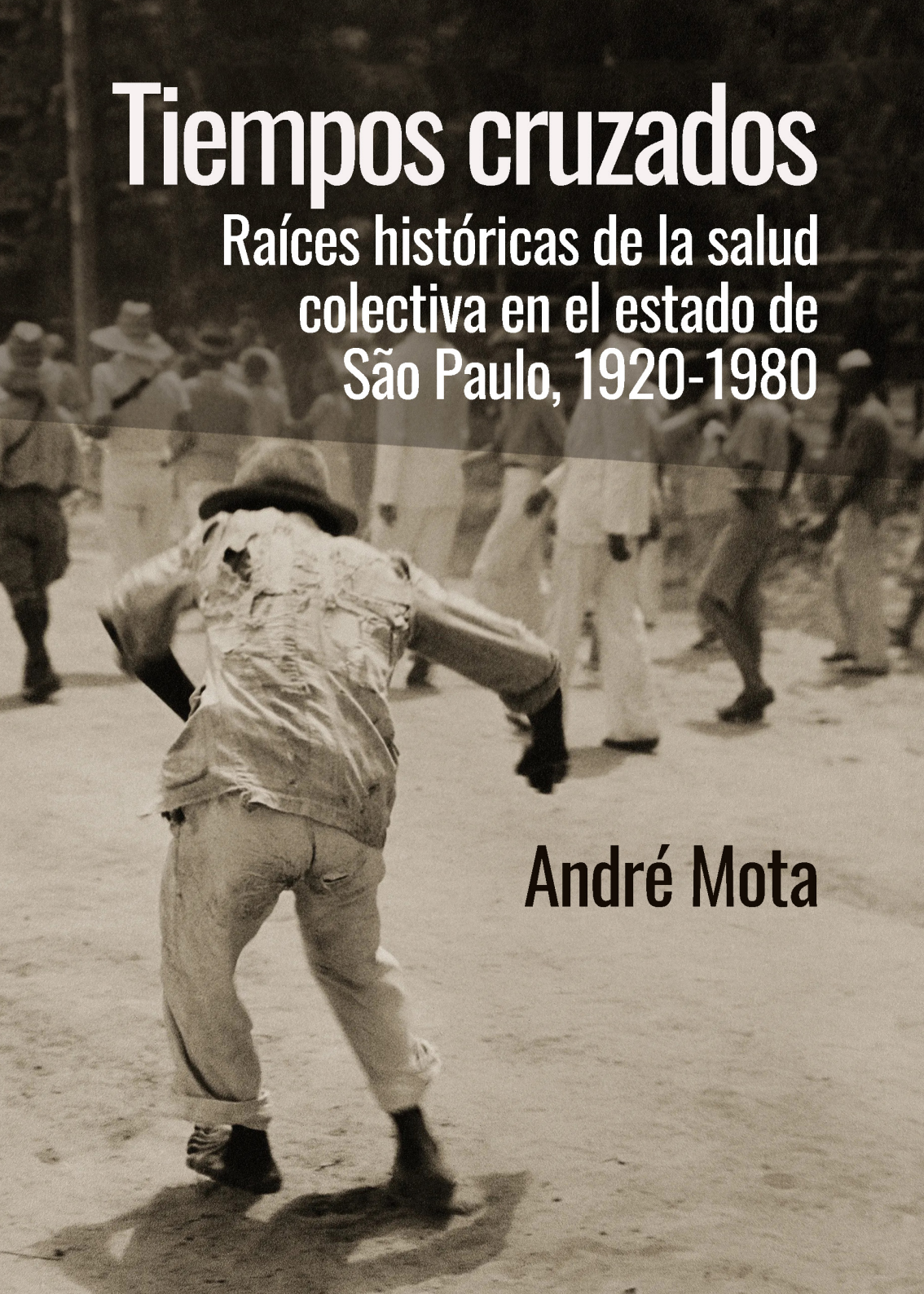


Tiempos cruzados

Raíces históricas de la salud
colectiva en el estado de
São Paulo, 1920-1980

André Mota



COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

65. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*

Naomar de Almeida Filho, 2025

64. *Atlas de mortalidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1990-2008*

Marcio Alazraquí, Viviana Martinovich, Hugo Spinelli, 2025

63. *La casa enferma: Sociología de la enfermedad de Chagas*

Roberto Briceño-León, 2025

62. *La clínica y la epidemiología*

Naomar de Almeida Filho, 2025

61. *La casa enferma*

Roberto Briceño-León, 2025

60. *El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS?*

Jairnilson Silva Paim, 2025

59. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*

Saúl Franco, 2025

58. *La farmacia, los farmacéuticos y el uso adecuado de los medicamentos en América Latina.*

Núria Homedes, Antonio Ugalde, 2025

57. *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.*
Zulmira Maria de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva, 2025

56. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.*

Celia Iriart, Laura Nerví, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025

55. *Salud, medicina y clases sociales*

Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*

Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*

Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*

Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*

Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*

Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*

Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 20

48. *Teoría social y salud*

Floreale Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*

Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*

Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*

Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*

Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*

Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*

Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*

Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*

Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*

Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*

Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*

Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*

Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*

María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*

Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*

Martín Domecq, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCO
(Continuación)”

Tiempos cruzados

Raíces históricas de la salud colectiva
en el estado de São Paulo, 1920-1980

André Mota



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Mota, André

Tiempos cruzados : raíces históricas de la salud colectiva en el estado de São Paulo, 1920-1980 / André Mota. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 66)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6723-13-0

1. Historia. 2. Salud Pública. 3. Brasil. I. Título.

CDD 609

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Carina Pérez*

Fotografía de tapa e interiores: *Registros de um Carnaval, 1927 (Foto: Francisco Rebello);*

Homens conversando em banco de praça, 1910 (Foto: Vincenzo Pastore); Carnaval, sombra de folião, 1928 (Foto: Francisco Rebello)

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Ivana Baldi*

Título original: *Tempos cruzados: raízes históricas da saúde coletiva no Estado de São Paulo - 1920-1980*

Primera edición en portugués: *Hucitec, Fapesp, 2020.*

Agradecemos a la editorial Hucitec por la autorización para la publicación de este libro.

© 2025. André Mota

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-631-6723-13-0

DOI 10.18294/CI.9786316723130

EDUNLa Cooperativa

Edificio “José Hernández”, 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio “Leonardo Wertheim”, 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Agradecimientos

Al Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, por el apoyo total e irrestricto a mi trabajo.

Al Museo de Salud Pública Emílio Ribas, al Centro de Memoria de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, al Archivo del Estado de São Paulo y al Museo Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz-FMUSP, por acoger mis necesidades y demandas de investigación.

A mi revisora, cofrade de textos, por el camino recorrido.

A la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo (Fapesp), por financiar la investigación histórica, fundamental para la redacción de esta tesis.

A mis amigos, profesores, investigadores y funcionarios del Departamento de Preventiva ¡Es una alegría vivir con ustedes!

A los empleados del CCEX, especialmente al personal del Museo, una de las buenas razones por las que he llegado hasta aquí.

A mis orientandos, expresión de que el futuro siempre puede ser mejor.

A todas las amigas y amigos, familiares, allegados y ahijados, a quienes no nombraré para no cometer el error injusto del olvido, les dejo mi cariño por la convivencia.

El proyecto que dio origen a esta investigación contó con la colaboración de Lilia Blima Schraiber y José Ricardo C. M. Ayres, a quienes agradezco por su compañía y amistad.



André Mota

Historiador, graduado en 1994 por el Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, y doctor en Historia por la misma universidad. Mota es becario posdoctoral del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP) y, actualmente, es profesor asociado del Departamento de Medicina Preventiva y coordinador del Museo Histórico de la FMUSP.

Como investigador, se dedica a la historia de las prácticas médicas y sanitarias en Brasil y la historia de la salud pública en el estado de São Paulo. Entre sus artículos publicados, se encuentran: *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil* (2003); *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920* (2005); *Ciências humanas e medicina: as contribuições da história para a formação e a prática do médico* (2018, en coautoría con Lília Blima Schraiber); *O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica* (2019, en coautoría con Marcelo José de Souza e Silva y Lília Blima Schraiber); *Epidemias e história: das lições do passado ao pensamento crítico em saúde coletiva* (2021, en coautoría con Maria Cristina da Costa Marques y Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro).

Índice

Introducción	1
<i>Sobre los capítulos: rutas de un recorrido</i>	7
Capítulo 1. Tecnologías en salud en la experiencia paulista (1920-1980): Vista aérea	11
<i>Tecnologías en salud e historia</i>	13
<i>Rastros de memoria, fuente para la historia</i>	69
Capítulo 2. El reverso de la moneda: La administración de la salud pública paulista, 1925-1987	83
<i>Permanencias y rupturas de una historia de la salud pública paulista</i>	87
<i>Memorias de y sobre la gestión</i>	150
Capítulo 3. Los primeros tiempos del Departamento de Medicina Preventiva: Contribución al pensamiento de la salud colectiva (1960-1980)	161
<i>El Departamento de Medicina Preventiva: entre marchas y contramarchas</i>	163
<i>Memorias de los primeros, reflexiones sobre un tiempo</i>	242
Capítulo 4. La moderna ciudad de São Paulo y las enfermedades del progreso, 1930-1970	251
<i>Cuestiones urbanas y poblacionales en la urbe paulista</i>	253
<i>Memorias y particularidades de una visión sobre la Reforma Sanitaria y la salud colectiva en São Paulo</i>	313
Consideraciones finales	319
Bibliografía	323
<i>Lugares de investigación</i>	337
<i>Fuentes primarias</i>	337



UNICO
SUPERIOR
NO BRAZIL

Introducción

Bajo la historia, la memoria y el olvido.
Bajo la memoria y el olvido, la vida.
Pero escribir la vida es otra historia.
Inacabamiento.
Paul Ricoeur

El estudio que se presenta aquí¹ tiene como objetivo entender algunos de los contextos explicativos para el surgimiento de la salud colectiva² en el estado de São Paulo durante las décadas de 1970 y 1980. Es importante señalar que en un estudio histórico siempre habrá una opción por ciertos enfoques y recortes, dejando fuera posiblemente otros que también podrían abordar este tema, sin que nuestra intención sea agotar las interpretaciones o construir totalidades. La salud colectiva formó parte de un movimiento nacional conocido como Reforma Sanitaria³, cuyo principal resultado fue la creación

¹ Tesis presentada al Concurso de Libre-Docencia del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo el 5 y 6 de febrero de 2018.

² La salud colectiva se entiende en este trabajo en dos sentidos centrales, como área de conocimiento y saber, y como movimiento político-académico. Nacida en la década de 1970, la salud colectiva es “un área de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y saberes en salud, referidos al colectivo como campo de relaciones sociales estructurado, donde la enfermedad adquiere significación. Involucra también un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, de las organizaciones de salud e instituciones de investigación vinculadas a diferentes corrientes de pensamiento resultantes de proyectos de reforma en salud [...] como un movimiento tiene en el Centro Brasileño de Estudios de la Salud-Cebes y en la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva-Abrasco sus principales sujetos colectivos. Abarca la corriente teórico-crítica de la medicina social, el preventivismo reproducido por los departamentos de Medicina Preventiva y Social de varias escuelas médicas y la tendencia racionalizadora, representada por la Salud Pública institucionalizada, tanto en su expresión sanitarista, como en su versión modernizante vinculada a los programas de extensión de cobertura (Pecs) y a la asistencia médica previsional” (Paim, 2002a, p. 175).

³ “Menos que un programa de gobierno, la Reforma Sanitaria es el resultado de un largo movimiento en defensa de la democracia, de los derechos sociales y de un nuevo sistema de salud. Esta propuesta fue reafirmada en su elaboración en la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986 en Brasilia, cuando alrededor de 5.000 participantes y delegados de todo Brasil reconocieron la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, y recomendaron la organización de un Sistema Único de Salud descentralizado y democrático” (Paim, 2002b, p. 62).

del Sistema Único de Salud en 1988, así como la institucionalización de esta área de conocimiento y práctica en programas de posgrado en las universidades. Para ello, trabajamos en esta investigación con una de las categorías profesionales involucradas: la de los médicos, ya que, a pesar de la significativa presencia de otros trabajadores de la salud, cabe señalar que fue esta corporación la que, en número e influencia, más sufrió los grandes conflictos del período tratado. Aquí se presentan, desde ya, los límites y las potencialidades que este tipo de análisis puede ofrecer.

En estos términos, es importante comprender algunas nociones que guían nuestra reflexión, involucrando un tiempo histórico determinado, ya que el pasado es otro planeta, con otros hombres y otras mujeres viviendo la experiencia de su tiempo. La misión es acercarnos a los vestigios dejados, intencionadamente o no, de ese pasado verificable y, en la medida de lo posible, confiable.

...identificamos así una característica importante de la narrativa histórica: surge en el umbral entre las leyendas, los mitos y los cuentos de hadas, por un lado, y el anhelo de noticias confiables, por otro. Aquellas se esconden en algún lugar de la oscuridad del pasado, estas son iluminadas por la luz de la tradición verificable. Por lo tanto, la historiografía aborda un pasado racionalmente verificable. (Koselleck, 2014, p. 267)

El período estudiado tiene aspectos poco explorados por los analistas preocupados por las cuestiones médicas y de salud pública en el estado de São Paulo. Los trabajos realizados ya han dado su contribución sobre la legislación, las instituciones formadoras y las políticas de salud emprendidas, además de los grupos que gravitaron en torno a ciertas posiciones. También existen estudios sobre una historia social de las enfermedades, discutiendo las representaciones en torno a la enfermedad y al enfermo, así como la formación de especialidades médicas. Sin embargo, la historia ha explorado poco las tecnologías en salud involucradas, y casi nada ha sido estudiado históricamente sobre un período en particular: la llegada de Walter Leser y su propuesta de una Programación en Salud, en las décadas de 1960 y 1970, y los cambios traídos por la salud colectiva y su propuesta de una Reforma Sanitaria entre las décadas de 1970 y 1980.

En el caso paulista hubo, en cierta medida, una acomodación analítica sobre el período, ya que todo indicaba lo esperado y de forma lineal según los modelos progresistas de tiempos anteriores. Ejemplarmente, existe una interpretación petrificada de que la multiplicación de centros de salud y puestos

de asistencia por parte del Estado en las décadas de 1940 y 1950 reflejaba un avance de la propuesta de Geraldo de Paula Souza, la mejora de la asistencia y de la vida de la población, lo que habría sido aprovechado por Leser en un movimiento continuo y acumulativo, una versión inconsistente y con graves errores de análisis histórico.

Esto se debe a que, desde la transición de la década de 1940, el discurso de un grupo de médicos y sanitaristas hacía referencia a una crisis sin precedentes en el ámbito de la salud en el estado y, especialmente, en su capital, originada por la política populista que tomó São Paulo con la llegada de Adhemar de Barros y su grupo de poder en la década de 1930. A medida que avanzaban los años de la década de 1950, se sumaría un nuevo factor a esta situación: la llamada crisis previsional, generando nuevos conflictos que captarían la atención de Leser en la década de 1960.

Por todo esto, es importante no dejar de reconocer que, en esa situación y en ese contexto, los médicos sanitaristas, profesionales recién incorporados a la máquina del Estado, formaron, a través de la gestión de Leser, un grupo que se consideró capaz de asumir, no solo las acciones propuestas, sino también liderar una nueva acción tecnológica en el campo de la salud paulista. En este contexto, entre las diferencias que los separaban, principalmente de naturaleza partidaria e identitaria, un elemento político los unía: la lucha contra la dictadura y por la redemocratización del país. Será de este ímpetu colectivo que se logró llegar a una propuesta de Reforma Sanitaria, reuniendo grupos e instituciones de varias partes de Brasil.

Evidentemente, la narrativa de este grupo también está cargada de oficialidades, nombres y hechos, algunos de ellos inflexibles. Por eso, describen la historia sanitaria paulista a partir de representaciones, muchas de ellas conservadoras, capaces de construir un “sentido de historia” siempre lineal y capaz de explicar una finalidad: su contribución al proyecto paulista, iniciado por las manos del bandeirante sanitario Emílio Ribas, del héroe de los Centros de Salud Geraldo de Paula Souza y, principalmente, de su mito de origen, Walter Leser.

En *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista 1892-1920* (Mota, 2005) realizamos una primera aproximación a esta particularidad analítica, intentando mostrar cómo esa ideología invadió el pensamiento médico y de la salud pública, resultando en prácticas y representaciones que buscan difundir el proyecto médico-sanitario estatal de atender a las necesidades territoriales particulares, proponiendo, ante todo, regenerar a aquel “hijo paulista” que llevaba en su sangre las insignias de sus orígenes bandeirantes de los siglos XVII y XVIII.

El texto muestra que los servicios médicos y de salud se expandieron en la capital y en el interior mediante la construcción de una poderosa red de servicios médicos y sanitarios, erradicando parte de las enfermedades, higienizando y diagnosticando los ambientes insalubres, aunque considerando alcanzados todos sus objetivos mayores. Sobre esto, no hay duda. Sin embargo, la evaluación positiva se debía al nivel tecnológico del proyecto médico-sanitario, a la formación de médicos y especialistas, al estándar del equipamiento y a investigaciones y estudios, pero también a lo que se consideraba la naturaleza de todo ese proceso: el propio origen de São Paulo. Por eso, todas las imperfecciones o contradicciones fueron tomadas como desvíos de un orden natural al que, en un futuro utópico, todos llegarían.

Esa preocupación inspira nuestros estudios de las décadas de 1930 a 1950, un período político agitado a nivel nacional con la toma del poder por Getúlio Vargas, pero mucho más para el estado de São Paulo, que protagonizó la mayor guerra civil del siglo XX en Brasil, con repercusiones de todo tipo. Por un lado, hubo numerosas interferencias, incluso sobre un proyecto de medicina y salud pública que había sido concebido en décadas anteriores. La prolongada construcción del Hospital de Clínicas fue un caso ejemplar, y otro fue el desmantelamiento que sufrió la Reforma de Geraldo de Paula Souza de 1925, al deteriorarse su modelo de gestión en sus dos frentes principales: la educación sanitaria y los centros de salud, que pasaron a ser usados como moneda de cambio política en períodos electorales.

No se trató solo de un problema de orden administrativo, sino de una cuestión tecnológica en salud, cuando la eugenesia ganó protagonismo en todos los discursos, reflejando un racismo sin precedentes, originado en una narrativa promovida por médicos e instituciones de salud pública. Aquí buscamos comprender que la eugenesia paulista no producía un discurso únicamente centrado en el saneamiento, sino también en la restricción y el racismo, lo que colaboró con el ataque a los negros y mulatos que estaban en la ciudad o que llegaban por miles a todo el estado. Sobre la población, se habló poco o se la abordó solo para reflejar las incongruencias de un modelo capitalista excluyente y autoritario formulado por las élites paulistas, dejando de lado sus instituciones médicas y de salud. Por eso, con pocas excepciones, quienes observaron, incluso con cautela, la gestión de Leser, recrearon la misma línea paulista esperada, en una narrativa con límites en su pasado verificable.

En esa dirección, encontramos una historia oficial sobre *su* pasado, que corrobora, según Hobsbawm, las tradiciones inventadas, un fenómeno constante que impone la rigidez de los personajes y de su tiempo, al narrar los principales hechos sobre determinados sujetos e instituciones, siempre respaldados por la autoridad del *campo*, para dar luz y sentido a una historia lineal, es decir:

...un conjunto de prácticas, por lo general reguladas por reglas tácitas o abiertamente aceptadas; tales prácticas, de naturaleza ritual o simbólica, buscan inculcar ciertos valores y normas de comportamiento por medio de la repetición, lo que implica, de forma automática, una continuidad con respecto al pasado. De hecho, siempre que es posible, se intenta establecer continuidad con un pasado histórico apropiado. (Hobsbawm, 1984, p. 10)

Cuando nos propusimos estudiar las raíces históricas de la salud colectiva en São Paulo, es importante decirlo, no fue para exaltar ni reafirmar héroes de batalla ni para presentar a una aguerrida izquierda que habría luchado, sin contradicciones, contra el despotismo médico-clínico, sino, por el contrario, para señalar la necesidad de una revisión interpretativa de ese pasado y de la propia izquierda de la salud paulista, desplazando del lugar del mito a sus elementos constructores, como ángeles, sagas personales o colectivas de hombres y mujeres brillantes, versión que todavía predomina en ciertos discursos presentes en libros y congresos. Aquí queremos hablar a contrapelo de la historia —en palabras de Walter Benjamin— porque, sin contradicciones expuestas, el curso de la historia se paraliza entre la cristalización de ciertos hechos y personajes y la desaparición de otros, casi siempre por exclusión. Solo así cobra sentido que la historia se pregunte: ¿qué cambió y qué permanece?

Al enfocarnos en ese período, coincidimos con las interpretaciones de Massako Iyda, autora de uno de los primeros trabajos que pusieron en tela de juicio la versión construida sobre la gestión Leser, al tratar una versión de la salud pública del siglo XX como resultado de un sistema capitalista dependiente y tardío, orientando sus reflexiones hacia una dimensión crítica, incluso de aquellos aspectos históricos considerados inamovibles, retomando ciertos recorridos en una:

...tentativa de superar el punto de vista inmediato de la conciencia común, de la Salud Pública de los mosquitos, de las vacunas, de la leche; o de la conciencia idealista, de la Salud Pública como agente de transformación de la indigencia, del trabajo con la comunidad, con el objetivo de desarrollar una conciencia más crítica que pudiera mostrar lo que la Salud Pública realmente es, pero no aparenta, y lo que aparenta ser, pero no es. (Iyda, 1994, p. 16)

Esa racionalidad histórica implica muchas preguntas y cuestiones metodológicas que pueden poner en duda su comprensión y percepción de la dinámica

del proceso histórico: según la elección temática, los tiempos cambian, presentan ritmos distintos. Por eso, al proponer un análisis histórico que trata, ante todo, de las precondiciones que contribuyen a la explicación de un movimiento y de su institucionalización, tomamos la idea de tiempo a partir de las categorías de aceleración y retraso, porque es de la gran tensión entre ambas que se origina en el período tratado una transición de experiencias médicas y de salud pública:

...tales aceleraciones, que pueden comprobarse de forma empírica e inequívoca, tienen efectos enormes sobre las estructuras sociales y económicas, las cuales no experimentaron la misma aceleración. Así, se perciben los retrasos que permiten inferir la falta de adaptación a transformaciones muy rápidas. Esto vale en gran medida para la relación entre Estados no industrializados y Estados muy desarrollados: los países subdesarrollados, desafiados a industrializarse, solo pueden compensar el atraso por medio de una aceleración. (Iyda, 1994, p. 275)

Yendo más allá, es necesario señalar una dimensión temporal de inmensa importancia en esa transición: la noción generacional, que atraviesa todo este estudio, con la llegada de una juventud que propondría una nueva forma de sociedad, desafiando las aceleraciones y una aparente ruptura con el pasado, lo que genera una historia cada vez más abierta y desafiante para pensar los tiempos actuales o arriesgar el futuro. Sin embargo, esa ruptura no permite afirmar que los tiempos vividos entonces fueran totalmente distintos, sino en parte cruzados, lo que lleva a pensar en ciertas permanencias, aunque no identificadas, dada la aceleración de los procesos:

...los espacios de experiencia de las generaciones que conviven se transforman tan rápidamente que las lecciones transmitidas por los abuelos a los nietos parecen inútiles. Vivimos rupturas experienciales a un ritmo que nunca fue registrado de esta forma en siglos anteriores. Así, los historiadores se ven confrontados con la tarea de reconocer la total alteridad del pasado, con el fin de confrontarlo con los procesos de cambio de nuestro propio tiempo. (Iyda, 1994, p. 276)

Sobre los capítulos: rutas de un recorrido

De este modo, emprendemos un recorrido capaz de construir cierta inteligibilidad histórica, reconociendo ciertos temas de análisis. El Capítulo 1 pretende presentar, de forma bastante amplia, algunas de las tecnologías de salud creadas en el estado de São Paulo, ya sean de dimensión política, académica o científica, y los cambios coyunturales capaces de explicar cómo tales tecnologías, entendidas como saberes y prácticas que modelaron instituciones y políticas de salud, influyeron en una cultura colectiva y conformaron una visión de medicina y salud pública. Para ello, partimos de los cambios traídos por Geraldo de Paula Souza con el *eugenismo* y sus bases de acción estatal entre las décadas de 1920 y 1950, consideradas como medidas no solo de saneamiento, sino también de restricción, sobre todo en un momento en que el debate racial gana relevancia ante el proceso migratorio que ocurría en todo el estado.

Paralelamente, abordamos los cambios académicos debidos al *preventivismo* en las escuelas médicas, principalmente aquellas creadas en el período conocido como desarrollismo paulista, en las décadas de 1950 a 1970, que asumieron el ideario preventivo, proveniente de una respuesta estadounidense a la crisis de su sistema de salud y a las demandas del Estado de Bienestar Social. En el caso brasileño, esta propuesta fue recibida en el Seminario de Viña del Mar, en 1956, momento considerado central para ese cambio, tanto en la salud pública como, con bastante profundidad, en las escuelas médicas. De ese cambio, buscamos integrar al debate la llamada *programación en salud*, modelo presentado por la nueva gestión estatal de salud de São Paulo, liderada por el médico Walter Leser, entre 1968 y 1975, como respuesta al desmantelamiento de la maquinaria pública de salud vivido en décadas anteriores. En ese contexto y por causa de él, se configuró paulatinamente un grupo que provenía de un pensamiento de izquierda también en la salud, que poco a poco empezó a tener una interpretación crítica de los límites del preventivismo, abriendo el debate a una cierta actualización de las cuestiones implicadas en el proceso salud-enfermedad, contexto considerado seminal por los sujetos involucrados en la elaboración de lo que podría entenderse como salud colectiva.

El Capítulo 2 estudia, principalmente, la administración de la salud pública en el estado de São Paulo a partir de la llamada Reforma de Geraldo de Paula Souza, en 1925, con su propuesta de un modelo de educación sanitaria de carácter eugenista y un intento de horizontalizar los servicios mediante los centros de salud, modelo traído a São Paulo desde la experiencia

estadounidense. Con la llegada del *Estado Novo* y la reacomodación de las élites dirigentes, esa iniciativa reformista sufrió el desmantelamiento de sus propósitos, incluso por un desajuste administrativo durante el populismo ademarista, lo que profundizó la crisis sanitaria en todo el estado y, sobre todo, en la capital. En 1967, la llegada de Walter Leser, un médico alineado con Geraldo de Paula Souza, pero con formación preventivista, denunciaría en varias ocasiones esa situación de la máquina administrativa de salud, mostrando que, en gran medida, debía comenzar su trabajo desde cero.

Eso fue lo que hizo en sus dos gestiones. En la primera, de 1967 a 1971, con poca repercusión de sus acciones, lo que queda claro en un informe del propio Leser sobre la capital paulista, que muestra que se había hecho muy poco y que la situación se deterioraba; y en 1975 a 1979, al volver al cargo, ahora con mayor respaldo político, profundizó algunas de las medidas tomadas anteriormente, como la creación de una nueva profesión —la del médico sanitarista— y el uso, además de la construcción, de centros de salud como forma de incorporar a esos nuevos profesionales, y tecnológicamente los horizontalizó para intentar disminuir la crisis de los servicios hospitalarios, en una articulación entre la clínica y la salud pública. Su proyecto, de carácter liberal, terminó participando en el movimiento naciente de la salud colectiva, reuniendo a una pléyade de médicos involucrados con una nueva concepción de salud. El proyecto dirigido por él sobrevivió hasta el final de la década de 1980, cuando la maquinaria pública de salud incorporó nuevos actores y partidos políticos.

El Capítulo 3 pretende una aproximación académica a través de los departamentos de medicina preventiva y la llegada de los vientos traídos por el preventivismo y la medicina social. En líneas generales, se busca comprender cómo se dio la institucionalización de la salud colectiva en São Paulo en este campo. Para ello, estudiamos la creación y consolidación del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo en las décadas de 1960 a 1980. Esto porque, además de que dicho departamento representó uno de los principales en la constitución del grupo de salud colectiva en el estado de São Paulo, con significativa inserción nacional, debido a la participación activa de sus miembros en la construcción de un nuevo modelo de enseñanza médica y de pensamiento en salud, también fue responsable del primer programa de posgrado paulista orientado a los temas de salud colectiva. Tal movimiento repercutió en la intensificación de sus actividades y en la construcción de diálogos más allá de sus fronteras institucionales. Sin embargo, si ese era el cuadro potenciador que se inscribía externamente, dentro de la Facultad de Medicina no significó un camino sin impases, obstáculos o retrocesos para el Departamento, puesto que sus

integrantes estaban involucrados en diversas contiendas de orden personal y colectivo, inmersos en una dictadura militar y en su relación con el conservadurismo institucional, que también vio a este grupo de investigadores y profesores por su carácter “subversivo”.

Este estudio muestra el impacto de ese momento en la institución y en los movimientos del departamento en cuanto a su posicionamiento a partir de una propuesta de enseñanza e investigación alternativas a las implantadas, lo que generó una reacción abiertamente contraria de los grupos que lideraban la Facultad y la inminencia del cierre del Departamento. Con las necesidades impulsadas por Walter Leser, de centros de salud que también formaran médicos, y el proceso de redemocratización, nuevos vientos surgieron, apareciendo poco a poco la posibilidad de que el Departamento se consolidara a partir de enfrentamientos, pérdidas y ganancias. Yendo más allá, conviene recordar que toda la producción considerada innovadora e instrumental, que se produjo bajo las tensiones departamentales, pudo ser aprovechada por el movimiento de la Reforma Sanitaria y de la salud colectiva, lo que configuró una contribución inequívoca a todo ese contexto reformista que se formaba.

Finalmente, concluye este recorrido el Capítulo 4, que pretende acercarse a la vida de la población común: ante las tecnologías y los emprendimientos en el campo médico y de la salud, ¿cuál y cómo sería la población involucrada? Para responder a esto, se estudian la ciudad de São Paulo y sus habitantes en las décadas de 1930 a 1970, retratando ciertos sujetos que quedaron en el camino del enfermar y la muerte, del abarrotamiento de los hospitales y del abandono de las instituciones, del olvido que la modernización de São Paulo impone también a través de sus instituciones médicas y de salud pública.

Abordamos aquí lo que la historia conservadora paulista estableció en cuanto a tratar ese pasado como si existiera una línea progresiva entre los modelos tecnológicos de las gestiones, sin rupturas ni contradicciones que pudieran ponerlos, incluso, en oposición. Buscamos confirmar que, si en algunas ocasiones hubo errores de trayectoria en los proyectos diseñados, estos tuvieron repercusiones drásticas en la vida de la población más pobre y vulnerable de la ciudad, configurando la característica paulista que concibe lo público como una cierta salvajería tolerable para las élites e insoportable para gran parte del llamado pueblo.

Quizás aquí valga una modificación terminológica respecto a lo que veníamos tratando cuando, hace décadas, iniciamos nuestra investigación sobre medicina y salud pública paulista. No fueron solo *tropezones* los que marcaron esta historia, también hubo injusticias. Y esas injusticias no pueden atenuarse con el discurso historiográfico que usa gráficos sobre la mejora de las condiciones de vida ni con la pretensión de abarcar acciones de salud como

una respuesta tecnicista implícita en números aparentemente neutros, dando la apariencia filantrópica de la buena acción. Si hubo un ciudadano sin la atención necesaria, fruto de la ineficiencia o incompetencia del sistema, la historia debe mostrarlo no como uno más, sino como el más importante, porque es la mejor expresión y el motivo principal de este trabajo: entender la bandera de los militantes de la Reforma Sanitaria de aquel momento, cuando afirmaban que la salud es deber del Estado y derecho del ciudadano. En el momento que vivimos, en que todo lo que se consideraba sólido se desvanece en el aire, como previó Marx, queremos reforzar con otra imagen, quizás no tan brillante, pero que guió las intenciones depositadas en este estudio: “lo más importante no es la caída, sino el aterrizaje”.

