ribeirão Gráfica.
163. Richardson J, Peacock S; 2003; Will More Doctors Increase or Decrease Death Rates? An econometric analysis of Australian mortality statistics; Monash University.
164. Rosa JG; 2006; Grande Sertão: Veredas; Ed. Comemorativa; Rio de Janeiro; Editora Nova Fronteira.
165. Rosenbaum P; 2004; Mure, o visionário que nos trouxe a homeopatia; Extraído de <http://www.homeoint.org/articles/portugues/mure.htm> en septiembre de 2004.
166. Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K; 2008; Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system; Homeopathy; 97(2):70-5.
167. Samarasekera U; 2007; Pressure grows against homoeopathy in the UK; The Lancet; Volume 370, Issue 9600; Pages 1677 – 1678.
168. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB; 2003; Metodología de la Investigación; 3ª Ed; McGraw-Hill, Interamericana.
169. Santos CP; 1998; Homeopatia na Epidemia de Dengue em Belo Horizonte; Gramado. AMHB.
170. Schiff M; 1994; The Memory of Water; London; Thorsons HarperCollins Publishers.
171. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Pewsner D, Egger M; 2005; Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy; The Lancet, Volume 366, Issue 9487, Pages 726 – 732.
172. Silva Júnior AG; 2006; Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva; 2ª Ed; São Paulo; Hucitec; Pág 19 – 29.
173. Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Organizadora da III CNSM; 2002; Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001; Brasília; Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.
174. Soares IAA et al; 2002; Programa de Atendimento em Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Belo Horizonte; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
175. Soares SM; 2000; Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde – caminhos e descaminhos: estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo); São Paulo; USP; 189p.
176. Spiegel MR, Stephens LJ; 1999; Schaum's Outline of Theory and Problems of Statistics: Theory and Problems of Statistics; 2nd Ed; McGraw-Hill Professional.
177. Starfield B; 2002; Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia; Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde;. Pág. 302.
178. Steinbrook R; 2006; For Sale: Physicians' Prescribing Data; N Engl J Med 2006; 354(26): 2745-7.
179. Surós A, Surós Batlló J; 2000; Semiología Médica y Técnica Exploratoria; 7ª Ed; Barcelona; Masson.
180. Teixeira MZ; 2007; Homeopathy: a humanistic approach to medical practice; Ver Assoc Med Bras; 53(6):547-9.
181. Teixeira MZ; 2007; NSAIDs, Myocardial infarction, rebound effect and similitude (Comment On: Homeopathy. 2006 Oct;95(4):229-36); Homeopathy; 96(1):67-8.
182. Templo Israelita Brasileiro Ohel Yaacov; 2001; Torá – A Lei de Moisés; São Paulo; Editora e

Livraria Sêfer LTDA; Pág 669.

- 183.** Tétau M; 2001; Hahnemann – muito além da genialidade; São Paulo; Editora Organon; Lisboa; Biopress.
- 184.** The Lancet; 2005; Editorial: The end of Homeopathy; The Lancet, Volume 366, Issue 9487, Page 690.
- 185.** Thomas Y; 2007; The history of the Memory of Water; Homeopathy; 96(3):151-7.
- 186.** Thompson WI (Org.) et al; 2001; Gaia: Uma Teoria do Conhecimento (Tradução Sílvia Cerqueira Leite); 3ª Ed; São Paulo; Gaia. Pág. 159 – 203.
- 187.** Tom F; 2006; Medical know-how boosts Cuba's wealth; BBC News; (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/4583668.stm>).
- 188.** Toubert T; 2003; Water Wonders; Ode Magazine; Rotterdam; N. february 2003.
- 189.** Ubuntu; Canonical Ltd (disponible en <http://www.ubuntu.com> en noviembre del 2008).
- 190.** Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2008; O curso de medicina da UFMG; FM/UFMG; (<http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/medicina.php> en noviembre de 2008).
- 191.** Valsecia M; 1999; Farmacovigilancia: una experiencia de la Universidad Nacional del Nordeste en Corrientes, Argentina; Boletín Fármacos; Volumen 2 N. 1 (disponible en <http://boletinfarmacos.org> en noviembre de 2008; miembro del International Society of Drug Bulletins).
- 192.** Viksveen P; 2003; Antibiotics and the development of resistant microorganisms. Can homeopathy be an alternative? Homeopathy; 92(2):99-107.
- 193.** Vithoukas G; 1995; Homeopatia: Ciência e Cura; 4ª Ed; São Paulo; Cultrix.
- 194.** Vithoukas G; 2008; Homeopathy: An integral therapeutic system; Alonissos; Knol Beta (disponible en <http://knol.google.com/k/george-vithoukas/homeopathy> en noviembre de 2008).
- 195.** Wackerly DD, Mendenhall III W, Scheaffer RL; 2002; Estadística Matemática con Aplicaciones; 6ª Ed; México; Thomson.
- 196.** Walker MJ; 1993; Dirty Medicine; London; Slingshot Publications; Pág. 3 – 62.
- 197.** World Health Organization; 2002; Traditional Medicine – Growing Needs and Potential. WHO Policy Perspectives on Medicine; N02, may 2002. Genebra: WHO, volúmen 2.
- 198.** World Health Organization; 2002; WHO: Policy Perspectives on Medicine. N.2. Genebra; World Health Organization.
- 199.** Zurro AM, Pérez JFC; 2003; Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica; 5ª Ed; Elsevier.