Capítulo 1

Tecnologías en salud en la experiencia paulista (1920-1980): Vista aérea

Alejados de la procreación los anormales, los degenerados, los elementos inferiores y los de cruce indeseable, se evitará el retroceso de la mejora humana adquirida.

Geraldo de Paula Souza, 1928

Tenemos que romper el muro y el foso del sector salud y abrir canales de comunicación con la sociedad brasileña, incluso, aprender a hablar con ella. Tenemos que empezar a transformar nuestro lenguaje y cambiar nuestro oído.

Sérgio Arouca, 1986

Un balance de los estudios sobre la historia de las prácticas médicas y de salud pública en São Paulo puede entenderse en dos áreas fundamentales: una historia institucional y de la producción de conocimiento médico y en salud, y una historia social de las enfermedades. De manera ejemplar, hospitales, facultades, instituciones filantrópicas y de inmigración recibieron varios análisis. Del mismo modo, la tuberculosis, el cáncer, la sífilis, las enfermedades tropicales y, más recientemente, el SIDA también atrajeron la atención de los analistas. Así, teorías y prácticas ayudaron a conformar interpretaciones que señalaban currículos, teorías y acciones aplicadas al cotidiano de las ciudades y de las zonas rurales (Ferreira & Luca, 2011).

En este estudio, consideramos importante comprenderlas a partir de una conceptualización que las ordene de forma lógica, con el objetivo de captar la historicidad de su producción y difusión, tema central en este trabajo. Buscamos, en el campo de la salud colectiva, un concepto que permita acercar la historia y la salud desde una perspectiva tecnológica: el de *tecnología en salud*. Para Mendes-Gonçalves (1994, p. 32), la tecnología en salud puede definirse como: “un conjunto de saberes e instrumentos que expresa, en el proceso de producción de servicios, la red de relaciones sociales en la que sus agentes articulan su práctica en una totalidad social”. Según esta comprensión, la

historicidad de las tecnologías en salud se ubica en la relación de dos saberes tecnológicos específicos, que abarcan la salud pública y la medicina.

Se trata de la epidemiología, saber tecnológico del trabajo en salud pública, y de la clínica, saber tecnológico del trabajo en la asistencia médica. De origen común, estos saberes son recreaciones técnicas específicas de aproximación a las necesidades de salud (enfermedades), en el enfoque poblacional o colectivo, el primero, y en el enfoque individual, el segundo. (Schraiber *et al.*, 2009, p. 387)

El avance de estos saberes en el espacio público, con el nacimiento de la medicina social y de la higiene, entre los siglos XVIII y XIX, regula las esferas pública y privada y posibilita que la clínica surja en ese espacio racional, confluendo en concepciones y valores “que permiten describir y analizar el modo en que se distribuyen de forma colectiva los fenómenos que la ciencia médica define como relevantes respecto de la salud de los individuos” (Ayres, 1995, p. 153).

Esa comprensión tiene gran valor para la historia, ya que la epidemiología y la clínica están vinculadas epistemológicamente:

...mientras la clínica trata al sujeto considerado en sus particularidades, el caso, el uno, la epidemiología aborda lo colectivo, busca la generalidad, el grupo de casos, el todo. La actuación individualizada de la práctica clínica también constituye una intervención sobre cuerpos sociales, a través de encuentros singulares. La epidemiología, incluso en su enfoque más tradicional, que refuerza el biologicismo de la clínica al reducir lo social al mero conjunto de individuos, también trata cuerpos definidos social e históricamente, en este caso, cuerpos sociales colectivos. (Almeida Filho, 1992, p. 65)

En ese sentido, Donnangelo también señala la necesidad de una comprensión entre lo individual y lo social mediada por las construcciones históricas en torno a la enfermedad como un nivel de explicación con base individual, y de la salud, esta con la posibilidad de incluir en su nivel explicativo el factor social.

...incluso la percepción del proceso salud-enfermedad a nivel individual, y por eso constituye solo un nivel de análisis, no tendrá un significado mayor si no está, de algún modo, iluminada por una comprensión previa del proceso salud-enfermedad en la sociedad. Es decir, por algo que no se encuentra formulado con precisión. Por

una concepción de salud-enfermedad que no pueda confundirse exactamente con estados patológicos que se manifiestan a nivel de los individuos. Y es, tal vez, ahí donde la propuesta aparece menos acabada: ¿qué es la enfermedad cuando no puedo localizarla en el individuo? (Donnangelo, 2014, p. 57)

Es en la relación entre las dimensiones de la clínica y de la salud pública, entre lo individual y lo social, como se ha señalado, donde podemos aproximarnos a las tensiones vividas en las instituciones y en sus campos de saber, dentro de una red social, política y cultural compleja. En ese marco, la historia puede captar cómo se construyen, en las condiciones de su tiempo, el discurso clínico del individuo y de la patología o el de la epidemiología de lo colectivo y de su esfera social, nunca separados, sino imbricados y bajo circunstancias de los más diversos órdenes: corporativas, sociales, políticas y científicas. Así, en São Paulo existen particularidades regionales en torno a estas tecnologías que, aunque nacen de configuraciones más allá de sus fronteras, se desarrollan bajo las contingencias que involucran al estado y a su población.

Tecnologías en salud e historia

Cambios tecnológicos en la asistencia médica: médico especialista, médico sanitarista

Según señaló Schraiber, Brasil entre 1920 y 1930 constituyó una forma de medicina en moldes liberales y en un arreglo tecnológico del pequeño productor de consultorio particular, cuya técnica se identificaba con el tipo artesanal, concebida hasta entonces como una práctica ejercida de individuo para individuo.

...ser médico podía ser tan simple como *hacerse médico* por su propio esfuerzo. Las barreras sociales representadas por la escolarización y, luego, por la instalación del consultorio y la captación de la clientela, aún en esa época eran susceptibles de una gran margen de superación mediante un esfuerzo relativamente más individual. (Schraiber, 1993a, p. 54)

En esa misma línea, Nogueira también define la medicina liberal como una forma de organización social de las prácticas de salud en la cual:

...el consultorio privado era el centro con el que el médico articulaba sus prácticas complementarias, en la facultad, en el hospital filantrópico e incluso en las actividades de salud pública. Posteriormente, al emerger el complejo médico-industrial, la medicina liberal se subordinó económicamente, se adaptó a las nuevas circunstancias y se redujo a un componente de la nueva forma de organización social, en la fase del capitalismo monopolista. (Nogueira, 2007, pp. 155-156)

Se suma a la autonomía construida por la medicina y por el médico, la categorización nosológica de las ciencias médicas en torno a su estructura central: el cuerpo, ya sea en su estructura anatomofisiológica, ya sea en lo que se consideraba una desviación, sustentada en la definición de patología:

...la patología hizo corresponder los elementos explicativos de aquella vida impedida. Así, la ciencia de la medicina reconstruyó en la enfermedad la problemática del enfermo, estableciendo una articulación entre la vida real y la ciencia, de tal forma que los sufrimientos experimentados por los sujetos sociales, que en la medicina aparecen como subjetividades singulares, encuentran en las estructuras del cuerpo humano las formas de su objetivación y generalización. Estas son, sobre todo, formas capaces de “naturalizar” ese objeto social, borrando en ese plano las diferencias relativas a las diversas situaciones de constituirse enfermo en el conjunto de la sociedad. (Schraiber, 1993a, p. 186)

A lo largo del siglo XX, el campo médico sufrió numerosas transformaciones, entre las que destaca el proceso de división técnica y social del trabajo, que configuró la emergencia y la instauración de diversas especialidades. Estas, casi siempre consideradas como ramas específicas de un saber que se acumula y densifica en ritmos y direcciones que parecen derivar de un orden natural —como la curiosidad humana o como característica inherente al propio conocimiento— fueron entendidas como una división técnica, separación lógica de segmentos del conocimiento científico, y quedaron ocultas sus razones de orden social, político o económico (Mota & Schraiber, 2009b).

En 1922, en el Congreso Nacional de los Prácticos, se evidenciaron numerosas luchas internas entre los médicos, divididos en diversos grupos, alrededor del intento de unir esfuerzos para un control cada vez mayor de sus

profesionales frente a la variedad de ejercicios profesionales y trabajos relacionados que disputaban el espacio científico. La disputa fue evidente en el currículo de las facultades de medicina: “al proponer la inclusión de esta o aquella disciplina en el currículo médico, diversos segmentos de la corporación pretendían crear espacios para el reconocimiento y la valorización de la especialidad que ejercían” (Pereira Neto, 2001, p. 120).

En cuanto a los otros grupos profesionales que rivalizaban con la corporación de los médicos, las acciones solicitadas tenían un tono distinto. Al fin y al cabo, ¿cómo tratar con farmacéuticos, parteras, enfermeras, curanderos, espiritistas y practicantes? “En cada una de estas arenas, se configuró un tipo de conflicto diferente, con el mismo objetivo básico: limitar el campo de práctica de esas alteridades para garantizar la soberanía y la autoridad del médico en el mercado de servicios de salud” (Pereira Neto, 1997, p. 347). Se trataba, entonces, de una disputa entre las diversas medicinas y las distintas prácticas del arte de curar que se ejercían en ese momento, por la hegemonía de la medicina científica anclada en la clínica anatomopatológica, que caracteriza el sistema de la biomedicina.

La profundidad de esos cambios se hizo sentir en el 1° Congreso Médico Sindicalista Brasileño, realizado entre el 19 y el 23 de julio de 1931, cuyos temas se enfocaban, casi todos, en la especialización médica, la absorción estatal de sus instituciones y, en consecuencia, la lucha de la corporación por la protección de sus profesionales frente a esos asuntos. Eran ellos: el código de deontología médica y la ética profesional, la libertad profesional, los médicos extranjeros (habilitación y ejercicio de la clínica), la asistencia y la previsión médico-social, los accidentes y las enfermedades profesionales, el seguro médico, el abuso de los servicios médicos oficiales, el charlatanismo, el curanderismo y la práctica deshonestas de la medicina, los anuncios médicos y farmacéuticos, los honorarios médicos, el concepto de especialidad, la plétora médica, la medicina del Estado, el secreto profesional y la confraternización profesional (*O Estado de S. Paulo*, 16 oct. 1931, p. 128).

Frente al panorama que se delineaba para la profesión, ya distinto de tiempos pasados, el sentimiento de algunos médicos de São Paulo era de pesimismo. Ese contexto se cerraba con una “crisis corporativa”, que, para el médico Rubião Meira, podía percibirse fácilmente en la indiferencia hacia los “viejos médicos”: “Ser superior, con una misión casi divina, no ha encontrado sino el escaso apoyo de quienes necesitan de su actividad, de quienes buscan su saber” (Meira, 1932, p. 52). Para él, concluida su misión, rara vez ganaba la amistad de sus pacientes, y muy pocos reconocían el valor de su ciencia. Ese desahogo estaba dirigido esencialmente a los nuevos esculapios, que poco o nada valorarían los orígenes de la corporación, generándose una ruptura

entre la medicina de antaño, llena de heroísmos y acciones de grandeza, y la que entonces se instauraba, cruel y alejada de su “historia original”.

Un caso ejemplar sería la Sociedad de Medicina y Cirugía de São Paulo, cuyas sillas disputadas por los novatos eran, tras su elección, abandonadas. Los médicos “antiguos” reiteraban sus protestas, pues se suspendían las sesiones en las que se debían tratar los asuntos de la corporación debido al desinterés de los nuevos elegidos. Para el médico André Dreyfus, antes de ingresar a la Sociedad, “priman por la asistencia a las sesiones, cortejan a la Sociedad con todo el fervor de los años verdes” (Dreyfus, 1932, p. 83). Pero, en cuanto son recibidos en sus filas, desaparecen y se vuelven tan escasos como los demás. Por su parte, los médicos recién egresados veían ese tema desde otro ángulo, presentándolo en el periódico del Centro Académico Oswaldo Cruz como una orden que debía romper con un pasado retrógrado y sin sentido, y abrirse a los nuevos tiempos que se anunciaban:

...antiguamente, la escuela era triste. Por los pasillos también deambulaban los rostros tristes de nuestros antepasados estudiantes. Las clases monótonas llenaban de pavor al novato ingenuo, llenaban de tedio a los veteranos. Los profesores, señores doctores catedráticos, desde lo alto de sus estrados, dictaban leyes científicas y reglamentarias. La vida fue cambiando, la escuela fue perfeccionándose, el café cayó, surgieron nuevos ricos, la pequeña burguesía comenzó a querer estudiar medicina, etc. [...] grandes derrotas, grandes jornadas de alcohol, y comenzó una nueva vida para el estudiante de medicina. Solo se hablaba de reformas. Desde los estatutos hasta el mobiliario debían ser reformados. El hecho es que comenzó a iluminarse en las cabecitas angustiadas de los futuros médicos. (O Bisturi, 1939, p. 6)

Si las especialidades y sus necesidades tecnológicas estaban presentes en ese contexto, aún existían las nuevas articulaciones en torno a la profesión, nacidas de la llamada medicina previsional:

...se puede entonces decir que la medicina liberal desde temprano, en la sociedad brasileña, convive con formas institucionalizadas por el Estado para organizar la producción de los servicios médicos. El Estado, por lo tanto, asume gran parte de lo que sería el mercado consumidor potencial de esos servicios, sobre la base de lo cual también se dará la superación de la medicina liberal como forma dominante de dicha producción. (Schraiber, 1993a, p. 134)

Un hecho particular de la experiencia brasileña y explicativo de ese proceso corporativo de la medicina gana espacio a partir de la década de 1930, con la creación de los Institutos de Jubilaciones y Pensiones (IAP):

...es verdad que en la década de 1920 surgen las Cajas de Jubilaciones y Pensiones (CAPs), que se suman a las políticas empresariales y estatales de higiene y salud; sin embargo, sus limitaciones políticas y actuariales permiten afirmar que la previsión social, con sus características de ampliación de cobertura, universalización, etc., se crea en Brasil solo con los Institutos, cuando se establece un esquema que debería perdurar por cerca de 30 años. (Braga & Paula, 2006, p. 65)

La Previsión Social brasileña se institucionalizaría en la siguiente conformación:

...los derechos sociales de ciudadanía vinculados al trabajo en el mercado formal de la economía, restringido a los sectores asalariados urbanos, cristalizan la representación social de los derechos sociales como algo ligado a la capacidad contributiva de los trabajadores. Más que eso, desde el principio, diferencia internamente a los trabajadores del sector formal de la economía. Tanto en el caso de las CAP como de los IAP, son categorías más combativas, más diferenciadas en términos salariales y que se encuentran en los sectores económicos más estratégicos en relación con el modelo de acumulación entonces vigente, las que conquistan mayores y menores beneficios. (Cohn, 1995, p. 55)

La dinámica previsional en el sector médico y de salud se daría por un movimiento convergente entre el Estado que, además de acciones propias, financiaría el consumo del producto generado en el sector privado, el cual, a su vez, ofrecería servicios médicos y produciría insumos como fármacos y equipamientos, y, por último, la industria extranjera, que fabricaría fármacos y sus materias primas. En todo el proceso, que culminó con la crisis previsional en la década del 1960, la principal característica de la Previsión era la fuerte presencia de la corporación médica, que:

...por su monopolio de un saber específico, detenta un poder político importante. De esa corporación, una parte más organizada, vinculada a los intereses capitalistas del sector (empresas médicas, hospitales privados, etc.), pretende hablar en nombre del resto y ha ejercido presión en el sentido de la privatización, que, en este caso, significa

financiamiento a través del Estado de la producción privada. (Braga & Paula, 2006, p. 76)

Otro elemento es la fuerte presencia política, cada vez mayor, de los beneficiarios, “es decir, de la masa asalariada, que reclama más y mejor asistencia médica, lo que implica expansión en el sector” (Braga & Paula, 2006, p. 76). Si bien de hecho se constituyó una medicina liberal que convivió con esferas de una medicina filantrópica, mutualista y de sociedades civiles, la llegada de la medicina previsional y el debate en torno a su nuevo trabajo —también denominado medicina social o socializada— llevaron a los médicos a articularse no solo en el ámbito académico, sino en la propia organización corporativa. Buscaban defender sus intereses, sobre todo los del médico liberal y autónomo, que veía modificarse su actividad por una medicina cada vez más socializada, lo que dio lugar, en la década de 1940, a los tres principales órganos vinculados a la categoría profesional: el Sindicato de los Médicos, los Consejos de Medicina, órganos legales, representativos y ligados al Estado, y la Asociación Médica Brasileña, asociación libre y voluntaria, representante de los profesionales que perdían su autonomía de mercado y, por esa razón, “el centro más importante de la ideología liberal y de presión al Estado en el sentido de reorganizar las condiciones de producción de servicios en salud” (Donnangelo, 1975, p. 132).

En el caso paulista, Fábio Almeida mostró cómo la concepción de una medicina previsional y de la colectividad afectaba el pensamiento médico, llevándolo a confluir en la defensa de una nueva forma de trabajo, según el pensamiento del médico paulista Almeida Prado:

...el ilustre médico paulista traza una visión clara sobre el papel de la medicina en la sociedad, su misión “socializadora” y su relación con el Estado. Sostiene que la medicina socializada y la medicina de grupo deben sustituir a la medicina liberal individualizada, de modo que la medicina planificada atienda los problemas socioeconómicos que afectan la salud de las colectividades, lo que toca, podríamos decir, problemas no solo de asistencia médica estatal, sino también de salud pública. (Almeida, 2013, p. 149)

Fue así como se constituyeron, en el año 1930, la Associação Paulista de Medicina (APM) y su proceso de expansión hacia el interior, contemplando intereses corporativos, principalmente en lo que respectaba a la llamada “socialización” de la medicina, que implicaba “una mayor participación de organizaciones estatales y paraestatales en la producción de los servicios de

salud, con aumento del nivel de asalariamiento de profesionales del sector” (Almeida, 2013, p. 109). En el año 1948, comenzó el mayor enfrentamiento entre la corporación médica y el gobierno estatal, cuando los médicos funcionarios públicos reclamaban una equiparación salarial con los abogados. En ese conflicto, la APM tuvo un papel central, y logró ampliar el debate a la corporación médica del interior paulista y nacional.

...con poco más de 30 días, el movimiento ya había logrado, al parecer, sensibilizar al gobierno, al punto de haber obtenido una audiencia con el gobernador, en la que este acordó las siguientes medidas: se comprometió a incluir, en el ejercicio presupuestario de 1949, la reestructuración de la carrera médica, equiparándola a la del abogado; autorizó que una comisión de médicos pudiera acompañar la elaboración presupuestaria para ese mismo año. (Almeida, 2013, p. 114)

Aun con los vaivenes de este proceso, incluida una huelga en todo el estado y tensionando el debate a través de diversas organizaciones representativas de los médicos paulistas, el Proyecto de Ley 209 contemplaba la modificación solicitada, demostrando la fuerza corporativa de los médicos frente a la presión estatal y política, lo que indicaba las limitaciones inscritas en la medicina liberal debido a la medicina previsional que se consolidaba.

Entre esas medidas, ganaba espacio el discurso de la especialidad y de su lugar en una “medicina paulista”. Las dos facultades de medicina apostaban por ese tipo de formación, haciendo de São Paulo un polo de especialidades médicas en América del Sur. La década de 1950 marca bien este momento, en el año 1952, cuando la Facultad de Medicina de la USP obtuvo el sello de la Asociación Americana de Medicina, como una de las mayores instituciones médicas del mundo, así como con las celebraciones del IV Centenario de la ciudad, en 1954, cuando se podía apreciar el lugar de los médicos y de sus especialidades en la construcción de la imagen de una São Paulo progresista y alineada con los nuevos tiempos de su organización corporativa:

...durante el año 1954, como parte de las celebraciones del IV Centenario de la Ciudad de São Paulo, se realizarán en esta ciudad cerca de 50 congresos culturales y científicos, de carácter nacional, panamericano o internacional. En lo que respecta a la medicina, están programados, entre otros, 10 congresos, cuya realización está a cargo de la Associação Paulista de Medicina. Estos eventos, que se celebrarán entre el 1 de julio y el 15 de agosto de 1954, seguirán el siguiente orden: el III Congreso Interino de la Asociación Panamericana de

Oftalmología, conjuntamente con el VIII Congreso Brasileño de Oftalmología; el XIX Congreso Internacional de Oto-neuro-oftalmología; el XII Congreso Brasileño de Cardiología; el II Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, conjuntamente con el IV Congreso Brasileño de Ginecología y Obstetricia; el IV Congreso Panamericano de Puericultura y Pediatría, conjuntamente con el IV Congreso Sudamericano y con la VIII Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría; el I Congreso Latinoamericano de Salud Mental; el V Congreso Panamericano de Gastroenterología; el VI Congreso Internacional de Cáncer; la III Reunión de la Sociedad Brasileña de Crenología y Climatología; el I Congreso Brasileño de Antropología Física. (Noticiário, 1953, pp. 135-136)

Este panorama revela la exigencia de la especialización en la medicina, detonando políticas en la investigación, en la práctica clínica y en la práctica sanitaria, y reorganizando instituciones de carácter científico, médico-asistencial y profiláctico-sanitario. Así, el profesional más generalista pasaba gradualmente a ser más técnico y específico, apto para atender demandas tecnoasistenciales de acceso a la atención médica en los centros urbanos y rurales, y con nuevas formas de producción social de servicios en el ámbito de la salud.

El período de 1930 a 1950 es, por tanto, aquel en el que los cambios en las prácticas de salud pública también se dirigen a la segmentación de los conocimientos y a la organización compleja de la producción de servicios asistenciales. No es casualidad que, desde la década de 1920, se sintiera la falta del médico sanitaria, entendido como un profesional especializado en las cuestiones de salud pública. En palabras de Geraldo de Paula Souza:

De hecho, la profesión sanitaria no existe en Brasil. La actividad de salud pública se entrega, con muy pocas excepciones, al desempeño de médicos no especializados, que dedican a la tarea sanitaria una parte mínima de su trabajo. Los pocos que se especializan enfrentan la imposibilidad de realizar un trabajo realmente efectivo, debido a la resistencia pasiva ejercida por la mayoría de los no especializados. (1928, p. 65)

En ese contexto, se exigía cada vez más la especialidad para abrir nuevas perspectivas en salud: “la estructura institucional que se aspiraba implantar demandaba profesionales especializados, aptos para ocuparla y gestionarla, lo que, a su vez, requería que se consolidara la formación médica en cursos especializados” (Fonseca, 2000, p. 395). Ante esta constatación, dicha especialidad

comienza a constituirse en ese momento, paulatinamente, abriendo espacio para que otras se encargaran de las prédicas sanitarias, alcanzando su amplia profesionalización estatal en 1967.

El campo de la salud pública en Brasil se constituía a partir de dos áreas de conocimiento: la medicina, con intervención en la asistencia individual a los usuarios de servicios de salud, y la salud pública, con intervención dirigida a poblaciones o colectividades y al medio ambiente. Esta interrelación entre la salud pública y la medicina de especialidades tuvo en São Paulo experiencias bastante particulares, modificando una historia que se venía escribiendo, tanto en la organización corporativa de los médicos y su participación en el mundo político, académico y administrativo del Estado, como en la organización médico-sanitaria que se fue estructurando. Aunque no sea el único factor explicativo de una historia de la salud pública paulista, esta movilización médica será siempre uno de sus pilares centrales, por conferir a la corporación una participación intensa y definitoria en políticas y acciones en el área.

Aún en la década de 1940, el lugar del médico sanitarista estaba en discusión, reafirmandose siempre que eran los centros de salud los que más necesitaban su presencia y actuación, por su formación y especialidad en el área. Fue desde esa perspectiva que Francisco Borges Vieira abordó el tema, procurando establecer ese vínculo para la experiencia paulista:

...los Centros de Salud deberán ser dirigidos por médicos sanitaristas que presten servicios en régimen de tiempo completo y reciban la remuneración correspondiente. En los centros donde haya necesidad de médicos sanitaristas subordinados, estos también deberán prestar servicios en régimen completo y en una carrera de promoción establecida según el mérito y, en cuanto a los salarios, deberán regirse por una tabla de aumento progresivo. Para ingresar en el cuerpo de médicos sanitaristas, se exigirá, siempre que sea posible, la prueba de conclusión del curso de especialización en higiene en una escuela reconocida. Para las promociones, se tomarán en cuenta la presentación del certificado mencionado y los trabajos de salud pública realizados por el candidato. (Borges Vieira, 1945, p. 36)

La eugenesia como saber tecnológico: cuerpo del individuo, cuerpo de la salud

Los siglos XVIII y XIX representaron para el pensamiento médico un momento de gran ruptura epistemológica, no solo por la organización de la medicina

bajo el poder estatal, sino también por mediar el espacio urbano y definir sus niveles de salubridad, así como por examinar el cuerpo del trabajador y sus formas de reparación (Foucault, 1985). Como muestra claramente Michel Foucault (1977) en *El nacimiento de la clínica*, este también es un momento de reorganización hospitalaria, de una nueva definición del estatuto del enfermo y de la formación de una nueva relación entre la asistencia y la experiencia, es decir:

...el uso de la fidelidad y la obediencia incondicional al contenido detallado de la experiencia –decir lo que se ve–; fue por lo tanto necesario situar el lenguaje médico en este nivel aparentemente muy superficial, pero, para decir la verdad, profundamente oculto, en el que la fórmula de la descripción es al mismo tiempo un acto de revelación. (Foucault, 1977, p. 226)

El cuerpo adquiere una definición de *normalidad* basada en el silencio corporal, en su presencia-ausencia, resultando en un cuerpo que debe envejecer bajo el desconocimiento colectivo, es decir, dentro de patrones fisiológicos y anatómicos, así como sociales considerados normales. Se postula un modelo preestablecido de posturas, gestos y acciones identificados y moldeados por una “naturaleza saludable de sus órganos” (Le Breton, 2011, p. 72). En su análisis, Mendes-Gonçalves aproxima las definiciones de lo normal y lo patológico no como una normatividad extrabiológica, sino contenida inmediatamente en el propio objeto del trabajo médico:

...allí en aquello que él denomina como enfermedad [...] lo normal y lo patológico no existen en un estado de pureza biológica “antes” para “después” contaminarse con características provenientes de otros órdenes de realidad, sino que se definen inmediatamente en el encuentro de lo biológico con lo no biológico a nivel del cuerpo. (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 58)

Canguilhem formula una cuestión fundamental: ¿puede el hombre que no está enfermo aprehender la salud, si solo cuando enferma puede comprender que perdió algo? ¿Cómo no estar enfermo en un mundo en el que hay enfermos? Así, la amenaza de la enfermedad es uno de los componentes de la salud. En palabras del autor: “la salud es la vida en silencio de los órganos y, por lo tanto, lo normal biológico solo se revela a través de las infracciones a la norma, y solo hay conciencia concreta o científica de la vida por obra de la enfermedad” (Canguilhem, 1971, p. 86).

A partir de las primeras décadas del siglo XX, estas proposiciones tuvieron implicaciones éticas y políticas de gran alcance (Prior, 2013), porque la exclusión de los estados temporales de enfermedad del concepto tradicional de salud y el apego ciego a lo que se definía como ciencia contribuyeron al surgimiento, en el siglo XIX, y su rápida concreción en el siglo siguiente, de la llamada ciencia de la raza, la eugenesia, que proponía la creación de una sociedad saludable y de hombres buenos, identificando en los llamados “inferiores” las condiciones para salir o no del estado de morbilidad y degeneración. Desde esta perspectiva, en varias instancias y con gran alcance científico, jurídico y político, abarcando la medicina y la salud pública, se propuso que esos hombres y mujeres perdieran la libertad individual de decidir sobre sí mismos y su descendencia, debiendo someterse a los imperativos restrictivos que indicara la ciencia médico-eugénica.

En el caso paulista, este tema se integró a una discusión que ya estaba en curso en el ámbito intelectual y político, dado que existía un proyecto de blanqueamiento de la población como estrategia de elevación racial. Esto tomó impulso tecnológico en las esferas médicas y de salud pública, y la eugenesia ganó espacio tanto en la institución de las especialidades médicas en las décadas de 1930 a 1950 como en la estructuración de la reforma sanitaria emprendida por Geraldo de Paula Souza en la década de 1920, como base inequívoca para las siguientes. Es fundamental acompañar este proceso para hilvanar internamente las directrices dadas a la gestión médica y de salud pública.

En el momento en que las especialidades médicas ganaban relevancia e incluso disputaban entre sí espacio institucional y científico, la eugenesia como ciencia de la raza invadió todas ellas. Desde los estudios obstétricos hasta los quirúrgicos, desde las prácticas sanitarias hasta las experiencias implementadas por psiquiatras, todas incorporaban la eugenesia, aunque interpretada y practicada de formas diversas y, en algunos casos, opuestas. Este enfrentamiento entre las “eugenesias” tuvo repercusiones políticas, filosóficas, religiosas y científicas, confluyendo, sin embargo, en dos vertientes centrales: la de quienes entendían que las acciones ambientales podrían equilibrar la formación del “hombre bueno”, eugenesia que recibió el nombre de lamarckista o positiva, y la de quienes veían en la herencia y en la restricción la única forma de constituir un hombre dentro de un proyecto de mejora racial, denominada eugenesia negativa o mendelista.

Por eso, llama la atención de los analistas cuánto ese campo científico es un espacio minado por diversas interpretaciones y acciones que buscaban en mitos de origen regionales e innovaciones modernizadoras salidas para la elevación de la raza (Vimieiro-Gomes, 2016). En el caso de São Paulo, todos estaban de acuerdo respecto a la superioridad racial del paulista, incluso el

campo sociológico e histórico defensor de la preeminencia de un hombre blanco y racialmente superior (Oliveira Vianna y Alfredo Ellis Junior), definido como “sub-raza superior”, mientras que los afrodescendientes eran considerados “hombres inferiores”, lo que explicaría su *ausencia* en la formación original del estado. São Paulo se atribuía el privilegio de una raza superior ya adaptada a los nuevos tiempos, apta para poner a Brasil en los rieles del progreso. La llegada del trabajo libre, de migrantes e inmigrantes que llegaban de manera sistemática y no controlada, daba lugar al discurso que pedía la restricción de esa gente, que podría “ensuciar la raza de gigantes”, constituida, según la versión paulista, desde los primeros tiempos, entre los “indios de estirpe” y los “audaces portugueses” cuando aquí echaron raíces (Mota, 2005) y que poco a poco fueron diluyendo la sangre india, originando una población mestiza y blanca. Ese poder atribuido a la blancura puede entenderse como “una red en la cual sujetos blancos están consciente o inconscientemente ejerciéndolo en su vida cotidiana mediante pequeñas técnicas, procedimientos, fenómenos y mecanismos que constituyen efectos específicos y locales de desigualdad social” (Schuman, 2014, p. 57).

En el caso paulista, al incorporarse la eugenesia también como un término médico en las diversas especialidades —incluida la salud pública— se definían estrategias en la búsqueda de un hombre ideal, reconocido en su individualidad para ser modificado, pues se afirmaba que no todos tenían las mismas posibilidades de ascender desde un estado considerado mórbido y degenerado. Entendida como “tecnología científica” a implementar, la eugenesia motivó extensos debates y desembocó en subdivisiones importantes, teniendo, en gran medida, la cuestión de los negros y mulatos en la agenda del pensamiento eugénico.

Nancy Stepan desarrolló una tesis sobre el eugenismo en América Latina señalando las particularidades nacionales. Buscó refutar la visión predominante en Estados Unidos y Europa, que consideraba que el eugenismo en los países latinoamericanos sería una simple copia de lo que se producía en esos lugares, y mostró cómo una visión neolamarckista de la eugenesia fue la piedra angular en la inscripción específica de ese debate, siendo Francia el polo irradiador de la versión eugénica predominante adoptada, resultando la acción sanitaria y preventiva la opción ideal para la configuración poblacional (Stepan, 2005, p. 14). Para esa eugenesia, particularmente basada en factores influenciados por el sanitarismo y la propaganda higiénica, esas acciones podían intervenir en la formación física y mental de los individuos, teniendo su discurso un espacio privilegiado en áreas como la educación y el derecho.

Comenzaba a incorporarse a la vida de los ciudadanos la idea de normalidad/patología, que se extendió a diversas esferas de la construcción social y,

en particular, a la infancia. Esa convergencia en la infancia tuvo repercusiones también en la obstetricia, con el infantilismo colonizando la construcción de una salud materna, una de las raíces históricas de la posterior salud reproductiva, centrada en una higiene prenatal dirigida a una mujer considerada, sobre todo, por su condición de madre (Mota & Schraiber, 2009a).

Fue entre las preocupaciones maternas e infantiles que la puericultura ganó un espacio destacado para explicar la formación del “mejor hombre”, llevando al campo de la eugenesia ambiental el gran tema de la alimentación y la lactancia materna, acciones que debían integrar un arsenal de cuidados: “las alteraciones orgánicas que más merecen atención como las diarreas, para las cuales existen clasificaciones extensas y minuciosas, el estreñimiento intestinal, los vómitos y la dentición” (Novaes, 2009, p. 147).

Al mismo tiempo, se buscaban en ese ser todavía imperfecto —puesto que la perfección residiría en el ser adulto— fallas que pudieran estar ya en su gestación; por eso la herencia sería determinante para el surgimiento de un ser capaz de desarrollarse dentro de la normalidad, “para poder alcanzar el estado de perfección, es necesario que exista el proceso de crecimiento, una fuerza vital transmitida por la herencia que todo lo determina” (Novaes, 2009, p. 147). La configuración eugénica del niño pronto se popularizó y, en enero de 1926, se realizó en São Paulo el I Concurso de Eugenesia del país, con la clasificación de tres niños considerados plenamente eugenizados y teniendo São Paulo la primacía en ese proceso (Mota, 2003, p. 98).

Una de las organizaciones filantrópicas dedicadas a la infancia y a los cuidados maternos fue la Cruzada Pró-infancia, creada en 1930, con la participación de mujeres de la clase media y de la élite de la ciudad, muchas de ellas con experiencia en trabajo voluntario, prestando atención, en sus primeros tiempos, al trabajo realizado por las educadoras sanitarias. Así, la Cruzada funcionó bajo los auspicios de la Asociación de Educación Sanitaria, proponiendo “un programa que preveía la creación de un Dispensario Central donde se llevarían los casos observados en los puestos de salud por las educadoras sanitarias y por miembros de otras asociaciones filantrópicas” (Mott *et al.*, 2005, p. 47). Con el tiempo, las acciones de la Cruzada se extendieron a escuelas infantiles y de formación de profesoras y madres, siempre difundiendo esos preceptos a partir de bases eugenésicas de la educación sanitaria.

En 1938, se lanzó *Viver*, la primera revista de carácter eugenésico dirigida a la familia preocupada por los cuidados capaces de formar seres equilibrados y sanos para la sociedad. Geraldo de Paula Souza fue uno de los responsables de la revista, cuyos objetivos señaló desde el primer número, en un artículo titulado “Tengamos fe en el futuro de la raza”:

...vivir, en la acepción más amplia del término, es valerse de todos los recursos a nuestro alcance –lucha; depende de los factores de inteligencia, fuerza y salud; tener en la mira un objetivo –felicidad, destacándose lo colectivo, porque de la proporción de inteligentes, fuertes y saludables se mide la grandeza de un pueblo y resulta la felicidad de la nación (Souza, 1938, p. 10)

En la Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo, la eugenesia se difundió, en gran medida, por medio de las tesis doctorales, trabajos monográficos presentados por los estudiantes para obtener el título de doctor. En su investigación sobre esta obligación académica instaurada en 1918, Verzolla encontró las primeras tesis expresamente sobre el tema de la eugenesia en 1920, abarcando hasta 1939. Fueron 45 tesis distribuidas entre las siguientes cátedras: Higiene (33), Medicina Legal (6), Clínica Neurológica y Psiquiátrica (2), Pediatría (2), Clínica Oftalmológica (1) y Terapéutica Clínica (1) (Verzolla, 2017, p. 82).

Su estudio también evidenció un cierto equilibrio entre la difusión de preceptos eugenésicos orientados a la eugenesia positiva y sus preceptos educativos del buen vivir y la eugenesia negativa, con sus propuestas restrictivas y racistas. Entre las tesis analizadas, una es ejemplar en lo que respecta a los presupuestos eugenésicos de marcado racismo. Con el título *Los cinco problemas de la eugenesia brasileña*, fue defendida en 1929 por Pedro Monteleone, y señalaba a la raza como un factor médico a ser considerado en los diagnósticos eugenésicos:

...ubicando a la raza blanca en el primer lugar de clasificación por sus dones raciales, debido a sus altas cualidades intelectuales, no solo de asimilación, sino principalmente de creación. En segundo lugar estaría la raza amarilla, considerada más limitante que realizadora. Y, por último, vendría la raza negra, considerada la más inferior en la escala de valores humanos y que siempre debe seguir a las otras. (Monteleone, 1929, p. 119)

En el campo de la salud pública paulista, igualmente, la eugenesia fue entendida como una ciencia poderosa para el avance de la máquina administrativa de salud, tanto en acciones de carácter ambiental como restrictivo. Es importante resaltar que la influencia de la Fundación Rockefeller en la formación de Geraldo de Paula Souza y Francisco Borges Vieira, becarios de la Fundación, fue decisiva en este proceso, fundamentando su plan de salud pública basado en tales preceptos. Y no podría ser de otra manera, pues desde la década de 1910, la Fundación Rockefeller fue la mayor entusiasta de la eugenesia, tanto

dentro como fuera de los Estados Unidos, financiando instituciones académicas y científicas para ayudar a identificar la “sangre inferior” y las formas de restringirla. En la década de 1930, habría financiado una red de científicos e instituciones, incluso en la Alemania nazi, hecho que la propia Fundación aclaró: estaba en contra del Reich y su violencia, pero a favor del debate racial alemán, sobre todo proveniente de la biología. Con el estallido de la guerra, en 1939, esos financiamientos fueron cesando.

...con pocas excepciones, la Fundación había cesado todos los estudios de eugenesia en Europa ocupada por el nazismo cuando se declaró la guerra, en 1939. Pero, para ese entonces, los dados ya habían sido lanzados. Los hombres talentosos que la Fundación Rockefeller financió, las grandes instituciones que ayudó a fundar y la ciencia que ayudó a crear tomaron su propio ímpetu científico. (Black, 2003, p. 588)

Entre las instituciones financiadas por la Fundación Rockefeller en toda América Latina, en São Paulo, la Facultad de Medicina y su Instituto de Higiene fueron las primeras impactadas por tales cuestiones científicas. Se estudiaba la raza como factor de higiene, tanto en investigaciones científicas y estudios académicos presentados a los médicos becados por la Fundación, como en su “lectura paulista”, introduciendo una nueva tecnología de salud, la eugenesia.

Tal vez aquí uno de los grandes problemas en la construcción histórica del período sea intentar separar de las acciones reformistas de Paula Souza su esencia, es decir, la ciencia racial que articuló todo su proyecto, reduciendo su plan tecnológico solamente a los centros de salud y a la eugenesia como sinónimo de saneamiento. Sus esfuerzos fueron grandes en ese sentido, al incorporar acciones sanitarias de base ambientalista como la nutrición, la puericultura y la educación sanitaria, temas difundidos por el Instituto de Higiene, pero también al señalar la inferioridad de negros y mulatos, prever la restricción matrimonial a través de los centros de salud o incluso colaborar con la difusión de esos preceptos mediante cartillas y revistas eugenistas.

Así, no hay manera de comprender su proyecto dentro del pensamiento modernizador paulista sin vincularlo a una interpretación, en cierta medida, también de base racista, involucrada, en términos intelectuales más generales, en la formación social brasileña. El tema racial formaba parte de la agenda de discusión de sus élites, siendo los médicos quienes ocupaban un lugar privilegiado por haber señalado no solo dónde se encontraba la amenaza de una futura herencia, sino también haber propuesto una solución

médico-sanitaria para salvaguardarla, “cautelados menos por los méritos o atributos individuales de cada uno de los elementos que por la certeza de que la superioridad innata del blanco acabaría, más tarde o más temprano, por triunfar también en los trópicos” (Luca, 1999a, p. 175).

Romero señala el lugar de São Paulo en este conflicto racial:

...São Paulo se había convertido en la ciudad precursora del movimiento eugenésico en Brasil. Al fin y al cabo, ¿en qué otro punto del país podría observarse con mayor claridad esa “transfusión desordenada de sangre”, esos “sangres diversos que en confusión crepitante” circulan por nuestras venas, esos “sangres perturbadores”, esa policromía? En las primeras décadas del siglo XX, la ciudad de São Paulo era, para los eugenistas, la condensación del desorden y la desarmonía que amenazaban la construcción de la nacionalidad; era la imagen de Brasil, un caleidoscopio de sangres, un caleidoscopio de razas, pues a la raza negra, remanente de la esclavitud, y a los mestizos, se les sumaron miles de extranjeros europeos y asiáticos. (Romero, 2002, p. 111)

En 1924, Paula Souza escribía sobre los problemas étnicos que debían recibir la atención de la salud pública, enfatizando la relevancia de los servicios de estadística:

...es muy importante verificar el fenómeno e inspirar a la estadística las medidas que nos protejan de la aniquilación racial y favorezcan su progreso étnico. No cabe duda de la notable importancia que debe reconocerse en la constitución de los rasgos finales de las razas humanas, ante el fenómeno variable del crecimiento de las actuales poblaciones del globo [...] en São Paulo, aunque la nupcialidad entre brasileños, la natalidad supera en las parejas extranjeras, de donde claramente se observa la influencia activa que nos va modificando el tipo racial y mucho necesita nuestra mejor atención dirigirse a los problemas étnicos emergentes. (Paula Souza, 1924, p. 5)

Con tal intención, escribió una obra importante sobre el tema, que sería reveladora de sus propósitos. Ya en la presentación de *Eugenia e imigração*, de 1928, el autor aclara de qué se trataba la eugenia:

...fundada en la herencia, que repite a los padres en los hijos, reclama la eugenia, nombre adecuado que se le da a la nueva ciencia en activa y generosa formación, que se purifique, en cuanto al alcance de la

sociedad y compatible con la moral, la fuente de la que emanan las poblaciones. Alejados de la procreación los anormales, los degenerados, los elementos inferiores y los de cruzamiento indeseable, se evitará el retroceso de la mejora humana ya adquirida. (Paula Souza, 1928, p. 1)

Su preocupación central era la procreación y la herencia, ya que el atavismo sería un pilar fundamental del pensamiento eugenésico, capaz de indicar los espíritus más elevados y nobles de la sociedad, sustentado por un discurso entrelazado entre esta particularidad y las acciones eugenistas ambientales capaces de inducir este proceso de elección y mejora a través de la herencia física y mental.

Para eso, estudió tres tipos de eugenia, postulando el lugar de cada uno en el proyecto de higienización racial:

...la *eugenia positiva* busca la educación que induzca al matrimonio de prole feliz, sugiriendo a los novios los peligros de la herencia, que responsabiliza a los ascendentes por los males congénitos de los descendientes, así como la educación sexual que exponga a los adolescentes las ventajas de la castidad extraconjugual, la gravedad de las enfermedades venéreas, la facilidad de contraerlas, los medios para prevenirlas, la necesidad de tratamiento inmediato y la obligación de no contagiar. También busca el desarrollo físico en los ejercicios y el intelectual mediante la divulgación de la escuela y la enseñanza. La *eugenia preventiva* tiene como objetivo los medios para evitar el crimen, los vicios, entre los cuales destaca el del alcohol y los narcóticos; los excesos y las enfermedades, por el daño que causan al individuo y como factor de decadencia de la prole. En nuestro país, con escasos conocimientos sobre el tema, sería de gran conveniencia que en todos los medios escolares se incluyera entre los primeros deberes del maestro el de enseñar higiene y moral relacionadas con la eugenia. La *eugenia negativa* no significa hostilidad hacia los débiles, los seres decadentes, que, por el contrario, la asistencia ampara y protege entre los pueblos civilizados; no es la exclusión sin piedad del más débil por el más fuerte; es solo la creación de obstáculos, por parte de todos los que se ajustan a la moral, para evitar matrimonios perjudiciales. No sería justo, ni racional, sino contrario a la economía social, al futuro de la raza y a los propios sentimientos de humanidad, que la sociedad fuera indiferente, ya no se diría favorable, a la unión conyugal de individuos infelices,

que los reproduzca y multiplique. Y aquí está la justificación plena de que la ley haga depender el matrimonio del examen de salud de los novios. Si tal exigencia jurídica favorece uniones extralegales, estas serán en menor número que los matrimonios condenables evitados. A esta consideración se suma el hecho de que la prole ilegítima crece con mayor dificultad, tanto por la situación moral como por la económica, representando así un menor contingente nefasto. (Paula Souza, 1928, pp. 2-3)

Yendo más allá, Paula Souza explica el proceso de formación del hombre brasileño a partir de una jerarquización racial: “el salvaje, de raza mongólica, el colonizador, de raza aria, y la raza negra, de los más variados especímenes, importada para los trabajos agrícolas” (Paula Souza, 1928, p. 3). Sobre este brasileño fruto del cruce inter-racial, habría existido un *colapso* racial.

...el colonizador primitivo era de una capa de la población portuguesa de estatura elevada, que se caracterizaba por el espíritu de conquista y de emprendimiento; a esta, dominado el país, le siguió otra, de estatura mediana, espíritu pacífico y de menor iniciativa, que constituye la gran masa que entra en nuestra formación y está mezclada con otros dos elementos, principalmente con el negro. (Paula Souza, 1928, p. 4)

En su análisis, el negro podría ser entendido como un elemento que configura la decadencia racial brasileña. Más que el negro, el mulato estaría en el auge de este proceso, pudiendo observarse su grado de decadencia física y moral, a pesar de estar atravesado por un proceso de arianización, principalmente en suelo paulista.

...comenzó la población a arianizarse de manera activa, por la predominancia de la raza blanca, que se fue formando sucesivamente más grande, y también por la mortalidad de productos de la fusión de esta con la negra. El mulato es poco prolífico y con gran frecuencia es víctima de una menor resistencia física, lo que lo expone a las enfermedades y a los vicios. A los vicios lo arrastra el carácter generalmente degenerado o de fácil corrupción, que lo degrada desde el nacimiento y proviene de la prostitución materna, de la unión ilícita o, más fácilmente, del contacto promiscuo (fuente de sífilis) de la mujer negra con el hombre blanco, de donde proviene este mestizo. De hecho, aunque numerosos estos productos del cruce, son escasas

las uniones entre blancos y negras y aún más entre negros y blancas, porque la raza superior evita tales matrimonios, los cuales se consideran humillantes, no obstante, no se esquivan del contacto más o menos velado por la clandestinidad. Va quedando en el campo, en este mestizaje, el mejor factor puro o ya bastante arianizado. Ahí está el curso de este fenómeno étnico, que se encamina de manera favorable. (Paula Souza, 1928, pp. 4-5)

Con el fin de la Segunda Guerra y la revelación de los horrores del holocausto, la eugenesia dejaba las marcas de su paso y aún persistía en los servicios de salud paulistas en las décadas siguientes, pudiéndose encontrar en la ciudad de São Paulo los llamados Puestos de Eugenesia, entre cuyas actividades se encontraba el Concurso de Robustez. En 1947, el barrio de Ipiranga promovió un certamen, igualmente acompañado de la evaluación médico-sanitaria.

...los trabajos estaban siendo realizados por el doctor Osvaldo Veroni, médico pediatra, auxiliado por una enfermera y dos visitadoras sanitarias, con la asistencia del padre Pedro Balint, director del Círculo Obrero de Ipiranga, además de otras personas que seguían con interés el desarrollo del certamen. (*A Gazeta*, 16 de agosto de 1947, p. 5)

El mes siguiente,

...en el Instituto de Educación de São Paulo, en la Plaza de la República, se realizó la primera selección de niños que participarán del Concurso de Robustez Infantil, promovido por el Centro de Puericultura D. Anita Costa, de los alumnos de la Escuela Caetano de Campos. (*A Gazeta*, 25 de septiembre 1947, p. 4)

De la misma manera, continuaban siendo producidas obras de corte eugenista de base restrictiva, que servían para estudiantes de medicina, enfermería y áreas relacionadas con la salud pública. Entre ellas, *Puericultura*, manual publicado por el gobierno federal en 1950, contenía un texto del médico Clóvis Correia da Costa que apoyaba las esterilizaciones nazistas. Según el autor, los individuos portadores de taras constituyen una carga pesada para la sociedad en la que viven, ya que sus hijos pueblan reformatorios, asilos, hospitales y cárceles.

...la Justicia Alemana cortaba el mal de raíz, condenando al individuo a la esterilización, aunque permitía el matrimonio; sin embargo,

sería un matrimonio en blanco, sin descendencia. La ley nazi fue muy criticada, más por motivos de orden político que por motivos científicos. Así, pues, la esterilización eugenésica es una medida de alta sabiduría, de gran valor social, no debemos condenarla solo porque tuvo su mayor auge en la ideología nazi. (Costa, 1950, pp. 17-18)

También existía el *Compendio de higiene*, publicado en 1951, de João de Barros Barreto, profesor catedrático de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas, que dedica el capítulo 8 a los ejercicios físicos y a la higiene mental. Según el autor, con la eugenesia, la profilaxis mental tendría el papel de impedir el matrimonio de los afectados por enfermedades graves, “en esta prohibición, que para ser eficiente debe llegar a la esterilización (vasectomía y salpingectomía), todavía existen divergencias de opiniones sobre la extensión que debe darse a la medida y su grado de obligatoriedad”. Ante la duda sobre el nivel de extensión de la acción, Alemania y los Estados Unidos fueron nuevamente mencionados como ejemplos de este tipo de “higiene”:

...en Alemania, estaban sujetos a esterilización los deficientes mentales de nacimiento, los esquizofrénicos, los maníaco-depresivos, los epilépticos hereditarios, los ciegos, los sordos de nacimiento, los enfermos de la enfermedad de Huntington, los portadores de deformaciones físicas de nacimiento e incluso los alcohólicos manifiestos y graves. En Estados Unidos, 27 estados tienen leyes sobre esterilización y, hasta fines de 1948, alrededor de 50 mil personas habían sido sometidas a ella. (Barreto, 1951, p. 135)

Movimiento preventivista: la comunidad como valor (1950-1960)

Es importante señalar, sin embargo, que desde la segunda mitad de la década de 1930, las acciones eugenésicas, especialmente las mendelistas y de carácter restrictivo, comenzaron gradualmente a causar incomodidad en parte del campo médico. Inicialmente, debido a la inevitable analogía con el nazismo, como ya lo indicaba el *Boletín de Higiene Mental* en 1938:

...desde que el nazismo creó institutos de Eugenesia, desviándolos de su finalidad científica y humanitaria hacia fines político-raciales, se establecieron falsos prejuicios en torno a las doctrinas eugenésicas. Estos prejuicios se volvieron tan extensos y profundos que, al proponer en el 3er Congreso Internacional de Higiene Mental que

se recomendará a todas las facultades de Medicina del mundo la creación de una cátedra de Eugenesia, esta idea fue inmediatamente rechazada y considerada como un intento de renacimiento del espíritu del hitlerismo. (Vizzoto, 1938, p. 86)

En el campo de la investigación médica, el rechazo a los significados del término *eugenesia* después del Holocausto llevó a los antiguos “científicos de la eugenesia” a un cambio semántico en sus trabajos; surgieron, así, expresiones como *genética humana* y *asesoramiento genético*, áreas científicas que debían mantenerse alejadas del nazismo, pero que, en definitiva, siempre estuvieron próximas a la eugenesia (Cravens, 1988). El esfuerzo por separar estas definiciones y sus objetivos generó un gran debate en Estados Unidos y Europa (Broberg & Roll-Hansen, 2005) en las décadas de 1940 y 1950, consolidándose la genética humana, pero sin desaparecer por completo la eugenesia como eje explicativo de ciertas cuestiones. De manera ejemplar, en la FMUSP, en 1969, se podía encontrar en el programa curricular para los estudiantes de primer año de grado una asignatura autónoma e introductoria titulada Genética, que abarcaba tanto la genética como la eugenesia, y con las siguientes áreas complementarias: “Selección y eugenesia –coeficiente de selección. Selección contra anomalías dominantes y recesivas, heterosis y sickle cell anemia. Asesoramiento genético– significación de la probabilidad en medidas eugénicas” (Raw, 1969, p. 20).

En el campo de la salud pública, las críticas a la eugenesia atravesaban diversos organismos internacionales, cuando se adhirieron a una internacionalización de la medicina preventiva ya claramente como un movimiento ideológico, lo que sin duda afectó profundamente a la eugenesia y sus cánones. Según esta interpretación, se decía que lo importante era verificar que la medicina preventiva, la medicina social y la salud pública se mostrarían más seguras y positivas, al abarcar a la colectividad (Dória, 1945, p. 80). Esta nueva disposición médica relegó a la eugenesia a un pequeño alcance nacional, recordando a los defensores de la llamada “medicina de la colectividad” que:

...si es interés de la Eugenesia que el niño nazca bien, esto debe ocurrir, en igualdad de condiciones, con la mujer del pueblo o de la alta sociedad. Si la alimentación sana, racional y científica es condición necesaria para la buena salud y el buen rendimiento energético, es necesario que el alimento sea proporcionado, igualmente, si no con mayor abundancia, a las clases pobres proletarias, que más trabajan, que más producen. (Dória, 1945, p. 80)

Ya en el año 1950, Arthur Ramos decía:

...con muchas reservas, las medidas aconsejadas por ciertos países, de esterilización de los alienados y delincuentes, tan inciertas aún son, como veremos, las leyes de la hereditariad humana. No puede apoyar, tampoco, cabe señalar, las medidas más extremistas de cierta higiene llamada racial, con fines políticos. (1955, p. 23)

Así, si la eugenesia perdía su estatus de base científica, la salud pública era paulatinamente afectada por el preventivismo como una forma de responder a las demandas que se acumulaban en São Paulo. El preventivismo fue, sin duda, un movimiento que ayudaría a responder a las necesidades económicas del sector, es decir, a abaratar el sistema de salud estatal al centrarse en las medidas de carácter colectivo de prevención, como demostrar, políticamente, que había una preocupación de los países capitalistas con las demandas sociales que involucraban la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Fue en este contexto que emergió el ideario preventivista, a partir de tres vertientes: la higiene, del siglo XIX, ligada al desarrollo del capitalismo y a la ideología liberal; la discusión de los costos de la atención médica en las décadas de 1930 y 1940 en Estados Unidos, ya bajo una nueva división internacional de poder y en la propia dinámica de la Gran Depresión, que configuraron el surgimiento del Estado interventor; y la redefinición de las responsabilidades médicas, surgida en el interior de la educación médica (Arouca, 1975, p. 67-8). Sus directrices resonaron al discutirse una nueva configuración de la formación profesional, proclamadas en los Seminarios de Viña del Mar, en Chile, en 1955, y de Tehuacán, en México, en 1956. La presencia de brasileños, entre ellos muchos representantes de São Paulo¹, demostraba su gran interés.

Según Dalmaso, este fue un período de cambios profundos, involucrando cada vez más campos técnico-científicos ajenos a la medicina:

¹ Alagoas: Abelardo Duarte, José L. de Gusmão Lyra; Bahia: Rodrigo Argollo Ferrão, Ruy Santos; Ceará: Francisco Araújo, Jurandir Picanço; Minas Gerais: Josias Vaz de Oliveira, Justino Moraes Sarmento, Leontino da Cunha; Pará: José R. da Silveira Netto; Paraíba: Humberto da Cunha Nóbrega, Newton Lacerda; Paraná: Milton Munhoz; Pernambuco: Álvaro Vieira Mello, Antônio S. dos Santos Figueira, Joaquim Costa Carvalho, Waldemir Miranda; Rio Grande do Sul: Luís Guerra Blessmann, Paulo Moreira; Río de Janeiro: Almir Castro, Hamilton Lacerda Nogueira, João Barros Barreto, Manoel José Ferreira; São Paulo: Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, Jairo Ramos, João de Aguiar Pupo, José Maria Freitas, José L. Pedreira de Freitas, Raphael de Paula Souza, Walter Pereira Leser, Zeferino Vaz.

...las modificaciones de las sustancias de la Clínica a lo largo de la segunda mitad del siglo XX no se debieron tanto a avances internos de la Medicina, como a los no menos importantes e innumerables desarrollos en las áreas de microbiología, genética, farmacología, sino a la aplicación a la Medicina de conocimientos científicos y técnicos desarrollados y utilizados en otras áreas y que, por la legitimidad social de los valores que estos conllevan y producen, fueron transferidos y adaptados al área de la salud. (Dalmaso, 2000, pp. 55-56)

Reflejo del salto tecnológico debido a los descubrimientos médico-científicos aliados a los del campo farmacéutico —antibióticos, psicotrópicos y esteroides— se desarrolló en esos años la creencia en la conservación de una cierta prosperidad social del mundo occidental, por el aumento de la expectativa de vida y el estilo de vida (Hardy & Tansey, 2006, pp. 405-406). Ingresaron a la agenda médica y de la salud de los ciudadanos temas hasta entonces desconocidos como, por ejemplo, el medio ambiente y la discusión sobre la contaminación, la educación y la lucha antibabáquica, y los cuidados dirigidos a la pobreza social (Hamilton, 2011, p. 236). Estas cuestiones requerían una revisión de la propia formación médica y de las instituciones de salud de la época.

Tal reforma médica fue, entonces, una reacción a las dificultades que se presentaban en torno a la formación aún flexneriana, involucrando diversas corrientes de pensamiento, abordando temáticas cercanas, pero:

...con desarrollo propio y estrategias de reformas distintas entre sí: así, por ejemplo, se incluyen entre estas temáticas las de medicina integral, medicina preventiva, medicina de familia, medicina generalista, medicina comunitaria, integración docente-asistencial, además de las diversas formulaciones producidas bajo la temática de la planificación de recursos humanos. (Schraiber, 1989, p. 106)

En todas había un componente integrador derivado de un cambio que se imponía a la práctica profesional y como reflejo de las nuevas necesidades sociales relativas al cuidado médico, es decir:

...estas necesidades que hasta entonces habrían estado predominantemente dirigidas hacia la cura de las enfermedades estarían siendo reorientadas hacia la obtención de un estado global de la salud, reorientación que los avances del conocimiento médico ya permitían. En este sentido, una recuperación integral del paciente y, al mismo tiempo, la prevención de las enfermedades, constituyen los nuevos

requisitos que se estiman para la práctica, exigiendo una recomposición, en el mismo sentido, del acto médico individual. (Schraiber, 1989, p. 106)

El debate internacional sobre la salud y sus posibles formas de cambio en relación con la esfera social giraba en torno al desarrollo de las naciones vinculado a las cooperaciones internacionales:

En la V Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra en el año 1952, dos conferencias quedaron fuertemente marcadas como principios del movimiento sanitarista desarrollista. El economista Gunnar Myrdal presentó una tesis sobre la circularidad de la pobreza y el atraso de las naciones, que pronto fue adoptada como principio para el campo de la salud pública en diversos países. Otro discurso que pronto se convirtió en referencia fue el del sanitarista C. E. A. Winslow, quien habló sobre las relaciones de planificación, reformas, valoración de las nuevas técnicas de salud, prestando atención a los recientes cambios en el área y al advenimiento de la idea de erradicación. (Muniz, 2013, p. 28)

Para concretar esas pretensiones, se organizó una serie de encuentros y congresos con el objetivo de estructurar las diferentes visiones de aquellas corrientes. Este proceso fue fruto de una agenda internacional propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), ambas interesadas en promover, en un plano más general, acciones en la esfera de la salud pública y en la de la asistencia médica individual, especialmente a partir de la década de 1950, en relación con: organización de servicios nacionales de salud, zoonosis, salud de los trabajadores, salud materno-infantil, migraciones, alimentos, fármacos, saneamiento básico y las relaciones entre la salud pública y los seguros sociales (Lima, 2002, p. 73).

Según Cueto (2004, p. 92), este período estuvo marcado por la discusión sanitaria y preventivista en congresos, talleres y encuentros en torno al panamericanismo, teniendo como temas principales las diferencias sociales y económicas y las formas que podrían atenuarlas en el campo médico-sanitario. Desde la construcción de hospitales hasta la formación de recursos humanos, desde la eliminación de focos epidémicos hasta la lucha contra la pobreza extrema, se esperaba que el intercambio de experiencias nacionales contribuyera con ideas y estrategias para combatir el llamado subdesarrollo, respaldado por una literatura que se podía encontrar en una biblioteca centralizada:

...la salud también era indispensable para la economía debido a la creciente importancia que tenían las enfermedades ocupacionales, expresadas en problemas como la silicosis de los mineros, la contaminación del aire, las radiaciones ionizantes y la intoxicación por pesticidas [...] debiendo existir una articulación entre la salud y la economía. Mejor dicho, reconocían que, lamentablemente, en general, existía un círculo vicioso entre la falta de salud y el subdesarrollo económico. (Lima, 2002, pp. 114-115)

Entre los trabajos presentados en los seminarios de la OMS-OPS, *Medicina preventiva*, de Leavell & Clark, en el año 1965, ganó notoriedad internacional, habiendo sido traducido y publicado en Brasil en el año 1976. La obra intentaba definir qué sería la medicina preventiva y dar los lineamientos constitutivos, rompiendo con un pensamiento médico basado, a partir de los descubrimientos bacteriológicos, en la concepción única de los procesos de enfermedad, es decir, en la interpretación corriente de que, al identificar un agente y sus medios de transmisión, se resolvería el problema de la prevención. Leavell y Clark (1976, p. 14), por el contrario, discuten las múltiples causas que debería contemplar el razonamiento médico y de salud pública: “factores hereditarios, sociales y económicos o del medio ambiente pueden estar creando estímulos patógenos mucho antes de que el hombre y el estímulo comiencen a interactuar para producir la enfermedad”.

Según los autores, la medicina preventiva podría ser definida, entonces, como la “ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental y la eficiencia”. En esta perspectiva, tanto la salud pública como la llamada medicina privada serían divisiones de la medicina preventiva: la primera, por la agenda a nivel comunitario, la segunda, porque el médico ya no está a cargo de un caso, sino que es miembro de un equipo de trabajadores e instituciones. La educación sanitaria permanecía como central en el proyecto preventivista, exigiendo de sus profesionales, de la comunidad o del hospital que dedicaran a la población información y prácticas consideradas saludables y civilizadas para ser incorporadas a su día a día:

...el profesional consciente utiliza, de forma total e inteligente, la excelente oportunidad que es la relación íntima médico-paciente, en la cual el paciente revela una gran disposición para un rápido aprendizaje, algo poco común en otras situaciones. La educación sanitaria es, por lo tanto, una forma de llevar al público a actuar con un pensamiento positivo y favorable a la prevención, en todos los niveles. (Leavell; Clark, 1976, p. 564)

La propuesta establece tres niveles de prevención: la prevención primaria, con la promoción de la salud y la protección específica; la prevención secundaria, con diagnóstico precoz, tratamiento inmediato y limitación de la incapacidad; y la prevención terciaria, con rehabilitación. El proceso de enfermedad, desde la perspectiva multicausal, fue explicado a partir de una “historia natural de las enfermedades”, que involucra su génesis y desarrollo: “el período prepatogénico, que se refiere a los determinantes que potencian el surgimiento de las enfermedades, y el período patogénico, que se refiere a las posibles evoluciones de la enfermedad en curso” (Ayes, 2016, p. 438).