## Capítulo VI – Anexos



"Dios no juega a los dados con el universo."

Albert Einstein

"Einstein, deje de decirle a Dios lo que tiene que hacer."

Niels Bohr, respondiendo a Einstein

# Anexos

## VI.A) Anexo A: Modelo de Encuesta



Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Universidade Federal de Minas Gerais

As informações colhidas serão usadas com fins de estudos científicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Qualquer informação que possa identificar o usuário será considerada confidencial e não será divulgada e nem informada ao SUS, à unidade de saúde e nem aos profissionais avaliados.

1.	Nome da unidade de saúde:		NA	199
2.	Profissional avaliado:		7.	Qual o grau de instrução do responsável, se for o caso?
Informação Pessoal			Analfabeto	1
3.	Sexo do (a) paciente		1º grau incompleto	2
Masculino	1		1º grau completo	3
Feminino	2		2º grau incompleto	4
NS/NR	100		2º grau completo	5
4.	Idade do (a) paciente		Superior incompleto	6
NS/NR	100		Superior completo	7
5.	Quem responde o questionário?:		NS/NR	100
O (a) próprio (a) paciente	1	8.	Qual o nível de renda familiar?	
O (a) responsável	2	Até ½ SM	1	
6.	Qual o grau de instrução do paciente?	De ½ a 1 SM	2	
Analfabeto	1	De 1 a 3 SM	3	
1º grau incompleto	2	Acima de 3 SM	4	
1º grau completo	3	NS/NR	100	
2º grau incompleto	4	9.	Esta Foi a sua primeira consulta com este médico?	
2º grau completo	5	Sim	1	
Superior incompleto	6	Não	2	
Superior completo	7	NS/NR	100	
NS/NR	100			

10. Quanto tempo você esperou para conseguir uma consulta com esse médico?

Mesmo dia	1
2 dias a 1 semana	2
1 a 2 semanas	3
3 semanas a 1 mês	4
Mais de 1 mês	5
NS/NR	100
NA	199

11. Quando chegou para a consulta hoje, quanto tempo você esperou para ser atendido pelo médico?

Menos de 10 minutos	1
De 10 a 20 minutos	2
De 20 a 30 minutos	3
De 30 minutos a 1 hora	4
Mais de 1 hora	5
NS/NR	100

12. O tempo que o médico gasta com você é suficiente para ele ouvir e entender seus problemas? \*

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

12.a Durante as consultas o médico pergunta com detalhes sobre sua família?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

12.b Durante as consultas o médico faz perguntas sobre seus sonhos, medos, desejos?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

12.c Durante as consultas o médico quer saber em detalhes sobre outros problemas que você já teve?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

12.d O médico quer saber com detalhes sobre o jeito que você vive?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

13. O Médico presta atenção no que você fala?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

14. E você acha que ele entendeu seus problemas?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

15. Ele te examina bem?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

16. Ele te ajuda a resolver seus problemas de saúde?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

17. O médico explicou bem seus problemas?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

18. Você acha que as explicações que ele deu sobre a receita são completas:?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

19. Você entendeu as explicações sobre a receita?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

20. Você acha que as explicações que ele deu sobre os exames complementares são completas?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

21. Você entendeu as explicações sobre os exames complementares?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100
NA	199