Evidentemente, la concepción preventivista requeriría un cambio también en la formación escolar médica. En toda América Latina y especialmente en Brasil, se adoptaron las bases preventivistas, ya sea en la creación de nuevas facultades de medicina, ya sea en la reorganización curricular de las existentes (Silva, 1973, p. 91-6). Sobre el eje organizador institucional, se promovieron:

...la necesidad de ajustar el número de estudiantes a las posibilidades técnicas y económicas de una buena enseñanza y de mejorar y aumentar estas posibilidades cuando el país necesite más médicos; la selección cuidadosa de los alumnos, atendiendo a sus condiciones de inteligencia, conocimientos básicos, carácter y actitudes; la existencia de un núcleo de profesores y colaboradores con dedicación exclusiva a la enseñanza e investigación en ciencias básicas, reconociendo la conveniencia de iniciar con el mismo régimen docente en los campos clínicos, cuando se cuente con dicho núcleo; el deber primordial de las escuelas de formar médicos generales y solo después preparar especialistas en cursos posteriores; la conveniencia de que al final de los estudios médicos se realice un período de dedicación exclusiva al trabajo práctico en el hospital y en el consultorio externo, bajo la forma de internado (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957, p. 8).

En estos términos, la enseñanza de medicina debería dar al futuro médico:

...una comprensión sobre los alcances y posibilidades de la prevención, motivando una transformación de actitud hacia un concepto más integral de medicina. Debe proporcionarle las nociones fundamentales, las normas y las técnicas para proteger y fomentar la salud de los individuos, con el fin de que las incorpore en la práctica diaria. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957, p. 9)

Para eso, la medicina preventiva debería contemplar una serie de temas:

...bioestadística, epidemiología de los procesos que afectan a los grupos, cualquiera que sea la etiología y no solo las enfermedades transmisibles, saneamiento, insistiendo en los fundamentos médicos y no en las técnicas correspondientes al sanitarista, problemas médico-sociales de la familia, la comunidad y el país, antropología social y ecología, técnicas de educación sanitaria que deben ser utilizadas por el médico, medicina ocupacional, conocimientos de las organizaciones de medicina sanitaria y asistencial. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1957, p. 9)

En el caso brasileño, hay un dato importante sobre las políticas nacionales en la década de 1940: la intelectualidad médica y de salud pública pensaba el Brasil desarrollista con vínculos directos entre los estándares de salud exigidos y el desarrollo y crecimiento industrial de la nación.

...de esta forma, políticos e intelectuales defendían que el nivel de salud de un país sería directamente proporcional a su desarrollo económico. Los sanitaristas identificados con la corriente desarrollista criticaban la verticalización vivida en el área de políticas de salud pública implementadas por las reformas de Carlos Chagas en la década del 1920 y Gustavo Capanema en la era Vargas. (Muniz, 2013, p. 27)

Sin embargo, un análisis más detenido de Juscelino Kubitschek de Oliveira y de su plan de gobierno en torno a las políticas dirigidas al interior y al combate de las llamadas enfermedades de masas muestra un cierto desajuste entre la realidad y las necesidades preconizadas por los pensadores de la salud pública, ya que:

...a pesar de la existencia de este plan para el área de salud, cabe destacar que fue un plan aparte y de menor expresión [...] la compatibilización entre las fuerzas políticas que apoyaban al gobierno fue fundamental en la comprensión del alcance y de las prioridades de las metas, destacando el énfasis en el desarrollo económico e industrial; sin que existiera en el gran plan ni siquiera una meta específica sobre salud, lo que refuerza su función accesorio. (Muniz, 2013, p. 27)

Ante este desajuste, el preventivismo adoptó la medicina comunitaria entre sus cánones, como estrategia que pudiera responder a las condiciones de

extrema pobreza vivida por un inmenso contingente poblacional de los ser-tones y de las grandes ciudades. El debate en torno a la salud de esas pobla-ciones, tema discutido desde el año 1910, se intensificó nuevamente con la llegada del Servicio de Salud Pública creado en el año 1942:

...era una agencia internacional con estatus jurídico “especial”, lo que le garantizaba completa autonomía dentro del Ministerio de Educa-ción y Salud (MES). Financiada con recursos norteamericanos y bra-sileños, el organismo elaboraba sus políticas sanitarias en asociación con el Instituto de Asuntos Interamericanos. Este acuerdo expiró en el año 1960, cuando el SESP se convirtió en la Fundación Servicio Especial de Salud Pública (FSESP). (Campos, 2006, p. 17)

Basado en la integración de unidades básicas, su modelo de administración sanitaria adquirió sentido en São Paulo, ya que, desde el año 1920, Paula Souza había propuesto este tipo de funcionamiento en su proyecto para los centros de salud. También fue destacable en el Sesp la formación de profe-sionales capaces de articular tales medidas de interiorización de las acciones sanitarias, aunque la crítica proveniente de los llamados desarrollistas —con fuerte orientación comunista, entre ellos, Samuel Pessoa y Mário Magalhães— intentara definir, más allá de la acusación de que el Sesp era un proyecto de carácter imperialista, la pobreza como el centro del debate y la necesidad pri-mordial de su erradicación, como estrategia para posibles intervenciones de salud pública. Con el fin de la Segunda Guerra y la bipolaridad de los mundos capitalista y socialista, la pobreza, en su conexión con las tecnologías de salud asumidas, ganaría relevancia en las políticas de Estado bajo la influencia de los EEUU. En la década de 1960 se emprendió:

...la búsqueda de una contrapartida liberal para la asistencia a las capas pobres como respuesta al inicio de la mitificación socialista cubana y china, con los médicos de pies descalzos. En ese momento, la medicina preventiva se establecía mucho más en los círculos aca-démicos que en el terreno de las prácticas. Por lo tanto, lo más pro-bable es que la visibilidad de la Fsesp haya aumentado simplemente por su acumulación teórico-práctica en la organización de los ser-vicios locales coordinados e integrados en complejidad, al mismo tiempo que aumentaba la demanda por este tipo de tecnología, y las políticas ministeriales se orientaban principalmente hacia acciones específicas. (Mello, 2010, p. 172)

En esa dirección, la medicina comunitaria, pensada originalmente como una de las políticas asistenciales dirigidas a la pobreza estadounidense, incorporando al pensamiento de la prevención programas experimentales de prestación de servicios, con la intención de desarrollar modelos de asistencia capaces de garantizar el cuidado de la salud de poblaciones pobres, fue creada.

...se presenta como una respuesta a la inadecuación de la práctica médica para atender a las necesidades de salud de las poblaciones, necesidades que deben ser resueltas tanto como respuesta al principio del derecho a la salud como por su importancia en el proceso de desarrollo social. Pero localiza los elementos responsables de la inadecuación no solo en los aspectos internos al acto médico individual, sino sobre todo en los aspectos organizacionales de la estructura de atención médica, superables mediante nuevos modelos de organización que tomen como base el cuidado de los grupos sociales, antes que de los individuos. (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 86).

Si la medicina comunitaria recuperó parte importante del arsenal discursivo de la medicina preventiva, en particular, el énfasis en las entonces llamadas “ciencias de la conducta” (sociología, antropología y psicología) aplicadas a problemas de salud, utilizaría ese conocimiento de los procesos socioculturales y psicosociales para posibilitar la integración de los equipos de salud en comunidades “problemáticas”, identificando agentes y fuerzas sociales locales y agregándolos a programas de educación en salud²:

En cierto sentido, el movimiento de la salud comunitaria logra poner en práctica algunos de los principios preventivistas, enfocándose evidentemente en sectores sociales minoritarios y dejando una vez más intocado el mandato social de la asistencia médica convencional. De este modo, el fracaso del movimiento de la salud

² “En el caso brasileño, la historia de la emergencia y el desarrollo de la educación y la comunicación en la salud pública brasileña asumió cierta regularidad en la historia de las prácticas de salud, proceso marcado por la forma en que las élites pensaron sobre Brasil y sus problemas y dirigieron los esfuerzos de la educación sanitaria para vencer la resistencia cultural de su pueblo a los proyectos de modernización del país. Esta permanencia, tanto de pensamiento como de acción, solo será cuestionada en la historia de la educación en salud en Brasil entre las décadas de 1970 y 1980, bajo la influencia de las críticas de Paulo Freire a la invasión cultural y su propuesta de pedagogía liberadora.” (Cyrino, 2009, p. 37)

comunitaria, artificial y distanciado del sistema de salud predominante en el país de origen, parece evidente. (Paim & Almeida Filho, 1998, p. 304)

Con el tiempo, e incluso institucionalizado en las escuelas de medicina y salud pública, ese «preventivismo» comenzó a ser criticado entre la década de 1970 y la de 1980, cuando los sanitaristas, fueran médicos o no, empezaron a cuestionar sus límites en la formación del médico y el problema de la salud pública vivido en el día a día de las comunidades, urbanas o rurales. La medicina comunitaria, decían sus críticos, enmascaraba su carácter contradictorio al afectar la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, «su actuación aumenta la capacidad y la productividad de la mano de obra rural y periurbana. Utilizando la racionalización económica de las prácticas médicas, permite a los Estados destinar los recursos, así ahorrados, a otros sectores de la economía». (Silva Júnior, 1998, p. 60)

En la interpretación de José Carlos de Medeiros Pereira, el preventivismo puede ser entendido como un proyecto colonizador para América Latina, mediado por una ideología del subdesarrollo, expresada aquí en el atraso económico y cultural de las poblaciones:

...se entendía que los pueblos subdesarrollados eran enfermos porque, sobre todo, muchos aspectos de su cultura eran inadecuados en términos de producción de salud: hábitos de higiene, alimentarios, nociones sobre la salud, métodos de prevención y cura, viviendas, en fin, un modo de vida erróneo, incorrecto, que acababa facilitando la propagación de la enfermedad y acelerando la muerte. (Pereira, 2003, p. 38)

Así, la medicina preventiva pretendía instaurar un régimen normativo de la vida, muy cercano a lo que las instituciones de salud venían haciendo hasta ese momento: “los preventivistas se veían a sí mismos como dueños del saber y a los demás como ignorantes que debían ser enseñados, su actuación poco difería, en cuanto a ese aspecto, de la forma de actuar de los demás médicos” (Pereira, 2003, p. 38). La historia del movimiento de la salud colectiva en São Paulo traería el preventivismo como marca institucional, formadora y crítica, siendo una de sus bases conceptuales y prácticas, así como una tecnología que recibiría críticas, fomentando un rico debate y experiencias innovadoras.

Escuelas médicas paulistas bajo el impulso preventivista (1940-1960)

Desde 1940 hasta los primeros años de la década de 1960, marcados por el desarrollismo paulista, se asociaron en un solo movimiento la recuperación económica, la valorización de los municipios y las determinaciones contenidas en la Constitución paulista de 1947, avanzando en el fortalecimiento de la formación profesional y escolar de determinados grupos e impulsando acciones de interiorización de instituciones educativas, entre ellas, las universitarias (Vaidergorn, 1995, p. 146). Este intenso juego de fuerzas políticas terminó por presentar a São Paulo menos por el sueño bandeirante, que debía unir todo, y más por la diferencia de intereses, que casi todo separaba (Almeida, 2014).

Fue en este contexto que se creó un grupo de escuelas médicas con contornos no muy definidos entre lo que sería estatal o privado, estadual o federal, lo que resultó en uniones específicas, aunque hayan tenido ciertos espejos e influencias. Además de suplir la falta de vacantes en las dos escuelas de la capital, la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y la Escuela Paulista de Medicina, el argumento para la creación de estas facultades decía proporcionar:

...al alumno un costo de mantenimiento extremadamente menor que en la capital y, fundamentalmente, en el caso de la medicina, fijaría al futuro médico en la zona rural, donde podría desarrollar investigaciones y atender, teniendo como preocupación atender problemas específicos de salud de la región, es decir, dar atención a las enfermedades regionales. (Araújo, 2007, p. 77)

Se sumaba a esto toda una red de profesionales médicos del estado de São Paulo, entonces bajo la dirección de profesores de las facultades de medicina del estado y de la Asociación Paulista de Medicina, que requerían cambios estatutarios para sus profesionales y equiparación salarial, en una clara demostración de la fuerza corporativa médica que se formaba paulatinamente (Almeida, 2011).

Y fue con el lema bandeirante “interiorizar y progresar” que, en 1947, el médico y político Adhemar de Barros partió a divulgar su plataforma electoral para la gobernación del estado en ciudades del interior, con la promesa de construir una “Universidad del Interior”. Ganada la elección y con una enorme presión de esas ciudades, en el mismo año, el Proyecto de Ley 10 de la Asamblea Legislativa recibió un informe de la Comisión de Enseñanza y Reglamento de la Universidad de São Paulo (USP) sobre tal intento. Firmado

por Zeferino Vaz, el proyecto fue evaluado como imperfecto e inviable (Almeida, 2011, p. 83). Concretamente, el proyecto fue modificado para crear no solo una universidad, sino facultades subordinadas a la USP. Así, el 20 de agosto de 1948, fue aprobada la legislación para la creación de tres escuelas superiores bajo la administración de la USP: las Facultades de Medicina de Ribeirão Preto, de Farmacia y Odontología de Bauru y la Escuela de Ingeniería de São Carlos.

Tal acción produjo en el estado dos núcleos de formación superior: uno que concentraba carreras más prestigiosas socialmente, con cursos planeados por el estado, y otro, formado por escuelas aisladas y, en su mayoría, privadas. A partir del año 1950, el núcleo de escuelas estatales creció de forma controlada, y posteriormente surgieron las seis primeras Facultades de Filosofía, Ciencias y Letras, unidades que compondrían la Universidad Estatal de São Paulo (UNESP), en 1976. En cambio, el núcleo de escuelas privadas creció intensa y desordenadamente por los municipios del interior, algunas logrando una larga vida y otras, no tanto (Nosella & Buffa, 2005).

La iniciativa en el país para lanzar como proyecto político municipal la creación de una facultad de medicina “del interior” fue de Sorocaba. Casi todo compuesto por profesores de la FMUSP³, su cuerpo docente dirigía una escuela médica siguiendo la línea de la escuela flexneriana, pero dentro de las posibilidades infraestructurales de la escuela médica sorocabana, es decir, con una base de laboratorio de baja complejidad. También se construyó un laboratorio de Salud Pública sin tener aún las bases preventivistas en su currículo. El entonces recién fundado Hospital Santa Lúcia, equipado por las industrias Votorantim, considerado moderno y bien equipado, tuvo modificada su función primaria, de hospital—maternidad, adquiriendo el *estatus* de hospital general, con el fin de albergar la escuela médica que se estaba constituyendo. La autorización para el funcionamiento de la facultad llegó con el Decreto Federal del 14 de abril de 1950, firmado por el presidente Eurico Gaspar Dutra⁴.

Los esfuerzos para la creación de una Facultad de Medicina en Ribeirão Preto se dieron entre el plano político estatal y las élites locales, involucrando tanto el primer intento de construir una universidad en el interior, en 1947,

³ Antônio Dácio Franco do Amaral, Carlos da Silva Lacaz, Charles Edward Colberti, Ernesto de Souza Campos, Odorico Machado de Souza e Samuel Pessoa.

⁴ En la década de 1970, en medio de la crisis económica que afectó a la institución, la entidad mantenedora fue extinguida y la Facultad de Medicina fue completamente incorporada a la Pontificia Universidad Católica de São Paulo, preservando su pleno funcionamiento.

como, posteriormente, la creación de una ley para que la Universidad de São Paulo dirigiera una nueva escuela médica, habiendo sido Ribeirão Preto elegida para acogerla. La indiscutible importancia económica de Ribeirão Preto en la producción de azúcar y alcohol también definía la fuerza de sus representantes en la Asamblea Legislativa de São Paulo para hacer aprobar el presupuesto para la creación de una facultad de medicina en la ciudad. En 1951, se presentó un Memorial al entonces gobernador del estado, Lucas Nogueira Garcez, señalando todas las condiciones infraestructurales y académicas del proyecto (Nosella & Buffa, 2005, p. 86-90).

Influenciado por el Congreso Panamericano de Educación Médica realizado en Perú, el régimen de enseñanza fue redactado y presentado al Consejo Universitario, y aprobado por la Ley 1467, del 26 de diciembre de 1951, cuando se promulgaron la organización y los objetivos de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Esta ley entró en vigor en el año 1952 y, con Zeferino Vaz como su primer director, comenzaron los cursos de las asignaturas básicas del primer año de la enseñanza médica (Haddad, 2014, p. 13). Debe subrayarse la presencia y el interés de la Fundación Rockefeller, que influyó e invirtió en la construcción de aulas y laboratorios y subvencionó la formación de profesores en Estados Unidos. Se estima que, en diez años, la Fundación haya invertido un millón de dólares en esos proyectos (Araújo, 2007, pp. 164-165). Los resultados fueron considerados innovadores y, en poco tiempo, la institución se convirtió en una referencia nacional.

Para ello, introdujo más rápidamente los principios preventivistas, junto con su organización institucional. Fue así que, en 1954, el profesor catedrático de higiene Pedreira de Freitas fue el encargado de organizar y fundar una nueva área de enseñanza e investigación en el denominado Departamento de Higiene y Medicina Preventiva, a partir de sus viajes a Estados Unidos y Puerto Rico como becado de la Fundación Rockefeller, de su vinculación con el grupo de Samuel Pessoa y del impacto que sufrió como participante oficial en el 1° Seminario sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva, realizado en Viña del Mar, en Chile.

En Campinas, el reflejo del proyecto de la Universidad de São Paulo para la interiorización de sus escuelas se sintió rápidamente, pero inicialmente de manera contraria. Esto ocurrió porque los esfuerzos locales exigían una facultad de medicina, pero, a través de ese mismo dispositivo constitucional de 1951 (la Ley 1467), la USP proponía para Campinas una facultad de derecho. Contra esta postura, hubo un intenso involucramiento de la Cámara Municipal con el objetivo de impedir el proyecto en curso. Este movimiento local ganó la fuerza opositora de los grupos dirigentes de la Universidad de

São Paulo e incluso de la Facultad de Medicina de São Paulo, que vio su presupuesto disminuir con la escuela de Ribeirão Preto y consideraba este proyecto como una nueva amenaza a sus intereses. Debido a la intensa presión política que ejerció la Cámara Estatal, en 1953 se aprobó la propuesta para la construcción de una escuela médica, aunque para su concreción aun fue necesaria más presión política.

...en el año 1959, la bancada campineira en la Asamblea Legislativa del estado mantuvo presión para la instalación de la Facultad de Medicina. En ese mismo período, el CEE-SP (Consejo Estatal de Educación de São Paulo) decidió designar una comisión con el objetivo de emitir una opinión sobre la creación de una nueva facultad de medicina en el Estado. Durante el tiempo en que estuvo al frente de esa Comisión, Zeferino Vaz se mostró contrario a la instalación de la facultad en Campinas y llegó a ser denominado por la prensa campineira como “el enemigo número uno de Campinas. (Briani, 2003, p. 98)

Uno de los motivos involucrados en esta controversia era el hecho de que Zeferino Vaz era favorable a la creación de una escuela médica en Botucatu, lo que levantó en su contra el ánimo de la prensa local. En el año 1961, el arzobispo de la ciudad, Dom Paulo de Tarso Campos, publicó en el periódico campineiro *A Gazeta*⁵ (según Saad & Pereira, 2013, p. 26): “estoy dispuesto a tomar las armas en favor de la lucha por la instalación de la Facultad de Medicina e ir a las trincheras”. Ante esto, se presentó un memorial descriptivo de las condiciones infraestructurales, corporativas y geográficas de Campinas, así como un posible ultimátum con la propuesta del presidente Juscelino Kubitschek de fundar en la ciudad una facultad federal de medicina. En el año 1963, en un Informe de Análisis que incluía los nombres de Zeferino Vaz, Cantídio de Moura Campos, Isaías Raw, Paulo Vanzolini y la firma final de Ulhôa Cintra, se decidió la creación de dos escuelas estatales de medicina, sin la dirección de la USP: una en Botucatu y otra en Campinas.

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp, creada en el año 1963, la influencia de las discusiones en los encuentros y congresos sobre medicina preventiva y la formación de los médicos, propuestas una década antes, también marcó la introducción del preventivismo en el currículo de

⁵ Arzobispo Metropolitano: “Estoy dispuesto a tomar las armas a favor de la lucha por la instalación de la Facultad de Medicina” (*A Gazeta*, 11 de marzo de 1961, [s.p.]).

la escuela médica. El curso instituido en Campinas habría sido, inicialmente, teórico-conceptual.

Enseñado a los estudiantes del tercer año de medicina, durante el primer semestre de 1965, consistía en cursos distintos de antropología, sociología y psicología social, con muy poco contenido aplicado a la salud. Predominaban temas de medicina folklórica y discusiones sobre las posibilidades de aplicación de las ciencias sociales al campo de la medicina. Incluso en el segundo semestre, el curso impartido a los estudiantes del segundo año no difirió mucho de esta primera experiencia. (Nunes, 1999-2000, p. 635)

A partir del año 1970, se constituyó como campo la medicina preventiva y social, teniendo la higiene y el sanitarismo como referencias constitutivas.

...fue incluso interesante, porque en este departamento teníamos matemáticas y metodología estadística, historia de la medicina y nociones de derecho. Estas materias pasaron al Instituto de Matemática o a Medicina Legal, y en lugar de esas disciplinas, se crearon administración sanitaria y hospitalaria y salud materno-infantil. (Nunes, 2015, p. 8)

En el año 1966, se realizaron las primeras modificaciones, añadiendo a la disciplina seminarios para la discusión de textos específicos sobre temas relativos a la salud y sobre problemas sociales, con la participación de especialistas, y una parte práctica que consistió en el acompañamiento de una familia de un barrio urbano periférico por dos estudiantes:

...y, como ellos eran del segundo año del curso de medicina, sin formación clínica, iban con el nombre que nosotros les dimos, «asesores de salud». Asesores porque ellos iban a levantar cuestiones de salud de la población, hacer entrevistas, hacer diagnósticos y luego intentar algún tipo de actividad junto a esas familias. Posteriormente, asociamos a este alumno con el alumno del cuarto año, porque el alumno del cuarto año ya había pasado o estaba pasando por la clínica médica. Entonces, él iba para hacer el diagnóstico médico, junto con el alumno del segundo año, que no tenía experiencia en diagnóstico, pero que iba a levantar las cuestiones de la familia. Por eso se llama «clínica de familia». (Nunes, 2015, p. 10)

Pensando en el plano más amplio traído por la experiencia de la comunidad y en la influencia de la Fundación Kellogg en el área de Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina, en el año 1972, el Departamento elaboró un Plan de Enseñanza de Ciencias de la Salud.

...en ese momento, aparece el proyecto Paulínia, un proyecto que traslada a la ciudad de Paulínia las bases para ser un proyecto de integración. Este proyecto representó, a inicios de la década del 70, una anticipación de la organización de una red pública local de servicios de salud de carácter jerárquico y amplio en cuanto a la cobertura de la población. En ese entonces, se buscaba crear un modelo asistencial que fuera reproducible, así como se aspiraba a cambiar la totalidad de la formación médica en la facultad de ciencias médicas. (Nunes, 2015, p. 18)

En cuanto al modelo del proyecto médico-social propuesto:

...se mantenía la idea de inserción de la enseñanza en la red de servicios de salud, pero su eje fundamental residía en la articulación entre trabajo y enseñanza-aprendizaje y en una nueva relación entre los sujetos de esos procesos, lo que alejaba esta propuesta del contexto de las directrices gubernamentales, situándola en un espacio no solo entendido como pedagógico, sino sobre todo como de trabajo político con la población, en conformidad con el proyecto de oposición en el cual se insertaba. (Andrade, 1995, p. 102)

Fue en el gobierno de Carvalho Pinto (1959-1963) cuando se presentó a la Asamblea Legislativa de São Paulo la creación de la Facultad de Medicina de Botucatu. En el contexto de ese intenso debate, hay un registro de 1957, cuando el diputado Francisco Franco retoma la discusión sobre la necesidad de formar jóvenes del interior de esa región en un curso universitario de medicina:

...Botucatu es uno de los grandes centros de la Sorocabana, donde una densa población contribuye efectivamente al desarrollo de la economía nacional. Allí se formó, igualmente, un centro estudiantil de primer orden, que, sin embargo, solo cuenta con gimnasios, escuela normal, instituto de educación, además de un colegio que comprende cursos clásico y científico... la facultad de medicina – existe un justo movimiento de los municipios de Martinópolis,

Cerqueira César, Caiabu, Indiana, Mirante do Paranapanema, Itaberá, Iporanga, Parapuã e Iepê, para que se cree la mencionada Facultad de Medicina de Botucatu. (Franco, citado por Corrêa, 2013, p. 22)

La idea de crear una universidad regional no estaba muerta, lo que se reflejó en Botucatu, en la planificación de una Facultad de Ciencias a tiempo completo, uniendo biología básica y biología aplicada y previendo otras áreas afines⁶. Creada en 1963, su curso de medicina estuvo profundamente influenciado por el pensamiento preventivista, con su departamento de medicina preventiva creado en 1969, a partir de lo que se venía haciendo en otras escuelas médicas:

...Facultad de Medicina de la USP y la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto para ver cómo se enseñaba epidemiología, medicina preventiva, etc. Y siempre surgía la cuestión de tener un área de actuación; en esa época, se hablaba de la medicina comunitaria, de la medicina integral, era esa etapa. Entonces, ya trajimos esas ideas aquí, y Eurivaldo ya venía de un Centro de Salud de la Fundación SESP. (Magaldi, citado por Cyrino, 1993, p. 8)

En el año 1972, se inauguró el Centro de Salud Escuela con actividades realizadas en las comunidades de la Vila dos Lavradores hasta el segundo subdistrito del municipio. Su creación se debió a un convenio entre la Secretaría de Estado de la Salud y la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de Botucatu.

En el año 1972, se inauguró el Centro de Salud Escuela con actividades realizadas en las comunidades de la Vila dos Lavradores hasta el segundo subdistrito del municipio. Su creación se debió a un convenio entre la Secretaría de Estado de la Salud y la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de Botucatu.

...el proyecto del CSE tuvo su formulación inspirada en un ideario más amplio: construir un sistema público de salud organizado a través del principio de la regionalización y de la integración de la atención,

⁶ Medicina, biología, veterinaria, odontología y, algunos años después, enfermería. En 1976, con la creación de la Universidad Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), se incorporaron los institutos y la escuela se dividió en unidades independientes. En el caso de Botucatu, la Facultad de Medicina de Botucatu (FMB), el Instituto de Ciencias Biológicas, la Facultad de Ciencias Agronómicas y la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. En 1987, se creó en la FMB la carrera de enfermería.

presupuestos ético-políticos que solo se lograron décadas después, con la Constitución de 1988. (Cyrino & Simonetti, 2013, p. 115)

Cabe aun recordar el surgimiento de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de Misericordia de São Paulo, en 1963. Producto de una centenaria experiencia en el campo médico-hospitalario y responsable de haber sido el hospital-escuela de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo hasta mediados de la década de 1950, el Hospital de la Santa Casa de Misericordia contaba con un legado de experiencias clínicas y tecnológicas que se reunió en este plan de creación de una escuela médica, así como la proximidad con los proyectos que se venían desarrollando por la Unicamp y la Facultad de Medicina de Botucatu, en lo que respecta a su alineación con una propuesta de medicina integral y social y una relación más antigua con la cátedra de Higiene de la Facultad de Salud Pública de la USP.

Finalmente, vale la pena hacer una breve mención a la llegada de los vientos preventivistas a las dos primeras escuelas médicas de São Paulo. Entre los años 1950 y 1960, la Escuela Paulista de Medicina vio “las disciplinas del área de prevención en todas las series del curso, promoviendo su integración con los demás componentes del currículo y culminando con la creación del Departamento de Medicina Preventiva” (Leser, 2009, p. 344). Por su parte, la Facultad de Medicina de la USP solo tendría su departamento y una organización institucional de bases preventivas a partir de 1967, con el surgimiento de la cátedra en Medicina Preventiva, y de 1968, con la creación de un Departamento de Medicina Preventiva y la experiencia curricular del llamado Curso Experimental, que abrió espacio para que sus postulados también adquirieran relevancia curricular.

La programación en salud bajo la Reforma Leser (1967-1971 y 1975-1979)

Fue en este escenario de cambios tecnológicos y del surgimiento de las escuelas médicas paulistas que los centros de salud y las unidades sanitarias, entonces distribuidos por las ciudades del interior y por la capital, fueron centralizados por la reforma de la Secretaría de Salud emprendida durante las dos administraciones de Walter Leser. Además de otros objetivos, los centros debían servir de prácticas para estudiantes del área médica y de la salud, atendiendo a la integración docencia-asistencia médica, que, a su vez, tenía como objetivo cubrir todos los niveles de la organización de los servicios: acciones primarias ofrecidas en el centro de salud mediante medidas

de prevención y mantenimiento de la salud, sumadas a acciones secundarias, terciarias y/o cuaternarias (Mota; Schraiber, 2011).

El modelo de atención y de gestión adoptado en estos espacios de servicios de salud y formación médica fue el de la programación en salud. Además de instituir la dirección de las unidades a cargo de médicos con formación en salud pública, en la mencionada carrera de médico sanitarista, al aceptar los principios de la medicina integral y preventiva, este modelo se destacó por la construcción de una nueva asistencia a la población usuaria de esos centros y unidades de salud, basada en la integración médico-sanitaria hacia una asistencia más integral (Schraiber, 1990).

Esta integración buscaba articular la asistencia médica y las acciones en salud pública y colaboró con el proyecto preventivista y de medicina comunitaria, acercando los servicios médicos y de salud pública a determinadas comunidades. Ejemplarmente, la Facultad de Medicina de Botucatu constituyó, bajo la responsabilidad de su Departamento de Medicina Preventiva, una unidad sanitaria⁷ en la llamada Fazenda Experimental Lageado, un lugar con 97 domicilios, 156 familias y 600 personas.

...un campo de orientación y práctica de enseñanza médica integrada, a nivel comunitario, pudiendo también servir de investigación técnico-científica en el sector salud. Para una base inicial, se estableció el siguiente programa de actividades médico-sanitarias: higiene infantil, higiene materna, higiene del adulto, control de enfermedades transmisibles, saneamiento del entorno y educación sanitaria. Servicios auxiliares: estadística, enfermería y laboratorios. A través de acuerdos con diversos departamentos del sector médico, los empleados de la Fazenda podrán ser atendidos en los consultorios del HC de la FCMBB cada vez que sea necesaria una investigación clínica más completa o tratamiento especializado. (Proyecto de las Unidades..., 1970, p. 5)

Los objetivos generales del curso contemplaban temas que eran originalmente del campo de la salud pública, matizados por la dimensión de la prevención. Eran los siguientes:

⁷ La unidad sanitaria fue conceptualizada por la OMS como el órgano que asegura las funciones esenciales de medicina curativa y preventiva y saneamiento, que son necesarias para la mayoría de la población local.

...a) implantación de hábitos saludables, b) prevención contra enfermedades transmisibles, c) orientación alimentaria, con previsión de trastornos nutricionales, d) reducción de la mortalidad y la morbilidad, e) detección de defectos y deficiencias y medidas para su corrección, f) orientación a los padres sobre la importancia del mantenimiento de la salud y para la comprensión del comportamiento de los hijos, g) promoción de una vida escolar saludable, h) educación de la comunidad sobre el valor de las medidas de protección a la infancia. (Proyecto de las Unidades..., 1970, p. 6)

Otro proyecto fue descrito como un desdoblamiento de las actividades de Lageado y orientado a la residencia médica, curso con una duración de dos años, bajo la responsabilidad del Departamento de Medicina Preventiva, y que presentaba la siguiente definición:

Concebimos la residencia como un tipo de formación para graduados en medicina, bajo un régimen de dedicación exclusiva, lo que implica permanencia constante en el lugar de entrenamiento. En una primera fase busca el perfeccionamiento profesional y en una segunda, la especialización en una de las ramas de las ciencias médicas. Como, a nuestro juicio, no existe dicotomía entre medicina curativa y preventiva, estudiaremos, a partir de ahora, no la residencia en Medicina Preventiva, sino aquella coordinada por este Departamento. (Proyecto de Residencia..., 1970, pp. 1-2)

La idea de una institución orientada a lo que llamaban realidad nacional y regional exigiría cambios curriculares para un tipo de profesional capaz de saber interactuar con áreas de gestión de la salud pública, como las locales, en fin:

...este tipo de residencia busca perfeccionar la formación médica, con énfasis en los siguientes grupos profesionales: 1) médicos que ejercerán su profesión en pequeñas comunidades, con responsabilidad en la evaluación y solución de todos los problemas de salud, 2) médicos que se integrarán a los servicios oficiales de salud, funcionando la residencia como introducción al curso de Salud Pública, 3) médicos que ingresarán a la docencia universitaria, dentro de las disciplinas comprendidas actualmente por la Medicina Preventiva. Para el cumplimiento de los objetivos mencionados, estos son los campos del conocimiento que consideramos necesario perfeccionar

durante la actividad de residencia: a) Medicina, Cirugía y Pediatría, b) Patología, Anatomía y Fisiología Patológicas, c) Microbiología e Inmunología, d) Parasitología, e) Epidemiología, f) Nutrición Aplicada, g) Ciencias Sociales, h) Organización y Administración Sanitaria. (Proyecto de Residencia..., 1970, p. 2)

En ese contexto, la programación en salud fue una formulación original en el país, al considerar su propuesta, al desarticular los programas verticales y sus estructuras, al crear órganos y prácticas de planificación y de epidemiología, como el sistema de información, y al desarrollar una ampliación y diversificación de la atención médica individual, dentro de las políticas de extensión de cobertura (Nemes Filho, 2000). Esa horizontalización del aparato prestador de atención en salud pública sustituyó, de forma progresiva y no sin resistencias, como modelo de atención y de organización institucional, las antiguas acciones sanitarias dirigidas a enfermedades específicas (la tuberculosis, la lepra, el tracoma, entre otras), aunque de esas acciones sanitarias se mantuvieron las domiciliarias y ambientales, reteniendo a la visitadora domiciliaria y a los agentes de saneamiento como parte de los nuevos equipos de trabajo. Al mismo tiempo, la programación amplió las acciones médicas y educativas dirigidas a la higiene prenatal y a la puericultura, al crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños, e innovó al integrar este último conjunto de acciones al primero, el de acciones sanitarias, en los Programas de Atención a la Niñez, a la Embarazada y al Adulto, además de los subprogramas de atención y control de la tuberculosis y la lepra.

La estructura de gestión de Walter Leser fue modificada en la década de 1980, con las propuestas del gobierno federal del Plan de Reorganización de la Asistencia en Salud en el ámbito de la Previsión Social (1982), de las Acciones Integradas en Salud (AIS-1983) y del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS-1987), instaurándose la política y la operación práctica del:

...uso de la red de unidades básicas de Salud Pública como principal puerta de entrada al sistema de atención en salud. Estas nuevas formulaciones comenzaron a orientar la política de trabajo de las Secretarías de Salud que, con ello, fueron elevadas a una posición de mayor poder y a una asignación mucho mayor de recursos. A esta nueva posición correspondió una contrapartida: la necesidad de aumentar el volumen de asistencia médica en la red pública hasta el punto de sustituir parte de la atención prestada por la medicina privada conveniada. (Nemes, 2000, p. 57)

Esa será la política que también en el estado de São Paulo pasa a presidir la organización institucional y el modelo de asistencia en los centros de salud, a partir de las décadas de 1980 y 1990.

La redemocratización llama a la puerta: la salud colectiva en São Paulo

El contexto en que se inscribía la programación en la década de 1970 encontró un movimiento nacional mayor, nacido de las contradicciones del sector salud brasileño y de las imposibilidades del gobierno para enfrentar la crisis sanitaria existente. Este encuadre se dio con la oposición de movimientos sociales al régimen militar y se expresó en la salud, constituyendo posibilidades de articulación de fuerzas sociales contrarias a las políticas de salud autoritarias y privatizadoras (Paim, 2008, p. 77). Esta movilización ayudó a configurar la constitución de un proyecto de saberes y prácticas llamado salud colectiva (Nunes, 1994; Osmo & Schraiber, 2015; Vieira da Silva *et al.*, 2014), que, aunque con sus raíces históricas vinculadas al movimiento preventivista y de reforma de la asistencia en el sentido de inclusión de la población más pobre mediante la medicina comunitaria, ganó ímpetu su formulación dentro del marco político de la segunda mitad de la década de 1970, cuando la bandera de la redemocratización, también por el derecho a la salud, ganó fuerza.

Según investigación dirigida por Ligia Maria Vieira da Silva *et al.*:

...el origen del nombre “salud colectiva” como expresión destinada a designar un proyecto transformador de saberes y prácticas es bahiano y surgió con la organización del primer Seminario que formuló la propuesta de creación de Abrasco, realizado en Salvador, en 1978, denominado I Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Colectiva – Salvador (BA). Esta expresión, sin embargo, ya había sido usada, como sustantivo genérico, para designar el área, la materia de los Departamentos de Medicina Preventiva, creados por la Reforma Universitaria de 1968, del currículo mínimo de Medicina. También figuraba en el cuadernillo del Curso Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (USP) en 1971 y en un artículo de Guilherme Rodrigues da Silva de 1973. (2001, pp. 25-26)

Sobre sus miembros, existía una historia personal que describiría la necesidad de construir un nuevo pensamiento en salud; también había elementos

generacionales y contextuales que los acercaban en el sentido del reconocimiento académico y de las luchas internas en torno a proyectos y orientaciones:

La característica común que aparece con mayor frecuencia son las disposiciones políticas de izquierda presentes en el ambiente universitario de la década del 60. A continuación, existe un interés por la investigación, por las enfermedades infecciosas o, en otros casos, un pequeño ajuste a la clínica y a la cirugía, principales opciones del ejercicio de la medicina. Había un núcleo considerable, afiliado al PCB, presente en diversas instituciones. El espacio creado por los Departamentos de medicina preventiva, donde lo que estaba en discusión era un proyecto de cambio: de la medicina, de la enseñanza médica y de la práctica médica, se ajustó a las disposiciones de los agentes que subvirtieron los propósitos de los organismos internacionales y de los clínicos fundadores, desarrollando, según Escorel, una aproximación marxista del campo de la salud. (Vieira da Silva *et al.*, 2001, p. 31)

Esa aproximación marxista estuvo marcada, en gran parte, por el activismo político del Partido Comunista, con influencias teóricas del marxismo italiano recibidas a partir de la lectura de Antonio Gramsci, teniendo la crisis y las manifestaciones de 1977 un papel que profundizó el debate en torno a la concepción de Estado:

El problema de la legitimidad comenzó a tomar una forma más nítida en la sociedad y la intelectualidad “redescubre” a Gramsci. Su concepción sobre el Estado, aunque referida a la dominación de clase, permitía pensar la nueva problemática, así como informaba una nueva práctica de los intelectuales que componían el Estado. La red pública de salud, la enseñanza y demás entidades estatales dedicadas a las políticas sociales dejaron de ser vistas como espacios exclusivos de control y coerción. La lectura “gramsciana” permitía pensarlos como verdaderas “trincheras”, dentro de una larga “guerra de posiciones” para la conquista de la hegemonía en la sociedad. (Stotz, 2003, p. 27)

El marxismo italiano también influyó en el pensamiento brasileño sobre salud a través de las ideas del médico y político comunista Giovanni Berlinguer

(1924-2015)⁸, líder del movimiento de Reforma Sanitaria italiana desde la década de 1960, que tuvo un primer gran resultado con la Ley 833, del 23 de diciembre de 1978, que creó la Institución del Servicio Sanitario Nacional. En las décadas de 1970 y 1980 se tradujeron y publicaron en Brasil tres libros. El primero, de 1976, fue *Psiquiatría y poder*, considerado pionero en la difusión de la reforma psiquiátrica liderada en Italia por Franco Basaglia, antes incluso de la aprobación del Proyecto de Ley que luego se conoció como la “Ley Basaglia”, la cual determinó la desaparición de los hospitales psiquiátricos. En 1978, el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (Cebes) publicó *Medicina y política*, una obra dedicada al desarrollo de la conciencia sanitaria y de la medicina social, así como de la política sanitaria italiana. En 1988, Hucitec y Cebes publicaron *Reforma sanitaria: Italia y Brasil*, una colección de textos de Berlinguer sobre la institucionalización de la Reforma Sanitaria que se implementó en Italia en 1978.

En la presentación de este último, dos textos planteaban una cuestión que sería ampliamente difundida por el movimiento sanitarista brasileño: la idea de que solo la dimensión legal del sistema no bastaría para mejorar la calidad de salud de la población debía existir una lucha de carácter popular:

...en “Gli anni difficili della riforma sanitaria”, elaborado como continuación de “Una riforma per la salute”, Berlinguer analiza las principales dificultades en la implementación de la Reforma Sanitaria en ese país, señalando las resistencias encontradas y situando la crisis de la salud pública en una perspectiva más amplia, la crisis del *estado de bienestar* en todo Occidente. Muestra, por lo tanto, que es necesario asegurar que la Reforma Sanitaria se constituya como un espacio privilegiado de lucha, capaz de transformar no solo los servicios de salud, desde una perspectiva asistencial, sino también las propias condiciones sociales que determinan los patrones de morbilidad y mortalidad. Concluye que, para ello, es necesario cambiar la calidad de vida, lo que implica modificaciones en el estilo de vida, en los patrones de producción y consumo, en las formas de participación

⁸ “Hijo del notable abogado Mario Berlinguer, quien fue defensor de los derechos humanos durante la resistencia italiana en la primera mitad del siglo pasado, y especialmente durante las dos grandes guerras mundiales, comenzó su carrera académica como profesor de medicina social en la universidad local, en la isla de Cerdeña, hasta 1974. A partir de ese año, asumió la cátedra de Salud del Trabajo en la Universidad La Sapienza, en Roma, donde permaneció hasta su retiro obligatorio, a los 75 años, en 1999.” (Garrafa & Amarante, 2015, p. 913)

en la vida social y en la conducción política del gobierno y la administración local. (Berlinguer *et al.*, 1998, p. 8)

En el campo de la formación médica, otra influencia destacada del pensamiento marxista fue el médico y sociólogo argentino Juan César García (1932-1984) (García, 2007), quien adquirió notoriedad al asumir un puesto estratégico en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), articulando tanto la introducción de la enseñanza de las ciencias sociales (Nunes, 1985) con orientación marxista en los departamentos de medicina preventiva como la creación de los primeros cursos de medicina social en América Latina: en 1973, en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ) y, en 1974, en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM/México), unidad de Xochimilco (el curso comenzó en septiembre de 1975). En 1987, la maestría en Medicina Social de la UERJ se amplió y pasó a ser una maestría en Salud Colectiva; el doctorado en esa institución data de 1991; en México, el doctorado en Salud Colectiva data de 2003 (Nunes, 1983).

Sobre la vasta producción de García⁹, hay tres dimensiones capaces de delimitar su trayectoria intelectual:

...la elaboración de un pensamiento sistemático y reflexivo sobre lo social; una actitud crítica en la problematización de la enseñanza y de las prácticas profesionales; un compromiso con la institucionalización y la divulgación del saber sanitario. Las tres dimensiones se revelan, respectivamente, en las perspectivas sociológicas e históricas de sus trabajos, desde la década de 1960 hasta 1984, en el movimiento, primero, en torno a la educación médica y luego orientado a la medicina social de la década de 1970, al que se asocia su constante actividad de reunir personas y grupos y trabajar en la difusión de las ciencias sociales y de la medicina social, especialmente desde su ingreso en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1966. (Nunes, 2015, p. 140)

⁹ Son algunas de sus obras: *Autoritarismo en la relación médico-paciente* (1961); *Sociología y medicina: bases sociológicas de la relación médico-paciente* (1963); *Comportamiento de las élites médicas en una situación de subdesarrollo* (1964); *Paradigma para la enseñanza de las ciencias de la conducta en las escuelas de medicina* (1968); *Características generales de la educación médica en América Latina* (1969); *La decisión de estudiar medicina* (1970); *La educación médica en América Latina* (1972); *Las ciencias sociales en medicina* (1972); *Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930* (1981); *La investigación en el campo de la salud en once países de América Latina* (1982); *La categoría trabajo en medicina* (1983) y *Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud* (1983).

Esa influencia estaba acompañada por el discurso del derecho, defendido por los organismos internacionales de salud, como en 1977, cuando la Asamblea Mundial de la Salud lanzó la consigna Salud para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), adoptando una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud basada en sistemas simplificados de asistencia. En el año 1978, en Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada por la OMS, reafirmó la salud como derecho humano y constituyó la Atención Primaria como estrategia privilegiada para la operacionalización de las metas de la SPT-2000.

En medio de esa coyuntura, la experiencia brasileña en torno a ese debate tiene dos momentos emblemáticos en 1977: el I Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Colectiva, organizado en Salvador, y la Reunión Subregional de Salud Pública de la OPS, junto con la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (Alaesp), realizada en Ribeirão Preto:

Ambas habrían tenido como objetivo la redefinición de la formación de personal para el campo de la salud, percibiendo la necesidad de una institución que pudiera congregar, a través de una asociación, los intereses de las instituciones formadoras en un momento de agotamiento de una determinada orientación, la de la salud pública clásica y la medicina social. Ese contexto se concretó el 27 de septiembre de 1979, cuando se creó la Asociación Brasileña de Salud Colectiva – Abrasco. (Nunes, 1994, p. 15)

La bandera llevada por el grupo que se formó en torno a la salud colectiva se conoció como Reforma Sanitaria. Paim la comprende como un fenómeno histórico y social, debiendo ser analizada como una “idea-propuesta-proyecto-movimiento-proceso”:

...idea que se expresa en percepción, representación, pensamiento inicial; propuesta como conjunto articulado de principios y proposiciones políticas; proyecto como síntesis contradictoria de la política; movimiento como articulación de las prácticas ideológicas, políticas y culturales; proceso como encadenamiento de actos en distintos momentos y espacios que realizan prácticas sociales, económicas, políticas, ideológicas y simbólicas. (Paim, 2008, p. 36)

La concepción teórica de salud del grupo giraba en torno a dos conceptos:

...determinación social de las enfermedades y proceso de trabajo en salud. El entendimiento de que la salud y la enfermedad en la colectividad no pueden explicarse exclusivamente por las dimensiones biológica y ecológica permitía ampliar los horizontes de análisis e intervención sobre la realidad. Como componentes de los procesos de producción, se reconocía que tales fenómenos eran determinados por lo social. (Paim, 2008, p. 165)

Tales posiciones ingresan al debate público, incluso de los movimientos sociales, con la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986, momento síntesis de la Reforma Sanitaria, porque:

...hasta la cuarta conferencia, los foros de debate estaban constituidos exclusivamente por los técnicos del sector. A partir de la quinta, comienzan a incorporarse docentes, investigadores, parlamentarios y otros segmentos de representación, sin embargo, sin abrirse a la participación de los movimientos sociales. Es en 1986, durante el primer gobierno civil, elegido aún de manera indirecta por el Congreso Nacional, después de 22 años de dictadura militar, que se organiza la octava conferencia. (Goldbaum & Barata, 2006, p. 86)

En ese mismo año, la Abrasco realiza el I Congreso Brasileño de Salud Colectiva, con la presencia de dos mil participantes, aprobando en su plenaria un texto con seis puntos que integrarían el texto constitucional de 1988: “el derecho a la salud, el deber del Estado, las acciones intersectoriales, el carácter público de las acciones de salud, la creación de un Sistema Nacional de Salud, el financiamiento para el sector y la formulación de un plan nacional de salud plurianual” (Goldbaum & Barata, 2006, p. 86).

En 1987, la socióloga Sônia Fleury define, además de sus bases conceptuales, la dimensión política del movimiento sanitario en cuestión, es decir, la relación que se proponía establecer entre el ciudadano, la salud y el derecho.

...este movimiento se inserta, a partir de un sector específico, en la lucha por la redemocratización de la sociedad brasileña, desde una perspectiva política que se caracteriza por la interpelación de los trabajadores, ya sean entendidos como profesionales de salud o como usuarios del sistema, ambos sometidos a un proceso de trabajo cuya lógica de acumulación determina sus condiciones de producción y de salud/enfermedad. Son sujetos, por lo tanto, de un proceso de ampliación de la conciencia sanitaria, entendida como la toma de

conciencia de que la salud es un derecho, pero, dado que este derecho es descuidado, la conciencia sanitaria es la acción individual y colectiva para alcanzar este objetivo. (Teixeira, 1987, p. 95)

Es evidente la relevancia histórica del momento, pero escapa al alcance de este estudio profundizar en esta reflexión. No obstante, conviene recordar que, desde el inicio, la creación del Sistema Único de Salud en 1988 señala límites identificados con la propia dificultad de la transición democrática vivida en Brasil a partir de lo que Silvia Gerschman llamó una “democracia inconclusa”, es decir, un período de transición política negociada, en el que parte de la estructura de poder anterior permanecía en las entrañas de la máquina estatal. No es casualidad que el tema del privilegio del sector público enfrentara sus resistencias (Gerschman, 2004, p. 57). Así, si el país vivía un proceso democrático como símbolo del fin del período dictatorial, también debía atender a sus limitaciones históricas evidentes, aliadas a las nuevas coyunturas económicas y políticas que defendían la reducción del Estado y el fin de la protección social de sus ciudadanos. Es oportuno recordar que la definición última del SUS ya no dependería de la salud colectiva y de sus formas de participación, tal como proclamaba la Reforma Sanitaria, ganando cada vez más espacio otros actores e instancias en la negociación de ámbito estatal y también contemplados en la elaboración del sistema de salud previsto constitucionalmente. Este sería uno de los desafíos del SUS desde su surgimiento: conferir un sentido democrático popular, a partir del derecho de los ciudadanos a la salud, cuando se inscribía en el mundo y en Brasil con sus particularidades históricas, una democracia oligárquica.

La respuesta en el campo de la salud se dio en un conjunto de experiencias, muchas de ellas con diseños tecnológicos particulares, originando experiencias regionales. En el caso paulista, el movimiento de la salud colectiva involucró una pléyade de profesionales reunidos, en gran medida, en la estructura académica de las universidades o en los servicios de la Secretaría de Salud, constituyendo una agenda para construir un proyecto de cambio social a través de la salud. En el campo médico, particularmente, hubo en la Reforma Leser la creación de una nueva categoría profesional en la red estatal de salud, la de los médicos sanitaristas.

...la reforma administrativa y la programación en salud representaban para la Secretaría de Salud la asunción de mecanismos administrativos inéditos que buscaban la adecuación de la organización estructural y del trabajo a la política de salud. Las condiciones institucionales creadas y la propuesta de reorganización del trabajo

dependían, sin embargo, de la incorporación rápida de los agentes estratégicos de la reorganización, los médicos sanitaristas. (Nemes Filho, 1992, p. 14)

Prevista desde las primeras acciones de Leser, en 1967, la entrada de los médicos sanitaristas solo se concretó después de una serie de acciones, como la reducción del curso para sanitarista a seis meses, la valorización de la carrera y la organización de estos nuevos trabajadores dentro de la estructura administrativa de la Secretaría de Salud.

...en 1979, al final del segundo mandato de Leser, de los 396 médicos inscritos en la Facultad de Salud Pública, tras 8 cursos realizados, 315 ingresaron en la carrera. A estos profesionales se les asignaron principalmente las direcciones de los Centros de Salud y Distritos Sanitarios, y algunos de ellos asumieron funciones de asesoría y planificación a nivel central en la Secretaría de Salud. (Nemes Filho, 1992, p. 17)

Esa presencia estaba en consonancia con una serie de acciones en el sentido de institucionalizar la reforma administrativa, que fue paulatinamente absorbida, antes que nada, por estos nuevos profesionales, conviviendo la propuesta original, de carácter modernizante y liberal, con la de carácter democratizante y aun con aquella que estaba bajo la antigua máquina administrativa, ejemplarmente vinculada a los servicios verticales. Tal vez esta sea la mejor forma de seguir este desarrollo y comprender la complejidad involucrada, en la que se implementa un nuevo proyecto vinculado al anterior que, por cierto, llevaba décadas en vigor.

Un claro ejemplo se dio con la llegada del Instituto de Salud. La propuesta para su creación en el año 1969 estaba dedicada a modernizar el estado mediante estudios y acciones en el campo de la salud pública capaces de contribuir con la gestión de los asuntos de salud. Sin embargo, la primera década del Instituto se resume a una mezcla de la tímida llegada de recién contratados y de los empleados que provenían de la estructura administrativa desmontada. Esta fue la estrategia de Leser para intentar apaciguar las oposiciones y asignar a estos empleados, lo que generó cierta dificultad para poner en marcha su proyecto original hasta la década de 1980, cuando hubo una renovación administrativa con fuerte influencia de la salud colectiva.

Otra institución creada por la Reforma Leser se dio en el año 1972, cuando se inauguró la Asociación Paulista de Salud Pública, fruto de los esfuerzos de Rodolfo Mascarenhas.

...el profesor Mascarenhas, como sanitarista que era, siempre consideró que la Salud Pública no estaba hecha solo por médicos, sino por un conjunto de profesionales. Así, idealizó la APSP, que debía ser multiprofesional, y en el primer estatuto de la asociación se hizo referencia a este punto, y el Consejo de la APSP se encargaría de que las diversas categorías profesionales tuvieran necesariamente representantes en el consejo y en la junta directiva. (Dimitrov, 2014, p. 119)

Ofrecido desde 1968, pero con los presupuestos de su organización más definidos a partir de 1975, el curso de médico sanitarista formó profesionales que comenzaron a afiliarse a la APSP. En su acta de fundación, esta marca era clara:

El 15 de diciembre de 1972, se reunieron en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, en la avenida Dr. Arnaldo, 715, por primera vez, los graduados en Salud Pública, en un número de treinta, cuya firma consta en el libro nº I de asistencia, con el objetivo de fundar una asociación de clase, eligiendo su primera directiva y aprobando sus estatutos. Abierta la sesión, asumió la presidencia el Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas... (Paula *et al.*, 2014, p. 201).

En 1976, en la 32ª Reunión Anual de la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC), con una intensa participación de médicos sanitaristas, profesionales vinculados a la Secretaría de Salud de São Paulo¹⁰ y miembros de instituciones universitarias, se creó el Cebes, que: “tendría como finalidad incentivar y promover el estudio de todos los factores determinantes de la salud y contribuir a la resolución de los problemas relacionados con los profesionales de salud, los estudiantes y la enseñanza de las ciencias de la salud en el país” (Sophia, 2015, p. 100). El Cebes sería reconocido como protagonista institucionalizado de la Reforma Sanitaria, produciendo, aún en 1976, la revista *Saúde e Debate* y una serie de obras relevantes para la ampliación del tema, “denunciando las inequidades de la organización económico-social y las perversidades del sistema de prestación de servicios de salud privatizado, pero participando en las luchas por la democratización del país y por una

¹⁰ La primera directiva estaba formada por el siguiente grupo paulista: “Aguinaldo Gonçalves, Ana Maria Segall Correa, Dalmo Herrera Feitoza, David Capistrano Filho, Emerson Merhy, José Manuel Bouzon Ferradans, José Rubem Alcântara Filho y Sandra Roncali Maffezoli, a los que se añadió un año después Ana Cecilia Lins Sucupira, José Augusto Cabral de Barros y Ricardo Lafetá Novaes” (Sophia, 2015, p. 100).

determinada racionalidad en la organización de las acciones y servicios de salud” (Paim, 2008, p. 79).

Otro ámbito en el que los médicos sanitaristas asumieron puestos en áreas periféricas de las ciudades estuvo relacionado con el contexto político que abrió espacio para que surgieran nuevas formas de reivindicación del derecho a la salud, como el Movimiento Popular de Salud, originado en suburbios y favelas, cuando sus habitantes se agruparon en torno a asociaciones comunitarias buscando alguna forma de organización primaria para exigir mejores condiciones de vida.

...la presencia de los médicos sanitaristas en los movimientos populares por la salud posibilitó, a través del trabajo en la Secretaría Estatal de Salud y la militancia política, instrumentalizar la lucha de los habitantes, planteando la cuestión de la salud de forma sistemática y orgánica en la elaboración del movimiento, proporcionando información importante sobre la maquinaria administrativa, que contribuyó al establecimiento de las formas de manifestación y a la eficiencia de los movimientos. (Nemes Filho, 1992, pp. 73-74)

En ese período, se estrecharon las relaciones de esos profesionales de la salud con los movimientos populares, a través de los centros de salud y inidades sanitarias, un ejemplo representativo, en la ciudad de São Paulo, del Movimiento de Salud de la Zona Este (MSZE) en las décadas de 1970 y 1980, en el que:

...la formación política era realizada directamente por los técnicos militantes del movimiento (principalmente médicos, enfermeras y asistentes sociales), que eran empleados de la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo (SES-SP) e incluían entre sus actividades profesionales este tipo de actuación junto a los miembros del MSZE. El eje de esta formación estaba centrado en las causas sociales de las enfermedades, en la difusión de la idea de que la prestación de servicios de salud públicos era un derecho de la población y un deber del Estado, oponiéndose a la privatización. (Bógus, 2007, p. 48)

Por último, también debe considerarse, en torno a la formulación de un pensamiento social en salud en ese período, entre la rica producción académica en São Paulo, el impacto de tres obras que influirían en el movimiento de la salud colectiva brasileña, tanto por su aspecto teórico-metodológico en torno a las cuestiones relacionadas con la medicina preventiva y comunitaria, como por su dimensión política al discutir la organización corporativa y formativa

médica mediada por las estructuras de clases sociales y por el aparato del Estado.

La primera de ellas es la tesis de doctorado de Maria Cecília Ferro Donnangelo¹¹, defendida en el Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP en el año 1973. Según Schraiber & Mota, una obra que:

...inauguró en el país el conocimiento sobre la producción y distribución de los servicios médicos en la sociedad y el trabajo del médico en su mercado, además del papel y la actuación del Estado en estas cuestiones, demostrando que la profesión también es un tema de política pública. Por ello, fue innovador el reconocimiento del aspecto social en los asuntos de la corporación profesional, en las figuras del papel regulador del Estado moderno y de la economía política de los servicios de salud. (2015, p. 1470)

En esta tesis, Donnangelo captó el momento en que la constitución profesional del médico pasa de su condición liberal, y por lo tanto más autónoma, a la medicina socializada y la medicina de grupo, con la presencia de un Estado financiador.

...las modalidades actuales de participación estatal ya incluyen, sin embargo, los mecanismos de sostenimiento del sector privado. Y esto, en la medida en que el Estado actúa en el mercado, sobre todo, como comprador de servicios o, en otros términos, como núcleo de reorientación de los consumidores individuales y como fuente principal de financiación de los costos de la producción privada. (Donnangelo, 1975, p. 173)

Circunscrito a la región de la Gran São Paulo, su campo de análisis abarcó a 905 profesionales del área en actividad, utilizando los registros del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y ampliando su muestra a 5.381 médicos titulados hasta 1968. Con mayor profundidad empírica y analítica,

¹¹ Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) fue pedagoga por la Facultad de Ciencias y Letras de Araraquara en 1962. Comenzó sus actividades docentes en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo en 1964, en el Departamento de Medicina Legal. En 1969, fue invitada a asumir la cátedra de ciencias sociales en el entonces recién creado Departamento de Medicina Preventiva, donde trabajó hasta 1983. Entre los artículos e informes que produjo, sus dos tesis —la de doctorado, *Medicina y sociedad* (1973), y la de libre-docencia, *Salud y sociedad* (1976)— se convirtieron en referencias nacionales e internacionales.

dio prioridad a aspectos directamente relacionados con las modalidades del trabajo médico entendidas como:

...formas por las cuales el médico, como trabajador especializado, participa del mercado y se relaciona con el conjunto de medios de producción de servicios de salud. De ahí deriva un mayor énfasis en la heterogeneidad de la categoría ocupacional, en términos de los tipos de oportunidad de trabajo a los que tienen acceso los profesionales, que en su homogeneidad, resultante de la sujeción a procesos comunes de formación en los aspectos técnico-científicos y éticos que componen el núcleo de la medicina como profesión. (Donnan-gelo, 1975, p. 10)

Y fue en esa dirección que investigó la organización del sector de producción de servicios de salud en sus dimensiones legal, histórica y sociológica, permitiendo una interpretación de ciertos aspectos de esa organización como consecuencia de las dinámicas de las relaciones de clase en el área urbano-industrial de la sociedad brasileña. Estableció los contornos del sistema previsional brasileño, uniformado en el año 1960, detectando su colapso precisamente por el mencionado aumento de la demanda de servicios, especialmente en la atención médica. Por ello, comenzó a estudiar el mercado de trabajo médico, teniendo en cuenta su principal productor directo —el propio médico— reconociendo, al construir sus formulaciones, un cambio en la propia ideología médica, que trataba de ajustarse a un mercado de trabajo cuya configuración se guiaba cada vez más por moldes empresariales (Mota *et al.*, 2004, p. 26).

La segunda obra es la tesis de doctorado de Antônio Sérgio da Silva Arouca¹², *El dilema preventivista*, un estudio crítico sobre los propósitos que involucran el discurso preventivista, entre ellos, dos aspectos aquí considerados fundamentales: el primero es la explicación histórica del preventivismo, acercando el pensamiento higienista a la ideología liberal de las décadas de 1930 y 1940, comprendiendo “cómo se da la sustitución de la higiene, y las respuestas al costo de la atención médica, a través de un discurso que establece una actitud

¹² Sérgio Arouca (1941-2003), médico sanitarista por la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto en el año 1966. Entre 1967 y 1975, enseñó en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Campinas (Unicamp) y, en el año 1978, aprobó un concurso en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), convirtiéndose en profesor de planificación en salud pública. Además, fue presidente de la Fiocruz en el periodo 1985-1989, diputado federal por el PCB en 1991-1994 y 1995-1998, y secretario municipal de Salud de Río de Janeiro en el año 2003.

que esencialmente es normativa y que, rompiendo con las barreras geográficas de su origen, adquiere una dimensión continental” (Arouca, 1975, p. 66).

El segundo aspecto es la comprensión de que los presupuestos de la prevención habrían pasado por un tipo de formación escolar del médico que, aunque inculcando en la sociedad valores de prevención, neutralizaba, al mismo tiempo, la dimensión de clase:

...en primer lugar, la división de la sociedad en clases estratifica la morbilidad y el acceso a los servicios de salud, destinando un espacio social para estas poblaciones; en segundo lugar, la escuela selecciona socialmente a sus estudiantes, concentrando en las universidades a los grupos privilegiados para, finalmente, la medicina preventiva, manteniendo los privilegios de los segundos, pretender que estos establezcan un compromiso con los primeros, definido en una actitud social y, en este punto, encuentra una resistencia que (enmascarada su origen de clase) debe resolverse a nivel de la técnica educacional. Por lo tanto, la medicina preventiva intenta un reencontro entre los poseedores y no poseedores, lo que lleva, por analogía, a la solución de desarrollar los dones ausentes en la población, a través de la educación, de la misma educación de la que ya fueron excluidos. (Arouca, 1975, pp. 137-138)

Discutiendo las formulaciones de Arouca en torno a los postulados preventivistas en el año 1970, Ana Figueiredo Souza observó el impacto de los argumentos defendidos por el autor:

...la medicina preventiva se había convertido en un mito, pero la intención de esclarecerla se realizó plenamente. Después de Arouca, estaba agotada la “ilusión” de constituir con la preventiva un modelo alternativo a la clínica, pues se revelaba como una actitud ausente, incapaz de resolver los problemas de salud ligados a determinaciones sociales, a pesar de lograr idealmente reconocerlos. Desvelado el mito, permanecía el dilema: ¿cómo superar la situación problemática de la salud del país y de América Latina? (Souza, 2016, p. 55)

La lectura del estudio de Arouca se volvió obligatoria para el naciente movimiento sanitario que comenzaba a configurarse, tanto por su evidente importancia teórico-metodológica como por haber estado también involucrada en una dimensión política. Debido a su contenido académico polémico y de carácter claramente político, la Universidad de Campinas decide vetar su

defensa pública, incurriendo incluso en una feroz persecución política. Ante esta repercusión, la Universidad hace una concesión y “permite” que la tesis sea defendida el 23 de julio de 1975. El episodio configuró la obra también como un símbolo del movimiento sanitario de la época y de la lucha contra la dictadura y por la redemocratización del país.