22. Você acha que o médico é educado com você?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

23. Quando você precisou dele, seus problemas foram resolvidos?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

24. Você gosta da consulta que ele faz? A consulta dele é boa?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

25. Você gosta do médico?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

26. Se pudesse, você mudaria de médico (a)?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

27. Você indicaria esse médico, se pudesse, para seus parentes e amigos?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

28. Você conhece a equipe que trabalha com seu médico?

Sim	1
Não	2
NS/NR	100

29. E você acha que a equipe ajuda ou atrapalha?

Atrapalha	1
Não atrapalha e nem ajuda (é neutra)	2
Ajuda	3
NS/NR	100

Entrevistador:

---

## VI.B) Anexo B: Consentimiento Informado



Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Universidade Federal de Minas Gerais

### **Autorização para entrevista da pesquisa Da Influência da Especialidade do Médico de Atenção Básica de Saúde na Resolução de Problemas nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte.**

Nós, da Universidade Federal de Minas Gerais, realizaremos uma pesquisa para saber se a especialidade dos médicos que atendem os pacientes de Belo Horizonte influencia no atendimento prestado à população e na resolução de problemas. A pesquisa tem o objetivo de saber se alguma das duas especialidades estudadas, (Homeopatia e Saúde da Família) tem direta influência no desempenho do profissional e contribuir, assim, para a melhoria da formação dos mesmos.

A pesquisa será feita a partir do estudo dos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e de questionários a serem respondidos pelos pacientes dos médicos selecionados para a pesquisa. Não haverá custos para os pacientes e nem para os profissionais. Não haverá interferência nos tratamentos realizados nas Unidades de Saúde e tudo se fará para que os transtornos nas rotinas das Unidades sejam mínimos.

Os questionários visam a descobrir a percepção que os pacientes têm da resolução de seus problemas por parte de seus médicos. A participação no projeto não trará nenhuma alteração para o atendimento feito ao paciente pelas Unidades de Saúde, seja ela referente aos tipos de exames, aos modos de colheita e aos tipos de medicamentos utilizados ou às referências a especialistas.

Sendo paciente de um médico escolhido aleatoriamente, o (a) senhor (a) será incluído (a) nesta pesquisa e, para isso, precisamos do seu consentimento. Todos os dados serão mantidos em segredo e não serão utilizados para qualquer outro fim que não os desta pesquisa. Em caso de qualquer desconforto com este questionário, que consta de 23 perguntas, o (a) senhor (a) tem garantias de esclarecimento durante todo o curso da mesma e tem o direito de não querer participar. Esclarecemos que a sua participação é livre e voluntária; a recusa em participar não trará comprometimento da atenção de saúde a que tem direito e nenhuma outra consequência de qualquer ordem.

Responsáveis legais por menores de idade e incapazes devem autorizar e responder o questionário.

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Elza Machado de Melo/Faculdade de Medicina/UFMG –Coordenadora Tel: (31) 3409-9945

Médico Giovano de Castro Iannotti – Pesquisador em medicina e cirurgia Tel: (31) 3332-9417

Comitê de Ética em Pesquisa – SMSA / PBH Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar. Belo Horizonte. Telefone: 3277-8222.

**Autorizo a minha inclusão (em meu nome ou do menor sob minha responsabilidade), que se dará na forma de resposta ao questionário, na pesquisa Da Influência da Especialidade do Médico de Atenção Básica de Saúde na Resolução de Problemas nas Unidades de Saúde de Belo Horizonte.**

Data:                    /                    /

Nome e assinatura do paciente:

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Responsável:

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_

Observações:

\_\_\_\_\_

Esta autorização deve ser feita em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e outra aos pesquisadores.