En 1986, Sérgio Arouca presidió la VIII Conferencia Nacional de Salud y, en su discurso de apertura, dejó clara, entre tantos temas fundamentales, la necesidad de formar otro profesional de salud, más cercano y en diálogo con la sociedad brasileña: “tenemos que romper el muro y el foso del sector salud y abrir canales de comunicación con la sociedad brasileña, inclusive, aprender a hablar con ella. Tenemos que comenzar a transformar nuestro lenguaje y cambiar nuestro oído” (Arouca, 1986). En este sentido, la reforma sanitaria no podría ser solo administrativa y sectorial, sino un proyecto nacional de cambio de la sociedad.

...el proyecto solo apunta a un sentido y, si en ese sentido no da resultado, es que el proyecto fracasó, que es la mejora de las condiciones de vida de la población. Que mueran menos niños, que nuestro pueblo viva más, que nuestro pueblo crezca más, que nuestro pueblo tenga menos miedo. (Arouca, 1975, pp. 137-138)

La tercera obra que influyó en el movimiento de la salud colectiva brasileña es la tesis de libre-docencia de Cecília Donnangelo, que, además de traer al centro de la crítica la biomedicina con el concepto de medicalización del social, pretendió sistematizar algunas cuestiones en torno al campo de la medicina comunitaria entendida como forma de servicio.

...aunque la medicina comunitaria constituye efectivamente el objeto de este estudio, lo que se busca no es más que la indicación de una línea de análisis de la especificidad del campo, de modo que quedan excluidas tanto un enfoque intensivo de esta forma de práctica médica, como la elaboración de cualquier perspectiva inmediata de intervención en el área de salud con vistas a reformulaciones internas. Por otro lado, también se omite realizar un tratamiento sistemático de las diversas líneas de práctica médica susceptibles de recibir esa adjetivación o que han sido designadas de esa manera. Las razones para ello están delineadas en el texto, pero la indicación parece necesaria, dado que el término “comunitario” ha cubierto una amplia gama de proyectos de organización de asistencia médica que no son equivalentes, ni en términos de estructura interna ni en

términos del sentido particular de su articulación con la estructura social. (Donnangelo, 1976, pp. 1-2)

Publicada esta tesis junto con la argumentación transcrita de Pereira, la obra ganó un amplio espacio de recepción, consolidando sus críticas, dando reconocimiento a la dimensión comunitaria y desarrollándose en un espacio geográfico configurado para la práctica, reflejando una particular identificación entre la comunidad y la sociedad local.

...la medicina comunitaria considera la subordinación de la práctica a la dimensión social del proceso salud-enfermedad, imponiendo la superación de la división entre aspectos orgánicos y psicosociales, entre conductas preventivas y curativas, entre práctica individual y efectos colectivos de la atención a la salud. Se presenta también como una respuesta a la inadecuación de la práctica médica para atender las necesidades que deben ser resueltas tanto como respuesta al principio del derecho a la salud como por su importancia en el proceso de desarrollo social. (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 13).

Tales señales acompañan a la salud colectiva, que se ve bajo el dominio de sus contextos, a veces ampliando cuadros, teorías y políticas de salud, a veces retrocediendo, perdiendo espacio frente a los avances de otras tecnologías competidoras. El SUS y sus formas de existencia son siempre el termómetro de sus límites, desafíos y potencialidades. Como mostró Paim (2008), tal vez se pueda verificar regionalmente cómo se dio el proceso de retroceso de la salud colectiva en torno a la Reforma Sanitaria en la década de 1990. En São Paulo, estado que tuvo dificultades políticas y tecnológicas para implementar el SUS, incluso en su capital, se produjeron tensiones importantes en el campo de la salud colectiva, tanto a nivel teórico como tecnológico, profundizándose las diferencias institucionales, distanciándose grupos y sus perspectivas en torno a la salud. El retroceso de la década de 1990 fue hacia una búsqueda cada vez más academicista de los departamentos de Medicina Preventiva y Social, mientras que los servicios se preocuparon por la gestión. El desvanecimiento de las banderas de la Reforma Sanitaria fue inevitable.

En su *La reforma de la reforma: repensando la salud*, Gastão Wagner de Sousa Campos reflexiona sobre los caminos del sistema público en Brasil. Este estudio aborda el desmoronamiento que en ese momento se estaba inscribiendo en una agenda social y las dificultades de la izquierda, en particular, las de la salud colectiva. Más que eso, pone en debate las bases marxistas que habrían llevado al movimiento hasta ese punto.

...de paso, consideré, en mis análisis y conclusiones, la crisis del socialismo real, el fracaso de la gestión planificada de la economía, la ineficacia de las políticas sociales en Brasil, las dificultades de los comunistas para compatibilizar los derechos sociales con la democracia, la debilidad de la izquierda, que no logró reformar esos sistemas sin permitir una restauración del capitalismo. Me preocupé principalmente por hacer una distinción entre la versión oficial del marxismo, que durante décadas justificó teóricamente todos estos procedimientos, y otra que recuperara la creatividad y la inteligencia del método basado en el materialismo histórico. (Campos, 1992, p. 12)

Se observa, en esta reflexión, que esta crisis proviene de un momento que los historiadores más conservadores llamarían el “fin de la historia”, es decir, el declive del socialismo y una única salida civilizatoria para la humanidad: el sistema capitalista en su conformación neoliberal. Aunque tal argumento fue refutado principalmente por la historiografía de base marxista, estaba claro que existía una ruptura histórica de gran dimensión. Al hacer sus consideraciones en 1991 sobre la década que se abría, Eric Hobsbawm fue categórico al afirmar que el mundo debía cambiar, pues corría el riesgo de explosión e implosión.

...si la humanidad quiere tener un futuro reconocible, no puede ser mediante el prolongamiento del pasado o del presente. Si intentamos construir el tercer milenio sobre esa base, fracasaremos. Y el precio del fracaso, es decir, la alternativa para un cambio de la sociedad, es la oscuridad. (Hobsbawm, 1995, p. 552)

Rastros de memoria, fuente para la historia

Recorrido de un proyecto de investigación

De 2014 a 2016, se desarrolló el proyecto de investigación titulado *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e prática*¹³, dirigido por André Mota (coord.), Lilia Blima Schraiber y José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (investigadores asociados). El

¹³ Investigación financiada por la Fapesp (Processo N° 2013/12.137-0). São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP; 2014-2016.

trabajo consistió en una investigación documental que abarcó el período de 1960 a 1990, con énfasis en profundizar sobre la constitución de la salud colectiva en el estado de São Paulo. Además del estudio documental, organizado en un corpus institucional y académico, se entrevistó a 43 participantes de este campo, y parte de esas entrevistas se presenta aquí, según el detalle a continuación:

- Almeida, E. S. (2015). São Paulo: jun. 10. Tiempo de grabación: 2h 37min 8s.
- Barata, R. B. (2014). São Paulo: out. 27. Tiempo de grabación: 2h 10min.
- Campos, G. W. S. (2015). Campinas, SP: jul. 6. Tiempo de grabación: 1h 52min 18s.
- Castilho, E. A. (2014). São Paulo: nov. 25. Tiempo de grabación: 49min 34s.
- Cohn, A. (2015). São Paulo: abr. 13. Tiempo de grabación: 1h 12min 27s.
- Dimitrov, P. (2015). São Paulo: jul. 1. Tiempo de grabación: 2h 35min 45s.
- Donato, A. A. (2015). São Paulo: maio 18. Tiempo de grabación: 1h 59min 5s.
- Duarte, E. N. (2015). Campinas, SP: set. 1. Tiempo de grabación: 2h 15min 24s.
- Goldbaum, M. (2015). São Paulo: mar. 11. Tiempo de grabación: 1h 23min 44s.
- Goldenberg, P. (2015). São Paulo: jun. 23. Tiempo de grabación: 1h 44min 11s.
- Guedes, J. S. (2014). São Paulo: ago. 21. Tiempo de grabación: 1h 17min.
- Heimann, L. S. (2015). São Paulo: abr. 15. Tiempo de grabación: 1h 21min.
- Ibañez, N. (2015). São Paulo: mar. 6. Tiempo de grabación: 1h 19min 9s.
- Iyda, M. (2015). São Paulo: ago. 14. Tiempo de grabación: 1h 34min 35s.
- Litvoc, J. (2014). São Paulo: mar. 25. Tiempo de grabación: 1h 30min 23s.
- Loureiro, S. (2015). Salvador: set. 9. Tiempo de grabación: 1h 33min 2s.

- Marsiglia, R. M. G. (2015). São Paulo: abr. 27. Tiempo de grabación: 1h 21min 13s.
- Novaes, H. M. D. (2015). São Paulo: maio 3. Tiempo de grabación: 1h 31min 40s.
- Nunes, E. D. (2015). Campinas, SP: set. 1. Tiempo de grabación: 2h 15min 24s.
- Rocha, S. M. (2015). Ribeirão Preto, SP: nov. 26. Tiempo de grabación: 2h 55s.
- Seixas, J. C. Tiempo de grabación: 3h 14min 15s.

En este libro, en cada capítulo, se citan fragmentos de las entrevistas realizadas con algunos de los primeros agentes históricos involucrados en la formación del campo de la salud colectiva, acercando y dando mayor inteligibilidad a los temas debatidos sobre el estado de São Paulo y, al mismo tiempo, comprendiendo la complejidad involucrada en estas raíces históricas, siempre abiertas a otras posibilidades interpretativas, además de la histórica elegida aquí. Preliminarmente, debe establecerse sobre las entrevistas presentadas una premisa central en el campo de la historia: la relación entre memoria e historia, es decir, la relación siempre tensionada entre el individuo y el colectivo, aquello que se recuerda sobre un pasado y su reconstrucción dentro de una razón histórica.

...las relaciones de sí para sí mismo, el trabajo de sí sobre sí mismo, la preocupación, la formación y expresión de sí, suponen un trabajo de la memoria que se realiza en tres direcciones diferentes: una memoria del pasado, aquella de los balances, las evaluaciones, los lamentos, las fundaciones y recuerdos; una memoria de la acción, absorbida en un presente efímero; y una memoria de la espera, aquella de los proyectos, las resoluciones, las promesas, las esperanzas y los compromisos hacia el futuro. (Candau, 2011, p. 69)

Los recuerdos envolverían ese ejercicio entre lo individual y lo colectivo, el pasado de lo vivido, el presente de la experiencia y el futuro de la expectativa.

...siempre personal y siempre apoyada por referentes colectivos, repertorios a ser apropiados individualmente y selectivamente reemplazados. Paradojal en su apariencia, caleidoscópica, permite, en un giro, lento y súbito, una nueva combinación de cristales del recuerdo; receptáculo, garantiza que de todo queda un poco, que de todo queda todo, aunque el acceso sea incierto. (Pinto, 1998, p. 207)

Por eso, más que “rescatar la verdad histórica”, estas entrevistas deben “representar” una narrativa específica sobre el pasado, esclareciendo ciertas cuestiones discutidas aquí, pero también señalando espacios vacíos de ese mismo pasado. Además de la legitimidad de la memoria en el hacer histórico, lo que se busca percibir son los contrastes de su facción por la experiencia vivida, siempre guiada por la preocupación de la historia de presentar un tiempo pasado determinado, con sus hombres y sus mujeres, revelando por ello el tiempo presente, también con sus hombres y sus mujeres, pero estos cargados de proyecciones de un futuro incierto.

Entre idas y venidas: la llegada de médicos de fuera

Hay que considerar en este período, entre el preventivismo y la salud colectiva, la llegada a São Paulo de médicos provenientes de experiencias distintas, de otros estados, que traían consigo formas diferentes de ver lo social, influyendo y dejándose influir por las cuestiones regionales paulistas, incluso en el campo médico y en el de salud pública, pero todos marcados por el contexto brasileño de la dictadura civil-militar. Entre llegadas y partidas, algunos tuvieron contacto con los cambios ocurridos en el campo médico y sanitario y regresaron a su estado de origen para integrar y contribuir con sus instituciones, mientras que otros se quedaron y aprovecharon las oportunidades que se abrían sobre todo para la carrera de médico sanitarista. Se evalúa que esta fue una de las marcas decisivas en la comprensión de la estructura sanitaria que se constituyó en el período.

Fue durante su graduación en medicina que Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva¹⁴ conoció al profesor Guilherme Rodrigues da Silva, quien tenía una beca de la Fundación Kellogg, desarrollaba un trabajo de medicina comunitaria y escribía una tesis sobre la enfermedad de Chagas. Rodrigues da Silva también supervisaba un núcleo de medicina preventiva y, a su invitación,

¹⁴ Sebastião Antonio Loureiro de Souza e Silva estudió en la Facultad de Medicina de Bahía entre 1959 y 1964. En 1965 y 1966, realizó su residencia médica en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-USP y, de 1967 a 1968, estuvo en la University of London, donde escribió su tesis de maestría, *Factors affecting the spread of Schistosomiasis mansoni in Brazil*. Entre 1973 y 1978, realizó su doctorado en epidemiología en el University of Texas System, con el título *Schistosomiasis in Children*. Actualmente, es profesor emérito de la Universidad Federal de Bahía, vicecoordinador del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud (INCT-S/Citecs) y del Programa de Economía, Tecnología e Innovación en Salud (PECS) de la UFBA.

Sebastião Loureiro comenzó su trabajo junto a la comunidad. Con esta experiencia, decidió hacer residencia médica en el área de epidemiología:

...no sabía muy bien qué era la epidemiología en esa época; sabía que tenía que ver con trabajo con población. Dije: «voy a estudiar epidemiología». Y estaba la Facultad de Salud Pública en São Paulo, que tenía una maestría, no en epidemiología, pero ya tenía la disciplina de epidemiología. Entonces, pensé en ir allí. Hablando con Roberto Santos, me dijo: «mira, es mejor ir a Ribeirão Preto, porque es un curso nuevo, diferente». Y a mí también me gustaba mucho la clínica médica. En realidad, cuando hice el quinto año y el internado, lo hice en clínica médica, no en medicina preventiva. Medicina preventiva porque participaba de ese programa allí, pero la parte de enfermería, la hice en clínica médica. Entonces, él dijo: «en Ribeirão, creo que te adaptas mejor; y también tienen trabajo en Cássia dos Coqueiros, de epidemiología, de Chagas, y tenían el trabajo en Vila Virgínia». (Loureiro, 2015, p. 3)

Sus actividades se mezclaron entre lo que venía desarrollando en Bahía y los desafíos traídos por el trabajo desarrollado por el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, pero con un agregado: había un componente político que lo acercó a estudiantes y profesores.

...me involucré en esos trabajos comunitarios, en Vila Virgínia, Cássia dos Coqueiros. Era un trabajo interesante, y las discusiones también comenzaron [...] Como ya pertenecía al Partido Comunista aquí, en Ribeirão empecé a contactar con las personas del Partido, los estudiantes, incluso, Sérgio Arouca era estudiante en esa época, cursando quinto año; Ana Maria Tambelini también. Había otros, profesores de áreas básicas, había una psiquiatra importante, que era de São Paulo. Había un núcleo del Partido Comunista considerable para una facultad. Entonces, también me integré, desde el punto de vista político, con este grupo. (Loureiro, 2015, p. 5)

Con la partida del profesor José Teruel hacia la OPS, Sebastião Loureiro fue llamado para asumir el cargo en la Facultad, pero tenía un compromiso previo, firmado con Guilherme Rodrigues da Silva, para regresar a Bahía,

...entonces, envié una carta a Guilherme, diciéndole eso, y que quería escuchar lo que él tenía que decir, qué opinaba. Él dijo: “Ven, está comenzando una investigación aquí, hay un proyecto, consigo una beca para ti, un

contrato de prestación de servicios, CLT". Bueno, está bien. Entonces, voy a regresar. (Loureiro, 2015, p. 6)

Es interesante notar que, entre las dificultades reales que enfrentó en su regreso —la beca que no se otorgó cuando se esperaba y la burocracia para su reintegro en la Facultad de Medicina—, en el año 1970, se creaba, con su presencia decisiva, el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Otro dato interesante es que su área de investigación académica, maestría y doctorado, coincidía con temas relacionados con la esquistosomiasis, que también adquirieron relevancia en el debate médico-sanitario paulista.

...en el año 1974, fui a hacer el doctorado en epidemiología en la Universidad de Texas, en Houston, en la Escuela de Salud Pública de allí. Hice el doctorado en esquistosomiasis, pero siempre en aspectos más sociales. En el trabajo de conclusión de la maestría, que realicé en Londres, el tema fue esquistosomiasis, pero cómo los factores socioeconómicos determinaron la difusión de la esquistosomiasis en el Nordeste hacia las regiones Sur y Sudeste, hacia el interior de São Paulo, Paraná, asociando esto con las fronteras agrícolas, la migración nordestina hacia el café, la cafcultura en el norte de Paraná y São Paulo. Fue cuando comenzó a haber esquistosomiasis en esa área, que antes no la tenía. (Loureiro, 2015, p. 10)

Al ser preguntado sobre en qué la experiencia paulista habría contribuido a la constitución del Departamento de Medicina Preventiva, él señaló justamente la experiencia académica:

...creo que hubo esa fase en Ribeirão Preto, que, de cierto modo, atrajo a mucha gente, más por el lado académico. Ribeirão Preto, la Facultad de Medicina de la USP, todo el mundo era a tiempo completo, hacía investigación, es decir, tenía ese atractivo académico, y creo que eso fue muy importante. Incluso el hecho de haber dado dos opciones, una escuela tradicional de salud pública en São Paulo y la de Ribeirão Preto, al menos de aquí fueron tres personas a hacer residencia allí. Y aun dos de psiquiatría fueron a hacer residencia allí, en esa época. Entonces, Ribeirão tenía ese atractivo más por el lado académico, y la preventiva, de alguna manera, tenía el trabajo comunitario, tenía una visión de trabajo rural, en el interior. En cierto modo, eso fortalecía nuestros programas aquí, que tenían un poco de esa característica. Y el contenido incluía epidemiología, sociología, estadística, planificación. (Loureiro, 2015, p. 13)

Otro caso que destacar es el de Gastão Wagner de Souza Campos¹⁵. Una de las preguntas iniciales de la entrevista era precisamente sobre cómo había sido ese contacto con las cuestiones de salud en el estado de São Paulo. Él dijo:

En el último año, cuando estaba en el internado, en 1975, la SBPC estuvo allí, y aparecieron dos figuras, Zé Rubens Alcântara Bonfim y David Capistrano, haciendo una exposición. No se llamaba aún salud colectiva, pero hablaron del curso de especialización, de la maestría en medicina de la USP, y eso me estimuló, me orientó. Luego, Zé Rubens me envió los apuntes para prepararme para la selección, envió una copia en fotocopia. Y ahí decidí hacer la residencia y después ir a la salud colectiva. (Campos, 2015, pp. 2-3)

Los cambios traídos por la reforma de Walter Leser, entre ellos, la creación del curso corto para médico sanitarista y la creación de la propia carrera de médico sanitarista, se aliaron a cuestiones de fondo más políticas, vividas en la época de la dictadura militar:

...busqué la salud colectiva, la salud pública, en esa época, como se llamaba, mucho desde esta perspectiva “gramsciana” de lucha cultural, institucional. En São Paulo, hice el curso corto de salud pública. Luego, presenté el examen para médico sanitarista, elegí trabajar en Santo André. No fue por casualidad. Era de allí de donde surgiría lo nuevo, lo había localizado. (Campos, 2015, p. 4)

Sin duda, se abría para aquella generación un campo de experiencias en el que la articulación política y tecnológica en salud logró conformar un cuadro nuevo para la salud pública en São Paulo, naciendo una experiencia interesante en la reestructuración del campo de la salud pública, también con la participación de nuevos sujetos.

¹⁵ Nacido en la ciudad de Catalão, Goiás, en 1952, estudió en el Colegio de Aplicación en Belo Horizonte y, en 1970, ingresó en el curso de medicina de la Universidad de Brasília, graduándose en 1975. Formó parte del curso de Salud Pública en la Facultad de Salud Pública-USP en 1977. En 1986, concluyó su tesis de maestría en el Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, titulada *Los médicos y la política de Salud: entre la estatización y el empresarismo de los servicios de salud*. En 1991, defendió su tesis doctoral, *La reforma de la reforma: repensando la salud*, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp. Entre sus actividades de gestión, destacan las de secretario de Salud de Campinas (2001-2003) y secretario ejecutivo del Ministerio de Salud (2003-2005). Es profesor titular colaborador de FCM/UNICAMP y fue presidente de Abrasco entre 2015 y 2018.

...era médico sanitarista, se le llamaba coordinador de centro de salud. Era el Centro de Salud 2, se llamaba Utinga, estaba en la frontera entre Santo André y Mauá. Yo tenía formación en clínica médica, trabajaba en salud pública, coordinación, gestión, educación en salud, pero a medio tiempo atendía, hacía guardias nocturnas en el hospital, los sábados, para garantizar el ingreso para la familia. Y hacíamos educación en salud, en realidad se le llamaba “concientización”, “politización”, estaba vinculado al PC, reorganizar el Partido Comunista en Santo André. El hermano de Lula, Frei Chico, era uno de los líderes, conocí a Lula, daba cursos de salud del trabajador en São Bernardo, en Santo André, fueron los años de aquellas huelgas, viví todas esas huelgas, las de 1978, 1979 y 1980. (Campos, 2015, p. 6)

Al ser preguntado si habría existido una contribución paulista a la formulación del Sistema Único de Salud brasileño, se observa que las experiencias mencionadas eran fruto de las acciones y contradicciones vividas a lo largo de todo ese recorrido, de los vaivenes de una estructura que intentaba responder, también mediante políticas públicas, a las nuevas y viejas demandas históricamente construidas.

...en São Paulo, la gente de la Zona Leste –la referencia era Eduardo Jorge, luego varios otros líderes– trajeron una novedad, que es un poco originaria del PT [Partido de los Trabajadores], que es pensar la democracia de una forma más radical, más amplia. Trajeron el tema de la gestión participativa, que el SUS incorporó y que no existía en Inglaterra, ni en otros sistemas públicos universales de salud. Hacían experiencias de colegiados, de consejo tripartito en la Secretaría Estatal, donde eran sanitaristas, y comenzaron a teorizar, leyendo a Marilena Chauí, ellos se llamaban autonomistas, la idea de Gramsci era muy atractiva, porque la idea del Estado y de la sociedad civil entrando en el Estado, es necesario dominar el Estado. Entonces, creo que esa fue la contribución de São Paulo al SUS, y la crítica al paradigma y a las prácticas tradicionales, en la salud pública y médica... por la postura de la USP, principalmente. Y el SUS aquí, esta reforma más integral, vino a través de los municipios. Ahí, creo que la figura clave es David Capistrano, comenzó con Bauru, luego Santos... que tenía un pie en São Paulo, pero tenía la cabeza en los comunistas, porque esto de traer el sistema fue una iniciativa de los comunistas, de traer el derecho a la salud. (Campos, 2015, p. 13)

Sanitaristas, pero no médicos: una interpretación de la educación y de la sociología

El movimiento preventivista y posteriormente la reforma sanitaria incluyó entre sus preocupaciones una interpretación más elaborada de lo social, como soporte teórico-metodológico propio, fundamental en la explicación del proceso salud-enfermedad. En el caso paulista, aún en el año 1920, la falta de enfermeros y enfermeras trajo la figura del *normalista* (educador sanitario), en su mayoría compuesto por mujeres. Décadas después, este cuadro se ampliaría en el campo de las ciencias humanas, cuando la educación, la sociología, la psicología y otros campos como la historia y la geografía pasaron, paulatinamente, a formar parte de los ejes explicativos de la salud colectiva, y no se pueden discutir los temas tratados aquí sin esa referencia.

A partir del año 1960, además de su formación inicial, estos profesionales debían obtener especialización en el campo de la salud pública, estableciendo relaciones entre sus áreas de actuación y las cuestiones demandadas por la medicina, cuando estaban vinculadas a las escuelas médicas o a la salud. En cuanto a la educación y la sociología, pronto se hicieron evidentes sus lecturas particulares, señalando nuevas cuestiones e incorporando cuadros analíticos hasta entonces desconocidos por el mundo médico y sanitario.

En el campo de la educación en salud, se destaca en São Paulo el nombre de Ausônia Favorido Donato¹⁶. Una cuestión inicial en la entrevista fue sobre el encuentro entre educación y salud:

...la pedagogía, la descubrí estudiando filosofía. Hice el clásico, Normal, en esa época. Quien cursaba el Normal era una profesora; yo nunca pensé en eso. Sin embargo, cuando estudiaba los clásicos de la filosofía, siempre me dirigía hacia la educación. Siempre, siempre. No era el tema de la clase, pero veía las innovaciones en la educación, Platón, leía a Aristóteles, leía todo lo que había sobre reflexión educativa y sobre propuestas de educación... los filósofos.

¹⁶ Ausônia Favorido Donato es pedagoga formada en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo en el año 1968. Al año siguiente, ya como educadora en Salud de la Secretaría de Salud de São Paulo, recorrió varios municipios, entrenada por el Servicio de Propaganda y Educación Sanitaria (SPES) y bajo la planificación de los aspectos educativos de la Campaña de Erradicación de la Viruela (CEV), desarrollando amplia experiencia teórica y práctica en el campo educativo en su relación con la salud. En 1971, presentó a la PUC-SP su monografía de maestría, *Aspectos educacionales del problema de la Toxicomania* y, en el año 2000, defendió su tesis de doctorado, *Trazando redes de comunicación: relectura de una praxis de la educación en el contexto escolar*. Actualmente, es directora pedagógica del Colegio Equipe y hasta hoy es directora técnica del Instituto de Salud de São Paulo.

Ahí, dije: «bueno, educación». Y estudié pedagogía. No era porque «me encantaban los niños». No, no tenía eso. Era porque me parece fascinante pensar la educación, y por ella misma. Es decir, permite transformaciones. No es una visión ingenua. Y, en el último año de pedagogía, hubo un congreso en la USP, en la ciudad universitaria, creo que el primer congreso de pedagogía, y yo coordinaba un grupo que era para posgrado para pedagogos, eso fue en 1969, 1970. Ahí, descubrí que había un curso recién creado en la Facultad de Salud Pública de la USP: Educación en Salud. (Donato, 2015, p. 2)

En su experiencia en el Servicio de Propaganda y Educación Sanitaria, de 1969 a 1977, Ausônia vivió los reflejos de las acciones de la primera gestión de Walter Leser, en una mezcla de innovaciones e incomprensiones por parte de una máquina médico-sanitaria de las gestiones pasadas, ubicada en el Instituto de Salud y poco inclinada a novedades.

...fui a una ciudad, Alto Sorocabana [...] por el lado de Araçatuba, una ciudad pequeñita, en las vacaciones de julio. El padre iba una vez por semana, el alcalde había ido de viaje, no había nadie con quien hablar en la ciudad, para que las personas supieran que, dentro de 15 días, habría una campaña de vacunación contra la viruela. Entonces, estoy saliendo y veo un circo viejo, lo único con vida en la ciudad era el circo, que me encantaba. Llegué, conversé, vino un señor muy simpático, ya de cierta edad, le pregunto su nombre, «Geringonça. Soy el payaso. ¿Qué necesitas?» Explico. «¿Usted me puede ayudar?» «¡Claro!» En fin, montamos la matinée para el domingo, incluso canté con Geringonça. Vinieron los niños de la zona rural, todos, fue una de las ciudades que más vacunó, desde el primer día de la vacunación. También hice el informe. Entonces, mi servicio aquí me alejó, para que no fuera más al campo, ¡porque estaba denigrando la imagen de educadora de salud de São Paulo! Para mí, quedó algo tan fuerte, «denigrando». Primero, nunca había escrito «denigrando», una palabra fea. Qué triste. El profesor Leser, que era el secretario y estaba terminando la gestión, siempre llevaba a los técnicos de la Organización Panamericana de la Salud para ver cómo trabajábamos con la población. Y él fue a una ciudad de tamaño medio, creo que fue Sorocaba, dijo: «¿Pero no fue Ausônia quien trabajó aquí?» Entonces, los chicos: «No, la profesora está alejada». Y él personalmente llamó al entonces director de aquí y le dijo: «¡Póngala ya! ¡Tiene que ir ya a ese campo!» Al día siguiente, ya estaba en el campo. Es decir, ahí pude dar rienda suelta un poquito a las ganas de comunicar, de compartir. Eso es lo que nos guía. (Donato, 2015, p. 5)

Ausônia presentaría su renuncia a la Secretaría entre 1977 y 1978 —según ella, porque “cosas muy serias estaban sucediendo”—, pero regresó en 1983 para asumir un cargo en el Instituto de Salud. Es interesante notar, en ese regreso, su sorpresa ante un panorama que poco había cambiado respecto a las décadas anteriores y, al mismo tiempo, observar el proceso de cambio en los años siguientes, cuando ella misma también contribuiría en el Instituto, al lado de nombres fundamentales de la salud colectiva, para sus formulaciones teóricas y prácticas:

...entonces, tuve el privilegio de ser seleccionada por el profesor José da Rocha Carvalho para venir aquí, para dirigir el Servicio de Educación en Salud. Le dije: «pero no estoy siguiendo nada». Pero encontré aquí las mismas cosas que se hacían 10, 15 años antes. Los carteles, todo reproducido, ese servicio vacío, una visión retrógrada de la educación, prejuiciosa, amenazante... Y entonces el profesor Carvalho traía a Sérgio Arouca, María Isabel Rodrigues, Juan César García... había venido el personal de medicina, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, e iba escuchando un poco las cosas. (Donato, 2015, p. 7)

Entre los cambios mencionados por la entrevistada, dos destacaron en su memoria. El primero, en el ámbito de los recursos humanos en salud, con la llegada de profesionales de las ciencias humanas, lo que permitió la posibilidad de acercamiento no solo entre el ámbito médico y el de la salud, sino también con las instituciones formadoras de estos profesionales, algunas de las cuales no estaban acostumbradas a tener investigadores involucrados con temas relacionados con la medicina y la salud pública, considerados fuera de la órbita de sus intereses. En este tema, el desconcierto era mutuo:

Cuando llegamos, se hizo una selección para los becarios de la Fundap de sociólogo, historiador, geógrafo, profesor de educación física. En esa época, 1984, 1983, la gente decía: «¿pero qué va a hacer con un historiador? ¿Qué va a hacer con un geógrafo?» Porque solo se veía al médico y sus auxiliares. Eso era lo que se veía. (Donato, 2015, pp. 8-9)

La segunda se refería a algunos proyectos que se fueron construyendo con el objetivo de dar vigor al área de educación y comunicación del Instituto de Salud.

...nosotros hicimos una evaluación, una lectura profunda de los carteles, anverso y reverso, analizamos mucho, con la ayuda de la semiótica. El personal de la Unicamp nos ayudó mucho. Trabajamos con el sindicato, con la salud

del trabajador. Trajimos este otro enfoque [...] Por ejemplo, hicimos un trabajo muy bonito, que implicó la producción de una película con los trabajadores del Vale del Ribeira... En fin, fue cambiando de dirección. Incluso hicimos una evaluación pensando en qué sentido tendrían esos recursos, llamados educativos, para las diversas poblaciones, para los distintos públicos... (Donato, 2015, p. 7)

En el campo sociológico¹⁷, hubo, sin duda, a partir de la década de 1960 y sobre todo en las de 1970 y 1980, un crecimiento importante, incluso a nivel internacional, de los enfoques sociológicos que involucraban la medicina y la salud pública. En São Paulo, un grupo de sociólogos y más tarde otros profesionales de las llamadas ciencias humanas ayudaron a conformar uno de los ejes que constituiría las bases tanto del preventivismo como de la salud colectiva, junto a la epidemiología, la política y la gestión. Entre los varios sociólogos entrevistados en la investigación, se optó por el corte generacional como estrategia para acercarse a los primeros años en los que la sociología integró el ámbito académico médico y de salud.

Este es el caso de Massako Iyda, profesora de la Facultad de Medicina de la Unesp. Formada en sociología y política en la Fundación Escuela de Sociología y Política de São Paulo (1963-1996), defendió la disertación y la tesis en la Facultad de Salud Pública de la USP, pero en completa sintonía con sus actividades en la Facultad de Medicina de Botucatu, donde trabajaba en régimen de dedicación exclusiva. Realizó la maestría entre 1973 y 1979, titulada *Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manoel*, y el doctorado entre 1982 y 1989, titulado *Saúde pública: reprodução ou legitimação?*

Según su entrevista, llega a la Facultad de Medicina de Botucatu en el tiempo de la formación del Departamento de Medicina Preventiva.

En 1969, fui a hacer el curso de Educación en Salud Pública, en la Facultad de Salud Pública, es decir, mi entrada en la salud pública fue a través de la Facultad de Salud Pública. Luego, hice un curso del antiguo Cedip (Centro de Estudios Poblacionales), en el área de demografía. A comienzos de 1970, fui a Botucatu, invitada por una colega que ya estaba allí, llevada por Cecília Magaldi. La primera promoción de la facultad es de 1963, y no existía el Departamento de Medicina Preventiva. Creo que Nagib Haddad, que había

¹⁷ Sobre el debate que involucra la relación entre las ciencias sociales y la salud colectiva, ver Ianni (2012).

ido a Botucatu, daba la parte más de estadística. Tengo la impresión de que no había un contenido de medicina preventiva. Luego, en 1968, Cecilia Magaldi se va a Botucatu y comienza a fundar el Departamento de Medicina Preventiva. (Iyda, 2015, p. 1)

Discutiendo este período, se habló poco sobre la articulación entre las ciencias sociales y humanas y el campo médico en lo que respecta a las dificultades que enfrentaron estos profesionales para imprimir lógica a su trabajo, cuando la comprensión sobre la formación médica enfatizaba mucho su dimensión práctica, creando obstáculos adicionales, por un lado, al mismo tiempo que les exigían maneras de dialogar con la formación profesional. Según Massako Iyda, los primeros tiempos demostraban la indisposición:

...yo di un texto de Florestan sobre el sistema social, y el día que fui a hacer la prueba, los estudiantes simplemente hicieron huelga. Dijeron que tenía que bajar el nivel, porque los estudiantes no entendían. Luego, comencé a trabajar con la cuestión del modo de producción. Y daba algunas nociones sobre cómo era el desarrollo del capitalismo y, de ahí, pasaba al área de la salud, intentando aplicar el análisis de la cuestión del modo de producción a la salud. Recuerdo que la insistencia era que trabajáramos con la cuestión de la relación médico-paciente, es decir, tanto la psicología como la sociología fueron introducidas por el grupo de Botucatu para tratar este tema. Tanto es así que hacíamos que el estudiante fuera al consultorio a entrevistar al paciente para saber cómo era [...] la cuestión era la relación médico-paciente, en la década de 1960. (Iyda, 2015, p. 4)

Además de poner a los estudiantes en contacto con la comunidad y preparar a parte de ellos para la carrera en instituciones públicas de salud pública, la relación establecida entre los servicios y la academia fue un elemento más que definió la presencia de estos intelectuales, principalmente los de las ciencias humanas, en el campo médico, es decir, aportando elementos para la comprensión de lo social.

...comenzamos con la instalación de una unidad sanitaria en una finca experimental, la Finca del Lajeado, donde los internos iban cuando pasaban por la preventiva. Creo que una característica del Departamento era estar siempre orientado hacia el área de servicios, la trayectoria del Departamento muestra un poco eso. La preocupación del Departamento, de cierta manera, siempre fue preparar a los estudiantes para actuar en la comunidad o en la Secretaría de Salud. Las prácticas del Departamento estaban orientadas

hacia esto, porque había prácticas en los municipios vecinos, y siempre en el distrito sanitario. Así que, una característica del Departamento en las décadas de 1960 y 1970 era formar cuadros para la Secretaría de Salud. (Iyda, 2015, p. 2)

Así, sin percatarse claramente, los analistas interpretaron los más de cien años de institucionalización de la medicina y la salud pública en São Paulo dejando de lado los contextos que presentaban indefiniciones o contradicciones del proceso y construyendo, en su lugar, una imagen lineal de la realidad, cuando no triunfalista. Para Massako Iyda, la Reforma Leser estaría en este encuadre, lo que la llevó a estudiar más profundamente el tema e incluso a cuestionar la participación paulista en el proceso de construcción de la salud colectiva en Brasil.

En mi tesis de doctorado (Facultad de Salud Pública-USP), veía mucho “Le-ser, ¿por qué el Leser, ¿por qué el Leser? ...” Y dije: “no fue el Leser. Voy a probar que no fue el Leser”. Entonces, surgió mi tesis de doctorado, porque quería demostrar a los sanitaristas que no había sido el Leser quien había hecho la reforma, que todo el mundo enaltecía. Es decir, quería probar que habían sido las circunstancias –el Leser había sido un personaje de esas circunstancias. Pensé para definir el objeto, porque pensaba “¿qué es la salud?” Comencé a definir los términos salud y público. Fue en un curso de Otávio Ianni en el que comenzó a discutir la cuestión del Estado. Dije: “vaya, creo que voy por ahí”. Porque creo que este movimiento de la salud colectiva, en esa época pensaba, y sigo pensando aún, era un movimiento más del personal de Río de Janeiro y de Bahía. No sé hasta qué punto el estado de São Paulo participó activamente en la implantación de la salud colectiva. (Iyda, 2015, p. 5)

Finalmente, en su interpretación de la relación entre las dificultades de la actualidad y la salud colectiva, habría un cierto desajuste entre la producción académica y las cuestiones más objetivas del vivir social y en salud:

Creo que la salud pública, a partir de la década de 1970, no sé si también siguió el ritmo, porque hubo muchas transformaciones en el área de salud, en la epidemiología. Es decir, se habla de la epidemiológica, de la demográfica, tengo la impresión de que los departamentos no siguieron el ritmo, estaban cambiando la sociedad, el mundo estaba cambiando, y la salud pública no se dio cuenta de ese cambio. Es decir, ¿cuál es el tema de la salud pública hoy? (Iyda, 2015, p. 9)

Capítulo 2

El reverso de la moneda: La administración de la salud pública paulista, 1925-1987

La orientación de los servicios de Salud Pública seguía el Código Sanitario del Estado de São Paulo, elaborado durante la gestión de Arthur Neiva en el Servicio Sanitario de 1918 y reformado en la gestión de Geraldo de Paula Souza, en 1925. Después de 1930, no se estableció una orientación planificada de Salud Pública para la ciudad ni para el estado. La falta de continuidad se manifestó en el propio período de permanencia de los secretarios responsables del área y de los directores del Servicio Sanitario, luego Departamento de Salud Pública. En promedio, los secretarios permanecieron en el cargo 203,81 días, y los directores de Salud Pública 312,21 días entre 1937 y 1947.

Maria Alice Rosa Ribeiro, 2004

En realidad, la idea de regresar a la esclavitud de la Secretaría, con 12 o 14 horas de trabajo, a las presiones de diputados, alcaldes, reporteros y otros semejantes, era poco atractiva, sobre todo cuando ya me estaba acostumbrando y gustando de una vida libre de todo eso y con cosas interesantes por hacer. El problema era que, si ocurrían cosas que sabía que podría evitar o que dejaban de suceder cosas que también sabía que podría hacer que sucedieran, o al menos intentar, me quedaría en una situación terrible frente a mí mismo.

Walter Leser, 1996

Estudiando los movimientos médico-sanitarios en el territorio paulista de 1925 a 1987, tratamos de aproximarnos a explicaciones regionales médico-científicas y socioculturales de los procesos históricos de la formación del sistema estatal de salud para comprender cómo se fue delineando lo que sería su campo de actuación. Más que eso, existe un desafío frente a los estudios producidos en el campo de la salud pública paulista, marcado por cierta idea de linaje histórico que implica acomodaciones interpretativas. Según estos estudios, habría tres grandes marcadores tecnológicos de la salud pública

estatal: las administraciones de Emílio Ribas y la policía sanitaria, de Geraldo de Paula Souza y la educación sanitaria, y de Walter Leser y la programación en salud (Mendes-Gonçalves, 1994). Todos estarían reunidos en un proyecto que, poco a poco, habría originado un modelo de salud pública para el país, acumulando experiencias, tecnologías y formas de gestión capaces de dominar las miserias sociales y los modos de vida de los individuos.

Si, por un lado, tales experiencias de hecho dejaron huellas en la formación de un sistema de salud estatal con permanencias infraestructurales y experiencia tecnológica, por otro lado, existen intentos de aproximarlas a una originalidad naturalizada y por ello capaz de borrar vestigios que puedan revelar otros contextos, con otras motivaciones y necesidades conflictivas. Tratar la salud pública como un mero acumulado progresivo de tecnologías transmitidas de mano en mano crea, paralelamente, un error interpretativo, con repercusiones enormes en la formulación de un imaginario regional, despojando a grupos, generalmente de la población más pobre y atrapada por las negligencias administrativas, de cualquier presencia que comprometa tal linealidad.

Uno de esos períodos, al cual prestamos más atención, está entre la llamada Reforma Paula Souza, de 1925, y la Reforma Leser, de 1967-1970 y 1975-1979. Para tales décadas, existe, si no un silencio analítico, sí la certeza de que estaría en marcha un proyecto de salud pública en progresión, con pocos datos que lo pusieran en suspensión y que, cuando existían, no pasarían de un hiato de poca repercusión, tanto en la estructura administrativa estatal como en el impacto en la vida de la población.

Es relevante notar, sin embargo, que inicialmente había cuestiones de orden tecnológico en el propio proyecto Paula Souza, que vinculaba su proyecto liberal de los Centros de Salud a una Educación Sanitaria de carácter eugenista y restrictivo como garantía de una respuesta sanitaria paulista, razón de toda una oposición dentro de las filas médicas de especialistas. En la dimensión política estatal, con la refriega de la guerra civil de 1932 y la oposición getulista, este fue un período de ataques a la estructuración autonomista paulista, siendo la deconstrucción del proyecto sanitario que se venía elaborando un punto central para las fracciones que representarían el nuevo régimen, lo que culminó no solo en la desarticulación del conjunto administrativo y de servicios existentes, sino también en el uso de la máquina electoral del período, es decir, se vendía la imagen de la llegada de aparatos médico-sanitarios para la población, principalmente de la clase trabajadora industrial, lo que muchas veces no era más que una estrategia para conseguir votos en tiempos de elecciones. En el caso de la capital, existía una estructuración social y política que indicaba cuánto cambiaba la velocidad de las

demandas de la población, nueva y antigua, de la ciudad, exigiendo de sus instituciones representantes acciones acordes, lo que, en el día a día de gran parte de la población, nunca existió.

Lo que se presenció fue un colapso de las instituciones de salud y de sus planes para sus habitantes, llevando a situaciones de caos médico-sanitario en varios momentos y, con ello, desplazando la visión triunfalista de la salud pública paulista hacia otra mucho menos prometedora, al menos en la capital. Yendo más allá, en la gestión de Walter Leser, ocurrió lo mismo: existía una narrativa simplista de que, al recibir el tal legado de Paula Souza, habría habido una continuidad administrativa entre el primer y segundo mandato. Sin embargo, los informes formulados por el propio secretario muestran cómo su acción reformista había sido, incluso, paralizada entre 1970 y 1975, profundizando, en el caso de la capital paulista, los problemas médico-sanitarios que ya se venían extendiendo antes de la posesión de Leser.

En fin, queda claro que las dificultades eran inmensas y con pocos legados, exigiendo esfuerzos adicionales para sacar a São Paulo de la casi quiebra de su estructuración médico-sanitaria. Tales reflejos se hacen evidentes cuando se trata de comprender más profundamente, a través de la aproximación de sus actores, cómo avanzó este proceso, siempre entre turbulencias, inconstancias y limitaciones. Quedaría claro que una pequeña parte de la Reforma Leser habría sido implementada, y la otra parte, referente a las acciones de los centros de salud, regresaría a un lugar ya conocido, donde la falta de inversiones pone en suspensión la llamada Programación en Salud, proyecto que se decía capaz de acercar el servicio y la población de forma más amplia.

En un contexto marcado por movimientos de izquierda y por la redemocratización del país, se crearon estrategias innovadoras capaces de dialogar y contribuir con una concepción de la salud basada en el derecho de todos los ciudadanos y que dio lugar a una serie de experiencias regionales. Se refuerza aquí la marca de esa contribución: la experiencia paulista logró constituir innovación a partir de un contexto de gestión que se abrió al naciente movimiento de la salud colectiva, traducido tanto en su recorrido institucionalizante como en las formulaciones teóricas y de prácticas en salud, en el estado más rico y celoso de la modernización brasileña. Es incontestable su participación a través de escuelas médicas, institutos y servicios de salud, uniendo sujetos y conocimientos de diversos puntos del país.

Sin embargo, hay una marca inmersa entre las líneas de esta misma historia: la innovación y la modernización propuestas no desembocan en la democracia o en la ciudadanía deseadas, una contradicción que fue ganando fuerza y presionando a estos actores hacia una “nueva forma de pensar y hacer salud” aún en la década de 1980. En consecuencia, en el grupo de la

salud colectiva en São Paulo, estos reflejos se traducen en una mezcla de vaciamiento en el plano político general del estado veloz y de propuestas que serían desarrolladas puntualmente en sus instituciones o servicios locales, pero con poca interlocución entre pares, dentro o fuera de las instituciones, lo que poco a poco da lugar a un distanciamiento entre proyectos y perspectivas tecnológicas que los alejan cada vez más de un proyecto común (Mota & Schraiber, 2011).

Este cuadro histórico también puede entenderse como una contribución a la Reforma Sanitaria, nunca recordada o percibida, dada la gran dificultad que São Paulo venía señalando en las gestiones anteriores: las imposibilidades de un modelo excluyente y persistente de no ciudadanía, incluso con una propuesta constitucional ciudadana y un sistema de salud que, aunque ostentara la bandera del derecho a la salud, no lograba garantizarlo por cuestiones contextuales, a saber, el rompimiento con las élites dominantes del país y una cierta conciliación, cuando no sumisión al nuevo ideario neoliberal que emergía, en un movimiento de avances y retrocesos, resistencias y acuerdos con el *statu quo*.

La década del 1990 es pródiga en ejemplos del retroceso, con la instauración del Estado mínimo, el abandono de las banderas de la Reforma — que, para muchos, ya era un tema superado— y la precarización vivida en el ámbito del Sistema Único de Salud, siempre por debajo de las reales y totales necesidades de la población brasileña, relegada a su ciudadanía inconclusa. Si hubo movimientos de resistencia en ese momento, su vigor no era el mismo que en tiempos anteriores. Así, hay un reflejo de este proceso tortuoso, que también se evidencia a nivel nacional, confirmando lo que la salud colectiva paulista, por su experiencia modernizadora, ya venía demostrando regionalmente. Brasil tendría, entonces, una Reforma Sanitaria parcial:

...la Reforma Sanitaria y la lucha en pro de su implementación actualizan la disputa por el predominio de la representación de intereses en el sector salud, a su vez inscrita en el contexto político más amplio del proceso de democratización. La Reforma Sanitaria puede ser comprendida como un proceso de establecimiento de una “democracia parcial”, o como un “régimen parcial”. (Gerschman, 2004, p. 49)

Permanencias y rupturas de una historia de la salud pública paulista

Notas sobre la organización de los servicios de salud en São Paulo en tiempos de autonomía (1892-1925)

Estudios recientes sobre la formulación de una concepción de salubridad en la ciudad de São Paulo de la primera mitad del siglo XIX demuestran que, después de la independencia, las cuestiones de Estado, entre ellas la de la salud, empezaron a ganar cada vez más espacio en los discursos políticos de la Cámara o en las líneas de la tímida prensa paulistana. Organizar el espacio público, dotar a la ciudad de médicos, cuidar de la esclavitud como una pieza a valorizar mediante el control de las enfermedades que podrían afectarla (como la viruela), en fin, una serie de medidas fue delineando poco a poco aspectos de la medicina social europea, con las necesarias reinterpretaciones. Conforme pasaba el tiempo, más y más la ciudad exigía acciones de control, siendo la salubridad el tema central de los discursos y las acciones gubernamentales: “no es posible decir con certeza, pero llama la atención que las prácticas de administración local de la pequeña ciudad de São Paulo estaban alineadas con lo más moderno del Viejo Mundo. Sin embargo, en su versión más inofensiva” (Mantovani, 2015, p. 128). Al fin y al cabo, como estudió Mantovani, São Paulo no era París, y sus problemas de pobreza aún no pasaban por el mundo industrial y de gran masa poblacional. Intentaban reflejar civilidad con salubridad y para ello incorporaban todo un lenguaje que traduciría una alineación con el mundo civilizado europeo, aunque emparejando cuestiones particulares, como su dimensión todavía rural y provinciana.

La segunda mitad del siglo XIX vería, por el contrario, un nuevo momento en São Paulo, particularmente con el desarrollo de la cafcultura. El año de 1884 estuvo marcado por la aprobación de la política inmigracionista subsidiada y por la instalación de la Inspección de Higiene, institución presentada como centralista, con pocos recursos y posiciones fiscalizadoras y punitivas. A pesar de la clara distancia entre la Inspección y la provincia de São Paulo —fruto de los enfrentamientos políticos vividos desde la década de 1870— la llegada de Marcos de Oliveira Arruda como primer inspector sanitario se orientó hacia la obtención mínima de recursos, logrando designar dos médicos auxiliares y un secretario, además de nombrar delegados de higiene en el interior de la provincia, previstos en la reorganización de los servicios sanitarios de 1886. Se nota que, si en tiempos anteriores los discursos intentaban imponer al espacio público la contención de enfermedades y de la propia población,

ahora, se expresaba la necesidad de construir infraestructura para que esto ocurriera, ante la emergencia que se planteaba: la explosión poblacional y el rápido crecimiento de las ciudades.

Sin embargo, el tiempo de la política era otro, y este nuevo equipo no recibió ningún recurso de los poderes públicos, quedando Marcos Arruda a trabajar precariamente, a sus propios costos y en su consultorio particular, ya que “el nuevo decreto seguía sin aclarar a cuenta de qué instancia gubernamental correrían los gastos, y el Imperio y la Provincia se imponían mutuamente el encargo” (Gambeta, 1988, p. 84). Aunque tenía una limitación de este tipo:

...la Inspección de Higiene fue el órgano pionero en el plano de la administración provincial orientado hacia la salud de la población, pero no coincidía con las necesidades de organización de una política efectiva y continuada de salud pública. Aun así, a pesar de la precariedad de su funcionamiento, o como consecuencia de ella, fue el embrión del futuro Servicio Sanitario. (Ribeiro, 2004, p. 333)

Con la epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Campinas y su difusión por todo el estado a partir de 1889, se dio un nuevo impulso a la atención de los servicios de salud, profundizándose las estrategias sanitarias de acción policial, mientras el estado cambiaba su legislación y su posicionamiento frente a las cuestiones de salud. Extinta la Inspección de Higiene, la Ley Estatal 12, de 1891, estableció el Servicio Sanitario de São Paulo, “institución, de hecho, orientada a establecer una política de salud pública. Una organización de carácter profesional, con presupuesto propio y con recursos materiales y humanos espacialmente asignados” (Ribeiro, 2004, p. 334). El régimen federativo y republicano delegaba a los estados la responsabilidad de la salud pública, incluidos los servicios de vacunación y revacunación. El Servicio Sanitario quedó subordinado a la Secretaría de Estado del Interior y estaba compuesto por un Consejo de Salud Pública y una Dirección de Higiene, encargada de la implementación de las normas sanitarias, auxiliada por las secciones de Laboratorio Farmacéutico, Laboratorio de Análisis Químicos, Laboratorio Bacteriológico e Instituto Vacunogénico (Mascarenhas, 1949, p. 36).

A la Dirección de Higiene le correspondía el estudio de las cuestiones de salud pública, el saneamiento de las localidades y de las viviendas, y la adopción de medios para prevenir, combatir y atenuar las enfermedades transmisibles, endémicas y epidémicas. Sus acciones abarcaban la inspección de escuelas, fábricas, talleres e instituciones de reclusión como manicomios,

prisiones, asilos, cuarteles y hospitales; la fiscalización de alimentos, bebidas y aguas minerales; la fiscalización del ejercicio profesional de medicina y farmacia; el patrullaje de ciudades, pueblos y cementerios, y la organización de estadísticas demográfico-sanitarias (Mascarenhas, 1949, p. 36).

El Servicio Sanitario de São Paulo fue creado por la Ley 43, del 18 de junio de 1892, como un gran hito institucional y tecnológico del estudio de las cuestiones de salud pública, el saneamiento de localidades y viviendas, y de acciones preventivas y de combate a las enfermedades endémicas y epidémicas que entonces azotaban el estado:

...siguiéndose por los principios de la corriente bacteriológica, presentó para la sociedad un proyecto de intervención –el campañista policial– que denominaba como problema de salud pública y que se basaba en la intervención de la policía sanitaria y en la ejecución de campañas. Estas estrategias de intervención se configuraban en estructuras institucionales centralizadas, que utilizaban las más variadas acciones para separar el universo de los sanos del de los enfermos y/o contaminados y, de esta forma, permitir que el lado sano se impusiera. (Merhy, 1992, p. 69)

Los 520 artículos del Código Sanitario creado en 1894 estructuraron la práctica, reglamentaron los espacios públicos y privados, normalizaron la vida colectiva e individual e intervinieron cuando había amenaza epidémica o alguna forma de proliferación de enfermedades o productos considerados nocivos para la salubridad, cuestiones que se venían discutiendo desde principios del siglo XIX. Con dicho Código, el Servicio Sanitario fue reestructurado por la Ley 432, del 3 de agosto de 1896, y su estructura básica instituida permaneció hasta 1911, cuando la Dirección de Higiene pasó a llamarse Dirección del Servicio Sanitario, y sus secciones auxiliares adquirieron autonomía.

Entre las concepciones médicas vigentes en este período, Marta de Almeida presenta una variedad, a diferencia de muchos trabajos historiográficos que solo mencionan dos: la teoría contagionista, que sostiene que la enfermedad se transmitía de persona a persona mediante contacto físico o indirectamente, a través de objetos contaminados por enfermos o de la respiración del aire que los rodeaba, y la teoría infeccionista, que defendía que las enfermedades se debían a miasmas (emanaciones maléficas provenientes de la descomposición de materia animal y vegetal).

Muchas veces, el contagionismo y el infeccionismo se combinaban en explicaciones médicas que admitían que una enfermedad infecciosa se transmitiera de una persona enferma a otra, aunque la causa de la enfermedad no estuviera directamente vinculada al contagio en sí, sino a la alteración que el infectado causaba en las condiciones del aire circundante. (Almeida, 1998, pp. 40-41)

Tales preceptos encontraban ecos en varias partes de Brasil, cuando se materializaba la ideología del saneamiento y sus prerrogativas, adquiriendo particularidades, muchas de ellas inéditas e ignoradas por los analistas. En el caso paulista, Castro Santos señala, entre otros factores, la inexistencia de una formación médica hasta entonces, lo que habría dado origen a un cientificismo positivista y a una idea de base progresista de salud y educación. Para él: “la acción ventilada de un positivismo poco ortodoxo fue el elemento decisivo en el escenario paulista, donde un grupo militante, en el que se destacaba Pereira Barreto, médico y político del Partido Republicano Paulista.” (Castro Santos, 2004, p. 262).

Se suman al hecho las relaciones establecidas entre el gobierno federal y sus entes estatales en lo que respecta a la salud pública y sus instancias reguladoras, lo que otorgaba a São Paulo, el estado más rico de la federación, un lugar de excepcionalidad, lema que ganó diversas representaciones, desde las más técnicas hasta las más ideológicas, confluendo en su idealización como “locomotora de la nación”. Así fue como São Paulo desarrolló un proyecto sanitario propio, mientras que los otros estados se sometían a las políticas nacionales de salud y saneamiento. Como observó Hochman (2013, p. 305):

...el arreglo negociado debía tanto mitigar los efectos negativos de los problemas nacionales sobre São Paulo, beneficiando con acciones federales a la mayoría de los demás estados, como garantizar el mantenimiento de la autonomía paulista, y no solo en materia de salud. Por lo tanto, la nacionalización de la salud y sus efectos sobre los estados fueron, desde su génesis, procesos negociados y diferenciados.

Federalistas y municipalistas: el primer impasse del Código Sanitario Estatal

A partir de la creación del Servicio Sanitario, entre 1891 y 1892, con su nueva legislación sanitaria presentada mediante el Código Sanitario de 1894, surgie-

ron pendientes relativas a la autonomía municipal, con el fin de impedir que se implementara el proyecto sanitario diseñado, aunque los discursos intentaran mostrar lo contrario. Así, nació un juego de fuerzas que generaría, en un primer momento, una legislación ambigua, manteniendo indefinidos los límites de las atribuciones del estado y de sus municipios.

El debate se desarrollaba entre dos polos. Los municipalistas, “que se alineaban con la defensa incondicional de las prerrogativas municipales”, y los centralistas, que no veían “ofensa a la autonomía municipal cuando el estado normativizaba la higiene local, pues, a pesar de que la ley prescribía la libertad y autonomía de los municipios, estos estaban subordinados a las leyes federales y estatales” (Telarolli Júnior, 1996, p. 201). Conforme se definían garantías a favor de la centralización estatal, se alteraba la legislación relativa a las atribuciones municipales y estatales, retirando paulatinamente de los jefes locales el control de la higiene y la organización espacial de los municipios. Con la reforma legislativa de 1896, se detallaron estas especificaciones técnicas del código sanitario de 1894, materializando las posturas centralistas estatales. Se explicitó la visión administrativa y científica de los responsables por los cambios que se fueron implementando y que tenían en la figura de Emilio Marcondes Ribas al conductor de toda la política sanitaria, responsable de hacer de São Paulo un polo científico y sanitario en Brasil.

La importancia de Emilio Ribas, muchas veces llamado “el bandeirante sanitario”, no solo reafirmaba su vinculación con las élites republicanas y los dirigentes cafetaleros, sino que también indicaba su postura centralizadora en los cargos que asumiría a lo largo de su carrera. Nacido en Pindamonhangaba el 11 de abril de 1862, pertenecía a una familia adinerada de terratenientes y caficultores. Tras haberse diplomado en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro en 1887, defendió su tesis, *Muerte aparente de los recién nacidos*, al año siguiente. Republicano convencido, participó en la fundación del Club Republicano y en toda la efervescencia de los últimos momentos del Imperio brasileño, pues en esa época estudiaba en Río de Janeiro. Con este historial, no era difícil identificar, en sus discursos y en las conductas que adoptó a lo largo de su vida profesional, la defensa de las instituciones republicanas y paulistas.

Inició su carrera médica como inspector sanitario, en la antigua Inspección de Profilaxis de las Enfermedades Infecciosas, combatiendo diversas enfermedades en el interior. En 1896, aún en esa función, fue designado para dirigir la Comisión Sanitaria Permanente de Campinas, donde su lucha contra diversas enfermedades, principalmente la fiebre amarilla, le valió la nominación, el 16 de abril de 1898, como director general del Servicio Sanitario, cargo que ocupó durante diecinueve años.

En una evaluación de Ribas sobre la realidad sanitaria de los municipios paulistas, todos estarían reprobados, con excepción solo de Santos, de Campinas y de la propia capital, evidenciando que los órganos de salud pública privilegiaron ciertos municipios en detrimento de otros, creando “centros ejemplares de la fuerza sanitaria paulista”. Según él, las otras ciudades del interior estarían sumidas en enfermedades y epidemias, frutos de las dificultades creadas por la autonomía municipal:

De lo que esta Dirección ha conseguido en la Capital, en Santos y Campinas, ya has tenido la ocasión de ser informado en las páginas que quedaron escritas. Ahora nos corresponde dejar estampado [...] lo mucho que resta por hacer en las otras localidades, gracias a los malos resultados que [...] nos ha revelado la tan pregonada autonomía de los municipios. Veamos, pues, los defectos de los que adolecen los servicios a cargo de los poderes locales, estudiando las causas que han entorpecido, muchas veces, la acción del Estado en la fiscalización que le corresponde sobre los servicios municipales: abastecimiento de agua, canalización de desagües, de aguas pluviales, drenaje del suelo, arborización de las calles y plazas, pavimentación, irrigación de las vías públicas, aseo de las calles y lugares públicos y su conservación, recolección e incineración de la basura, regulaciones sobre construcción, etc. (Ribas, 1905, p. 21)

En su visión, era urgente una modificación constitucional que retirara de las instancias municipales todo el control de las acciones sanitarias, ya que el caos de muchos municipios se debía a sus propios dirigentes, quienes impedían cualquier acción por parte del estado en la cuestión de la salud pública. Llegó a afirmar que:

...dado que los efectos del sufragio universal no permiten la elección de los más competentes para los cargos de directores de los asuntos municipales, elevando, muchas veces, a tales cargos, individuos que deciden sobre los grandes problemas de higiene sin saber siquiera firmar su propio nombre, no hay otro remedio para sanar los males que dejamos señalados en las páginas anteriores, males quizás inevitables por muchos años, si no son mitigados por la fiscalización severa e inmediata del Estado. [...] Estamos perfectamente capacitados para sofocar el incendio para el cual la negligencia municipal haya acumulado combustible. En lo que respecta a la prevención, estamos en la contingencia de quien ve el peligro, advierte al descuidado

desde lejos y nada puede hacer para evitar el desastre. (Ribas, 1905, pp. 45-46)

Este argumento debilitó, una vez más en 1906, la extensión de los poderes municipales sobre la higiene en sus límites administrativos. Esta postulación de Ribas no se había dado en su entrada a la dirección del Servicio Sanitario, en 1898, sino que se concretó en 1906, cuando intentó extinguir prácticamente todas las actividades municipales de salud pública, sin tener que revocar para ello la Ley 432. Basado en esta Ley, dividió el estado en distritos sanitarios, localizando sus sedes justamente en las ciudades más grandes y delegando toda la acción sanitaria local al inspector sanitario estatal designado, a quien corresponderían:

...la vacunación, observación y desinfección de los inmigrantes recién llegados, la inspección de las condiciones de higiene de las casas y patios, de los hospitales, asilos y cárceles; la intervención ante las administraciones locales por las medidas necesarias para la higiene local y el buen funcionamiento de los servicios de agua, alcantarillado y saneamiento del medio; la inspección de las nodrizas en el municipio de la capital; las visitas domiciliarias, aconsejando medidas de higiene personal y doméstica; y la fiscalización de la higiene escolar. (Telarolli Júnior, 1996, p. 223)

En el año 1911, se marcaron otras líneas de acción, que solo más tarde fueron realmente viabilizadas, pero que desde entonces reafirmaron el centralismo del gobierno estatal. Por estas medidas, la acción directa del Servicio Sanitario profundizó el dominio sobre los problemas municipales de salud pública, interviniendo con mecanismos de supervisión técnica y administrativa, reuniendo su acción en la capital y manteniendo delegados de higiene solo en Santos, Campinas y otras cuatro ciudades del interior: Ribeirão Preto, Taubaté, Guaratinguetá e Itapetininga (Telarolli Júnior, 1996, p. 231).

Tales medidas centralistas eran tributarias del sentimiento de que era posible vigilar e intervenir en la vida de los más pobres, además de regularla según normas rígidas y preestablecidas por los poderes constituidos, lección aprendida de la experiencia europea y transmitida en suelo americano a partir de una lectura posible. Para Cueto y Palmer (2016, p. 82):

...un viejo deseo fechado en el siglo XVIII parecía cobrar vida: la intervención coercitiva del Estado en la vida diaria de las familias, la cuidadosa supervisión médica de las actividades económicas ligadas

a la economía de exportación y el derecho de la autoridad pública a proteger la salud mediante el control y la segregación de los enfermos.