## VI.C) Anexo C: Modelo Simplificado de Ficha de Produção de Homeopatia

Quant.Procedimento por CodLoc.EM USO e Mes	
CodLoc.EM USO	08 Ago
1Q8_45102 CONSULTA MEDICA/PRIMEIRA CONSULTA	0
1Q8_45103 CONSULTA MEDICA/SUBSEQUENTE	0
1Q8_45114 DIAGNOSTICO/PUERICULTURA	0
1Q8_45137 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES LABORAT	0
1Q8_45138 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES RADIOLOG	0
1Q8_45200 HORAS TRAB	88
1Q8_45201 CONSULTA MEDICA/URGENCIA/EMERGENCIA	7
1Q8_45202 CONSULTA MEDICA/PRIMEIRA CONSULTA	5
1Q8_45203 CONSULTA MEDICA/SUBSEQUENTE	72
1Q8_45206 FAIXA ETARIA/1 A 4 ANOS	4
1Q8_45207 FAIXA ETARIA/5 A 12 ANOS	12
1Q8_45208 FAIXA ETARIA/13 A 19 ANOS	5
1Q8_45209 FAIXA ETARIA/20 A 59 ANOS	56
1Q8_45210 FAIXA ETARIA/60 ANOS E MAIS DE 60 ANOS	7
1Q8_45211 SEXO/MASCULINO	16
1Q8_45212 SEXO/FEMININO	68
1Q8_45232 CONDUTA/ALTA	1
1Q8_45233 CONDUTA/RETORNO	83
1Q8_45234 CONDUTA/ALTA C/ ACOMPANHAMENTO PERIODICO	0
1Q8_45237 CONDUTA/REFERENCIA PARA ESPECIALIDADES	3
1Q8_45238 CONDUTA/REFERENCIA P/ OUTRO SETOR DO MESMO SERVICIO	0
1Q8_45239 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES LABORAT	0
1Q8_45240 CONDUTA/SOLICITACAO EXAMES COMPLEMENTARES RADIOLOG	0
1Q8_45241 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR DEMANDA ESPONTANEA	1
1Q8_45242 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR OUTRO PROFIS/SERVIDOR	4
1Q8_45243 PROCEDENCIA/ENCAMINHADO POR OUTRO PACIENTE	1

## VI.D) Anexo D: Modelo Simplificado de Ficha de Produção de Saúde de la Familia

Quant.Procedimento por CodLoc.EM USO e Mes-Ano06/07	
CodLoc.EM USO	07Jul/06
1Q9_59001 Consulta medica:Atendimento:1 vez	0
1Q9_59002 Consulta medica:Atendimento:Subsequente	101
1Q9_59003 Consulta medica:Atendimento:Urgencia	1
1Q9_59004 Consulta medica:Atendimento domiciliar:1 vez	0
1Q9_59005 Consulta medica:Atendimento domiciliar:Subsequente	0
1Q9_59006 Consulta medica:Atendimento prenatal:1 vez	0
1Q9_59007 Consulta medica:Atendimento prenatal:Subsequente	0
1Q9_59015 Sexo:Masculino	19
1Q9_59016 Sexo:Feminino	83
1Q9_59099 Estado nutricional:Em risco de desnutricao	0
1Q9_59102 Estado nutricional:Normal	1
1Q9_59103 Estado Nutricional:Sobrepeso	0
1Q9_59106 Procedimento:Coleta ex.citopatologico	0
1Q9_59107 Conduta:Alta	1
1Q9_59108 Conduta:Retorno	101
1Q9_59110 Conduta:Encaminhamento especialidade	4
1Q9_59111 Conduta:Encaminhamento urgencia	0
1Q9_59112 Conduta:Solicitacao patologia clinica	25
1Q9_59113 Conduta:Solicitacao imagen:Raio X	1
1Q9_59114 Conduta:Solicitacao imagen:Ultrassom	1
1Q9_59115 Conduta:Solicitacao imagen:Ultrassom obstetrico	0
1Q9_59116 Conduta:Solicitacao imagen:Outros	2

## ***Post Scriptum***

Viver... O senhor já sabe: viver é etcétera...

Mas o demônio não precisa existir para haver – a gente sabendo que ele não existe, aí é que ele toma conta de tudo.

Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

Tudo o que já foi, é o começo do que vai vir, toda a hora a gente está num compito. Eu penso é assim, na paridade. *O demônio na rua...* Viver é muito perigoso; e não é não. Nem sei explicar estas coisas. Um sentir é o do sentente, mas o outro é o do sentidor.

Cerro. O senhor vê. Conteí tudo. Agora estou aqui, quase barranqueiro. Para a velhice vou, com ordem e trabalho. Sei de mim? Cumpro. O Rio São Francisco – que de tão grande se comparece – parece é um pau grosso, em pé, enorme... Amável o senhor me ouviu, minha idéia confirmou: que o Diabo não existe. Pois não? O senhor é um homem soberano, circunspecto. Amigos somos. Nonada. O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano. Travessia.

Riobaldo <sup>(164)</sup>