Evidentemente, si tales acciones eran emprendidas por el gobierno del estado a partir de su voz y mando, la reacción municipal no tardó, bajo diversas formas, sobre todo la política. La mayor parte era por el incumplimiento de las normas y leyes implementadas por los Códigos Sanitarios, que orientaban las acciones de los municipios según las del estado. En una posición más radical, se utilizó la violencia como medida para impedir tales intervenciones. El caso de la ciudad de São Simão fue emblemático: un inspector estatal fue “jurado de muerte” por haber multado a un médico local que se negaba a notificar los casos de fiebre amarilla a las autoridades correspondientes. Según el inspector Affonso de Azevedo:

A las siete horas de la noche se presentó el Dr. Amorim en la casa del Dr. Juez de Derecho, al frente de populares, gente reclutada, según se comentaba entre la gente del Conde de Pinhal. El Dr. Amorim, en actitud agresiva y con términos insultantes, le hizo al Dr. Juez de Derecho la intimación de que o yo sería removido, o sería asesinado. [...] Desde entonces, la ciudad ha estado sumida en una convulsión popular. Me encuentro en la casa del Dr. Juez de Derecho, rodeado de un gran número de personas armadas, listas para repeler cualquier agresión. (Archivo, citado por Gambeta, 1988, p. 101)

La decisión de Emílio Ribas de asumir la responsabilidad de dirigir completamente las acciones sobre la ciudad de São Simão para detener la propagación de la “amarilla” generó una crisis institucional y encontró obstáculos para su aplicación. A pesar de la desinfección de las casas y la quema de piretro y azufre, “acosado por el humo, el mosquito salía y volvía cuando el humo se extinguía. Las casas no tenían techos y las paredes estaban llenas de agujeros, verdaderas coladeras” (Ribeiro, 1993, p. 82). Así, incluso con acciones localizadas en la lucha contra el mosquito, interferencia en la arquitectura de las casas, en el modo de vida y en la organización material y espacial de la población local, como el taponamiento de pozos, la prohibición de las tinajas para el lavado de ropa y la remoción sistemática de la basura, se reveló que el movimiento sanitario de corte campañista policial no tenía, para gran parte de los contextos en los que se insertaba, instrumentos suficientes para erradicar ciertas enfermedades y epidemias. Si, por un lado, esto indicaba límites, por otro, permitía incorporar al proceso otras experiencias internacionales,

recordando que el fuerte contacto entre pares y el reconocimiento proveniente de Europa y los EEUU sobre varias instituciones de salud y medicina en América Latina contribuyó a que el diálogo y las experiencias se expandieran más allá de los límites nacionales.

Entre los cambios emprendidos en São Paulo a partir del año 1916 en el campo de la bacteriología, la medicina y las estrategias tecnológicas, se incluye la filantropía científica promovida por la Fundación Rockefeller, institución que buscaba garantizar influencia política y científica en toda América Latina:

...el proyecto de la Fundación Rockefeller, plasmado en la metáfora de las semillas iniciales, se guiaba en todo el mundo por la identificación y el apoyo a los miembros de la élite científica local que, a lo largo de su trayectoria profesional y embebidos en el ideario de la Fundación, pasaban a actuar como socios y aliados de dicha institución. (Marinho, 2001, p. 48)

A partir de sus modelos de acción contra enfermedades consideradas de la pobreza y el atraso, caso particular de las infectocontagiosas, con el uso de tecnologías consideradas modernas, la Fundación llevó a cabo en varios países latinoamericanos contratos con los gobiernos locales, con la previsión por parte de esos Estados de los cargos financieros derivados de esas acciones:

El ideal de la Fundación Rockefeller era estructurar élites profesionales que tomarían decisiones racionales (“científicas”) las cuales, a largo plazo, se articularían a los intereses del capitalismo global. No obstante, la Fundación actuaba en muchos países donde había pocas inversiones norteamericanas y en regiones que tenían poca importancia económica. (Cueto; Palmer, 2016, p. 125)

Así fue como se dieron los primeros acuerdos para recomponer la Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo bajo una nueva concepción, tanto desde el punto de vista curricular como por cambios infraestructurales, entre ellos, la creación de un Departamento de Higiene, en el año 1916, y en el año 1918, del Instituto de Higiene: “durante los siete años comprendidos entre 1918 y 1925, cuatro especialistas enviados a São Paulo actuaron directamente en la organización de la vida académica y científica de la facultad, implantando disciplinas, departamentos e institutos” (Marinho, 2001, p. 61). De acuerdo con este contrato, el gobierno estadual paulista quedó responsable de elegir un lugar para la creación del Instituto de Higiene. La International Health Board suministraría el equipo necesario y, finalmente, una beca de estudios

para el curso de Higiene y Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins a dos médicos de la Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo, lo que llevó a Geraldo de Paula Souza y Francisco Borges Vieira a esta formación internacional (Campos, 2002, p. 14).

En el mismo año, Arthur Neiva asumió la dirección del Servicio Sanitario, cuando se emprendió el combate a las endemias rurales y un plan de saneamiento del campo. Para ello, se implementó un nuevo modelo técnico-asistencial-campañista-vertical permanente (Merhy, 1992, p. 88), basado en servicios permanentes y locales y en problemas específicos. La reforma de los servicios sanitarios paulistas emprendida en ese momento introdujo servicios de higiene orientados a las áreas rurales y un código sanitario rural. Sin embargo, su actuación no logró erradicar gran parte de las enfermedades del interior, que seguían extendiéndose con fuerza, como el caso destacado de la malaria. Fue en este contexto, que confirmaba la llamada “excepcionalidad sanitaria”, que se formuló un nuevo código, impactando esta estructura tecnológica de forma decisiva, en gran parte de toda la institucionalización de la salud pública estatal de las décadas siguientes, enfocándose más en el hombre del sertón y sus territorios, especialmente con el surgimiento de servicios ambulatorios de combate a la anquilostomiasis. Esta novedad resultó de una intensa negociación política, ya que encontró una fuerte oposición de la Cámara estatal. La reforma fue inmediatamente anterior al inicio de los servicios federales de profilaxis rural, establecidos en 1918. Por lo tanto, una política estatal que, una vez más, se anticipaba a la política nacional y corría en paralelo con ella (Hochman, 1998, p. 218).

Reforma Paula Souza (1925-1948), del proyecto liberal al desmonte liberal-populista

Con los cambios de la década de 1920, tanto en el plano urbano como en las nuevas políticas orientadas hacia el interior del estado, el médico Geraldo de Paula Souza asumió la dirección del Servicio Sanitario en 1922, con el objetivo de implantar el modelo de salud propuesto por la Fundación Rockefeller, experiencia que obtuvo en los Estados Unidos, como becario de la Fundación en 1918:

...como era fruto de esta nueva praxis sanitaria, el médico propuso soluciones para varios problemas sanitarios enfrentados por la ciudad de São Paulo [...] Entre los problemas citados por el médico, destacamos su preocupación con las aguas de abastecimiento de São

Paulo, proponiendo la construcción de una nueva aductora en Ri-beirão Claro y la captación y cloración de las aguas del Tietê durante las épocas de sequía, hasta que se concluyeran las nuevas aductoras. (Campos, 2002, p. XVIII)

En su proyecto al frente del Servicio Sanitario, Paula Souza modificó el modelo tecnoasistencial vigente, adoptando el de “red local permanente”, que valoraba la formación de una red ambulatorial general y única de servicios — el centro de salud— administrativamente descentralizada y regionalizada. En una tesis de doctorado defendida en 1926 en la Facultad de Medicina de São Paulo, Adamastor Lopes discutió los Centros de salud en São Paulo, tema que habría sido sugerido por Francisco Borges Vieira. La mencionada tesis intentó presentar no solo los dispositivos tecnológicos de salud empleados, sino, sobre todo, postular la validez de una concepción de salud pública que tomaba como ejes centrales la educación sanitaria y los centros de salud.

Según Mello y Viana, si el proyecto de los centros de salud traía aspectos innovadores para la organización sanitaria paulista, los llamados *puestos de higiene*, construidos en colaboración con la Fundación Rockefeller en la década de 1910, ya delineaban elementos que más tarde serían aprovechados en el funcionamiento de los centros. Estos puestos estaban orientados a la lucha contra tres endemias: anquilostomiasis, tracoma y malaria. También asumían como su responsabilidad “educación sanitaria; tratamiento de las endemias —ambulatorios; profilaxis de las endemias; inspección médico-escolar; laboratorio; combate a las endemias; profilaxis de las epidemias; stock de vacunas y sueros; vigilancia sanitaria— inspección de las casas, etc.” (Mello & Vianna, 2011, p. 1138).

El modelo defendido echaba raíces en los EEUU y fue mostrando idas y venidas del concepto de centro de salud y sus diversas interpretaciones y funciones, ámbitos colectivos y privados, en el proceso histórico de su concepción e implementación. Por ejemplo, se mencionó que:

...W. C. White, en Pittsburgh, fue quien primero imaginó un plan para brindar salud a un conjunto de determinada población a través de dispensarios. Esta idea data de unos 15 años (1911) y el esbozo de este plan útil, que fue el embrión de los actuales centros de salud, tuvo que enfrentar serios contratiempos, por lo que duró solo 6 meses. (Cortez, 1926, p. 6)

Los centros de salud habrían tomado impulso en todos los EEUU a partir de 1913, principalmente con la llegada de la Cruz Roja Americana y, en el año 1920, había en el país 385 unidades, destacándose que serían de cinco tipos:

...tipo 1: este centro se limita a la educación higiénica del pueblo. Para este fin, utiliza los procesos y métodos de enseñanza más variados y aprovechables, tales como las exhibiciones de *films*, conferencias, folletos, charlas, etc.; tipo 2: además de las atribuciones del tipo anterior, este tipo de centro de salud se dedica también al tratamiento del enfermo a través de las diversas clínicas; tipo 3: es un completo departamento de salud, pues en él se encuentran todas o casi todas las funciones del departamento oficial de salud, pero bajo un plan de descentralización; tipo 4: de carácter completamente diferente de los otros tipos, este se limita a aclarar diagnósticos médicos, empleando para ello los más modernos y científicos medios, que están a cargo de especialistas. Este centro está destinado a auxiliar y educar a médicos menos experimentados en la práctica de su profesión; tipo 5: interesándose más por las personas sanas y ligeramente enfermas, este centro no funciona como dispensario, porque en él no se ofrece tratamiento médico, pero se esfuerza por inculcar en el pueblo la conciencia de salud. (Cortez, 1926, pp. 13-14)

Los centros de salud serían el eje de las actividades de salud pública impulsadas por la reforma traída por Paula Souza, una concepción nacida de los puestos municipales de la Fundación Rockefeller:

...la concepción de un centro de salud ofreciendo servicios para determinada población de determinada área y su concreción en formas organizacionales de múltiples objetivos fue el aspecto central de un amplio movimiento por la reforma sanitaria, que se desarrolló en los Estados Unidos, en Europa y en América Latina durante la segunda y tercera décadas del siglo XX, como respuesta a las circunstancias y necesidades de la población más pobre de los centros urbanos. (Castro Santos & Faria, 2010, p. 179)

En el caso paulista, las leyes creadas en la administración de Paula Souza daban inicio al proyecto de construir centros de salud por todo el estado de São Paulo, que serían regidos y delimitados por la ciencia eugenista, a partir de atribuciones como la puericultura, la nutrición y la educación sanitaria, además de impedir que los “degenerados” procrearan. Así, existe un

problema interpretativo al tratar la gestión de Paula Souza resumiéndola a las acciones preventivas sin matizarlas por la concepción eugenista de sus políticas, de acción no solo ambiental, lo que implicaba acciones restauradoras de la raza, sino también restrictiva, lo que significaba impedir la proliferación de degenerados:

...todo ser vivo reproduce, más o menos, en sus caracteres específicos, la vida de sus ascendientes. Cada individuo hereda, y las cualidades del producto concebido dependen de las combinaciones de las cualidades ancestrales del óvulo y los espermatozoides conjugados. La salud del niño, por lo tanto, depende de la del embrión, y posteriormente de la del feto, siendo aquel, así como este, influenciados por el estado del espermatozoide y del óvulo que les transmiten ciertas modalidades hereditarias. (Cortez, 1926, p. 30)

Las condiciones de salud, física y moral serían las responsables de permitir o no el matrimonio. Evidentemente, el objetivo final sería la calidad de la descendencia que, a través de la educación sanitaria, estaría salvaguardada:

...los elementos básicos sobre los cuales se fundamenta la inspección de educación y los centros de salud tienden a eliminar los casos de mortalidad y morbilidad infantil, combatiendo factores fundamentales que son: los matrimonios sin consulta médica previa, la falta de cuidados adecuados para las gestantes; las consecuencias de los partos que se realizan sin la debida asistencia; la dieta incorrecta y perjudicial a la que se someten por ignorancia los recién nacidos y los niños mayores; los malos hábitos, heredados y adquiridos; la vivienda antihigiénica; los alimentos impuros; el agua contaminada; la falta de asistencia médica regular, etc. (Cortez, 1926, p. 47)

En los dos centros de salud entonces contruidos, el Modelo y el del Brás, las actividades en el campo de la educación sanitaria y de la higiene escolar comenzaban a ganar algo de movimiento, mientras se retrasaba la introducción de exámenes médicos periódicos. En el año 1925, el servicio de tuberculosis había logrado 77 consultas, y el servicio de verminosis, cientos de pacientes. En cuanto al servicio de sífilis, fue solicitado por 984 pacientes. Otra actividad dedicada a la publicidad del modelo en cuestión fue el llamado “Concurso de Eugenia”, según se informó en la prensa:

...ayer comenzaron en la Inspección de Higiene y Asistencia a la Infancia las inscripciones de los candidatos al “Concurso de Eugenia”. Pueden inscribirse para este concurso niños brasileños de 3 a 5 años, hijos de padres brasileños. Este certamen tiene como objetivo estimular el gusto entre los brasileños por el perfeccionamiento de la raza, un problema universal que atrae la atención de todos aquellos que se interesan por las grandes cuestiones sociales e higiénicas. La eugenesia, ciencia que busca el perfeccionamiento racial, ya mediante la selección de los cónyuges que se presenten en condiciones saludables y con ascendencia sin taras, constituye una de las grandes tesis que preocupan hoy al mundo. Siendo un problema de interés vital para cualquier país, aún más para Brasil, en el cual una fuerte corriente inmigratoria ejerce una influencia preponderante, física y moralmente, sobre la formación de la raza. (*O Estado de S.Paulo*, 16 oct. 1931, p. 6)

Acompañando el Informe del Centro de Salud del Instituto de Higiene de 1935, se observa cómo se prestaban sus servicios, así como la presencia de los estudiantes en el Curso de Educación Sanitaria:

En el año 1935, el Centro de Salud tuvo como auxiliares pasantes a los siguientes educadores sanitarios: señoritas Brisabella García, Nisia Toledo, Ondina Wolf, Arlinda Bianco, Aida Biancini, Lygia de Moura, Nellie M. Teixeira y el señor Altair F. Seixas. Los 25 alumnos del curso de educadores sanitarios realizaron sus pasantías de rutina en los diferentes servicios del Centro. Los alumnos realizaron 182 charlas colectivas sobre temas relacionados con la educación sanitaria, en el museo vivo se dieron 22 baños a los niños que asistían a las consultas y se hicieron 22 demostraciones dietéticas. Los alumnos distribuyeron 22 canastillas completas a recién nacidos y 232 piezas diversas de ropita, confeccionadas por las propias alumnas. Para ese año se matricularon 2.890 personas, distribuidas en los siguientes servicios: Higiene Prenatal 1, Infantil 394, Preescolar 496, Escolar 606, Exámenes médicos periódicos 1.393. (Informe del Centro [...], 1935, p. 1)

Todo ese movimiento tenía, desde el inicio, un problema fundamental, que era la inversión infraestructural en el proyecto:

...la gran mayoría de los centros poblados y civilizados del mundo destinan el 10% de sus ingresos presupuestarios al servicio de higiene

pública. São Paulo, el primer estado de la federación, con una población densa y heterogénea, aún no ha destinado el 4,50% de su presupuesto al servicio de salud. (Cortez, 1926, p. 94)

Este sería otro elemento para comprender el vaciamiento de esta propuesta algunos años más tarde. Entre las medidas de Paula Souza, cabe registrar la formación de educadores sanitarios y de profesionales especializados en higiene, que, junto con la lucha contra las verminosis, endemias locales y mortalidad infantil, fue decisiva para la profundización de las acciones de salud e higiene bajo los principios orientadores de la Fundación Rockefeller, así como para el surgimiento de organizaciones privadas, como fue el caso de la Cruzada Pró-Infancia, fundada en 1930 (Cortez, 1926, p. 45).

Fue un período en que el Instituto de Higiene de São Paulo fue responsable de formalizar y organizar, junto con el Servicio Sanitario, núcleos de investigación e intervención en diversas áreas, rurales y urbanas, siendo el niño paulista y la escuela puntos centrales en la construcción de un estado y de un país más saludable, higiénico y racialmente elevado. Desde 1921, como muestra Heloísa Helena Pimenta Rocha, el Instituto intentaba ampliar y redefinir su estructura organizacional, dejando de ofrecer un curso dirigido solo a los estudiantes de la Facultad de Medicina, pasando a ofrecer cursos especiales. Entre ellos, un posgrado en profilaxis de la malaria y de la anquilostomiasis, un curso intensivo de Higiene Rural e instrucción para las alumnas de la Escuela Normal (Rocha, 2001, p. 168). En 1931, un decreto firmado por el coronel interventor João Alberto Lins e Barros reorganiza el Instituto de Higiene considerando que “no correspondería a su primordial finalidad educativa, para la cual fue creado” (Decreto 4955, 1931).

Para eso, subordinó el Instituto a la Secretaría de Educación y Salud Pública, con los siguientes objetivos centrales:

...la enseñanza de Higiene y de Salud Pública por medio de cursos regulares y otros de emergencia, al servicio del perfeccionamiento y rehabilitación técnica para funciones sanitarias; mantener laboratorios para el estudio e investigación de cuestiones científicas relacionadas con la higiene; organizar centros de aprendizaje, museos y otras instalaciones necesarias para el estudio y la enseñanza de la higiene, organizar la carta sanitaria del estado, realizar estudios de epidemiología y profilaxis en interés de la enseñanza y de la higiene, relacionarse con centros científicos afines del país y del extranjero, emitir parecer sobre asuntos de higiene y organizar comisiones especiales para su estudio siempre que el Gobierno lo solicite, aceptar

donaciones, dádivas y legados mediante autorización previa del Gobierno. (Decreto 4955, 1931, p. 4)

Iniciado en el año 1924, pero con acciones prácticas en 1925, el objetivo del Curso de Educadoras Sanitarias era fundamental: transformar a maestras primarias en agentes de divulgación de la higiene, formar una “conciencia sanitaria” y explicitar:

...las ideas, presentes en la sociedad brasileña, sobre la necesidad de la formación y del perfeccionamiento de la raza, matizadas por principios eugenésicos, por la selección de tipos ideales y por el papel de la higiene en la formación de trabajadores sanos y obedientes: cuestión aún más candente en la ciudad de São Paulo, donde la presencia de inmigrantes se hacía sentir con más intensidad. (Vasconcellos, 1995, p. 40)

Una explicación para el surgimiento de esa actividad profesional sería la necesidad de enfrentar un problema básico:

...[São Paulo] no podía, a diferencia de lo que ocurría en los Estados Unidos y otros países, contar con las actividades de enfermeras, porque no existía en nuestro Estado una escuela de enfermería. El número reducido de diplomadas por la recién creada Escuela Ana Nery del Distrito Federal prácticamente impedía la actuación de esas profesionales, en nuestro Estado, en el campo de la Salud Pública. Se pensó, entonces, en colocar a quienes se graduaban en Educación Sanitaria en servicios de los Centros de Salud organizados por él. (Mascarenhas & Freitas, 1959, p. 243)

Desde el inicio del Curso de Educadores Sanitarios hasta la creación de la disciplina de Educación Sanitaria y su difusión en los cursos de la Facultad de Higiene, el proceso pasó por fases distintas, reflejando el propio desarrollo de la máquina estatal de salud y sus políticas. La primera de ellas sería de 1925 a 1939, cuando:

...los responsables del curso de educadores sanitarios consideraban que la enseñanza de clases sobre temas directamente relacionados con los sectores de salud pública y que la formación profesional de los estudiantes –todos ellos profesores primarios y la mayoría con experiencia en la enseñanza– ya les había proporcionado una base

suficiente de pedagogía y educación. Correspondía al alumno y al profesional formado reunir sus conocimientos en salud pública con los de educación, formulando entonces sus conceptos y sus técnicas de educación sanitaria. (Mascarenhas & Freitas, 1959, p. 244)

Los ejercicios prácticos se realizaban en los jardines infantiles, bajo la dirección de los profesores. De manera ejemplar, en 1932, encontramos al médico Francisco Borges Vieira desarrollando actividades de investigación en el área de la puericultura y la eugenesia en el *playground* de la llamada Escuela de Salud Pedro II:

El gran número de niños que diariamente acudían a ese parque fue examinado médicamente, seleccionándose a los más débiles, quienes fueron matriculados en la Escuela. El Servicio de Enfermería de Salud Pública designó a dos educadoras sanitarias que comenzaron a trabajar de inmediato, con gran aceptación por parte de los padres, inaugurándose la Escuela el 12 de octubre, con motivo de la Semana de la Niñez. Los alumnos se constituyeron en un batallón de salud, comenzando de inmediato los ejercicios gimnásticos al aire libre y educándose sanitariamente. (Borges Vieira, 1932, p. 512)

Con la llegada al poder de grupos aliados a Getúlio Vargas, la década de 1930 provocó una profunda desorganización del poder público de la capital paulista:

...basta pensar que, de octubre de 1930 a septiembre de 1934, la ciudad tuvo nada menos que diez alcaldes. Las cámaras legislativas fueron suprimidas y, en 1933, cuando Arthur Sabóia ocupaba transitoriamente la Alcaldía, se creó un Departamento Estatal centralizado, encargado de controlar la vida de los municipios. (Queiroz, 2004, p. 44)

El impacto de esta llegada y su intervención centralista afectaron directamente los encaminamientos preconizados por Paula Souza. En la dirección del Servicio Sanitario Estatal en el año 1930, el médico Francisco Sales Gomes Júnior promulgó el Decreto 4809, que extinguió la Inspectoría de Higiene de los municipios y eliminó la organización de un servicio propio para todos los puestos fijos, sustituyéndolos por los inspectores, orientando la organización de los servicios hacia grupos especializados. El Decreto 4891 determinó una estructura que impedía la constitución de servicios ambulatorios generales y

permanentes, incluso con los esfuerzos contrarios de las administraciones de Barros Barreto en 1931 y de Borges Vieira en 1935:

...reforzaba, claramente, los servicios especializados y tendía a construir estructuras organizacionales a partir de la identificación de problemas específicos del campo de la salud pública. Dentro de ese proyecto de servicio de salud, la perspectiva del centro de salud era letra muerta. (Merhy, 1992, pp. 111-112)

La respuesta de Geraldo de Paula Souza y Francisco Borges Vieira frente al desmantelamiento de lo que habían diseñado fue señalar las fallas de lo que se instituía en relación con el proyecto original. Sobre los centros de salud, fueron categóricos:

...en América del Sur, como se verá más adelante, los centros de salud fueron implementados, por primera vez, en la ciudad de São Paulo, introducidos por nosotros desde 1923, en el Instituto de Higiene, en fase experimental, y oficializados en el Servicio Sanitario estatal, en 1925, como partes centrales de un departamento educativo sanitario (Inspección de Educación Sanitaria y Centros de Salud) en reforma llevada a cabo por el mismo Geraldo de Paula Souza, quien estaba a cargo de ese servicio. Desaparecidas, lamentablemente, las organizaciones paulistas de centros de salud, poco después de la administración sanitaria de Almeida Prado, cuando también fueron cerrados todos los puestos de higiene, fueron restablecidas durante las administraciones de Barros Barreto y Borges Vieira para ser, en las administraciones siguientes, nuevamente desmembradas las unidades existentes en la capital, quedando servicios interrelacionados solo en algunas ciudades del interior, donde su desarrollo ha sido afectado por la falta de presupuesto. (Paula Souza & Borges Vieira, 1944, p. 9)

Otro punto señalado por Paula Souza y Borges Vieira se refería a una preocupación que siempre estuvo presente: cómo formar sanitaristas, fueran médicos, ingenieros, sociólogos o educadores, como una profesión distinta de la medicina clínica, destacando que “esa separación no debe ser absoluta en cuanto a los métodos, pues la medicina clínica y las obras de prevención no son antagónicas ni diferentes entre sí, sino que deben colaborar entre sí en todo lo que tenga por finalidad la mejora de la salud de la colectividad humana” (Paula Souza & Borges Vieira, 1944, pp. 14-15). Así, junto a los

servicios hospitalarios, estarían los servicios de prevención y protección, a partir de una conciencia higienista. Sin duda, la figura de las visitadoras o educadoras sanitarias cobró importancia como organismo de difusión de conocimientos sanitarios.

Según el proyecto original de Paula Souza para São Paulo, el curso para educadoras sanitarias abarcaría:

Clase teórica –de acuerdo con el promedio actual de los conocimientos populares, con las condiciones de vida de las clases, ¿dónde debe iniciarse, de preferencia, la educación sanitaria?– El papel de la educadora en función de las diversas entidades ante las cuales esté destacada. Papel de la educadora sanitaria frente a los varios problemas de salud pública. –Charlas colectivas sobre higiene del sueño, alimentación saludable, peligro de los resfríos. Cuidados con las gestantes (clase práctica)– Examen escrito. (Mascarenhas & Freitas, 1959, p. 245)

No obstante, entre 1946 y 1950, tal proyecto tuvo su revés. Con el nuevo reglamento aprobado por el Decreto 15552, del 24 de enero de 1946, hubo una profunda repercusión por la entrada de alumnos de nivel secundario, con o sin curso de magisterio:

...los alumnos con diploma de curso colegial completo no tuvieron, en sus respectivos planes de estudio, las materias de pedagogía, educación, psicología y sociología, esenciales para la formación del educador sanitario, y tampoco el Currículo de Educadores Sanitarios fue adaptado para proporcionarles, al menos, nociones básicas de esas materias. La legislación anterior siempre dio preferencia, para el ingreso al Curso, a maestros de educación primaria con, por lo menos, dos años de experiencia docente. Eran alumnos no solo con experiencia en la enseñanza primaria, sino también personas que ya habían ejercido una profesión que, por su contacto íntimo con la sociedad, se considera un sacerdocio. El nuevo perfil no exigía experiencia profesional alguna del candidato al curso. La no exigencia de experiencia profesional previa permitió que se postularan al curso, constituyendo posteriormente la mayoría de los alumnos, personas muy jóvenes, algunos incluso inmaduros y sin ninguna noción de trabajo profesional. (Mascarenhas & Freitas, 1959, p. 246)

En el año 1946, como forma de marcar su posición frente a ese cambio, Geraldo de Paula Souza solicitó que profesionales expresaran su opinión sobre esa reorganización. Entre ellos, opinó Angélica Franco, consejera de Educación Sanitaria y directora de los Parques Infantiles Municipales:

...la orientación dada por el Curso es excesivamente teórica, y deja mucho que desear en cuanto a la práctica, de gran importancia para la eficiencia del trabajo en el campo profesional. Las materias son desarrolladas por los profesores sin atender a los fines de su aplicación. Presentadas de ese modo, permiten una ampliación de la cultura de los alumnos, pero no favorecen una formación especializada en el terreno de la educación sanitaria. Como resultado, al término de un curso intensivo y extenuante, la educadora sanitaria adquiere una larga carga de conocimientos, muchos de los cuales son relegados al olvido en corto plazo, porque resultan prescindibles para su tarea de formar una conciencia sanitaria en la población y garantizarle la eficiencia de la salud, pero se siente insegura para enfrentar los problemas de educación sanitaria, porque no le fue proporcionado entrenamiento suficiente en ese campo de acción y porque sigue desconociendo la metodología específica de educación para la salud. Inexperta en la organización de campañas educativas de orden higiénico-sanitario, no está orientada para aprovechar el trabajo de quienes deben ser participantes activos. En lugar de realizar supervisión, desarrolla solo una actividad ejecutora. (Mascarenhas & Freitas, 1959, p. 247)

Cabe recordar también que la intervención de Adhemar de Barros en São Paulo, entre los años 1938 y 1941, implicó una nueva reforma del Servicio Sanitario. Al asumir la dirección general del Servicio Sanitario, el 5 de mayo de 1938, Raul Braga Coutinho procuró de inmediato realizar una reforma administrativa, creando un Departamento de Salud y sustituyendo al antiguo Servicio Sanitario, bajo la conducción de Humberto Pasquale, quien buscó administrar la previsión de gastos de los centros de salud, además de los proyectos verticales permanentes, como el Departamento de Profilaxis de la Lepra, el Estatal de la Niñez y la División de Tuberculosis. Al mismo tiempo, creó una red de servicios generales de Salud Pública que desempeñaría un papel complementario a aquellas estructuras específicas (Merhy, 1992, p. 167). Dentro de esa propuesta, se encontraban otras medidas:

...integración al Departamento de todos los órganos de salud, incluso aquellos que estaban anteriormente subordinados directamente al secretario de Estado, transformándolos en servicios: Departamento de Profilaxis de la Lepra, Instituto Butantan, Instituto de Asistencia a Psicópatas; los Laboratorios Butantan y Adolfo Lutz serían integrados al Servicio de Laboratorios de Salud Pública; estaría prevista la creación de centros de salud como unidad básica de la acción; se creó la División Técnica, con las Secciones Técnicas de Ingeniería Sanitaria, Estadística Sanitaria, Epidemiología y Profilaxis generales, Tuberculosis, Tracoma, Higiene de la Infancia, Higiene del Trabajo, Enfermería, Propaganda y Educación Sanitaria; se dio énfasis a la educación sanitaria y los directores de servicios debían trabajar en régimen de tiempo completo. (Mascarenhas, 1973, p. 438)

No obstante, si bien la organización propuesta debía impactar de forma positiva la reorganización de las actividades estatales de salud pública, su implementación abrupta, sin preparación alguna para su puesta en marcha, generó una serie de obstáculos técnicos y políticos, lo que llevó a Raul Godinho a dejar el cargo siete meses después de su llegada. Para Mascarenhas, esa reforma fue “la más desastrosa posible”, señalando consecuencias graves que repercutirían por décadas:

...a) exageración de la autosuficiencia, implantando un sistema casi feudal en la organización de los servicios estatales de salud pública; b) proliferación de órganos locales diferentes: los llamados centros de salud (en las ciudades con menos de 5.000 habitantes), los puestos de asistencia médico sanitaria (PAMS), los puestos de puericultura, los puestos de malaria, los puestos de tracoma, los dispensarios de lepra, los dispensarios de tuberculosis; c) las unidades sanitarias, con excepción parcial de las de lepra y tuberculosis, no tenían una acción dinámica, ya que no contaban con visitadora. La unidad sanitaria local, sin visitadora, pierde 90% de su valor. (Mascarenhas, 1973, p. 439)

Es importante resaltar que ese fue el momento en que las especialidades médicas comenzaron a ganar centralidad, incluso en el campo de la salud pública, comprendiendo la clínica como elemento central de las acciones sanitarias dentro de un programa de salud pública, cuestión profundamente tratada por Paula Souza al intentar construir la profesión de sanitarista no solo médica, temiendo que las cuestiones sanitarias que, según su interpretación, debían ser tratadas de forma horizontal, fueran reducidas a las clínicas,

es decir, a la verticalización y a la presión de los especialistas que buscaban espacio de acción. Fue lo que ocurrió y que Sposati llamó “política de las enfermedades”: los fondos para la salud serían manipulados por los diputados en espacios personalistas de protección y apadrinamiento de ciertas enfermedades como la tuberculosis y la hanseniasis, desembocando en un proyecto de salud pública que se multiplicó en servicios generales aislados, limitados entonces por algunas formas de asistencia (Sposati, 1985, p. 78).

Para Bertolli Filho, la influencia federal en São Paulo resultó en la producción de una extensa legislación para garantizar su control en las decisiones tomadas dentro de la burocracia regional, lo que terminó por dismantlar la red Paula Souza, justamente por conferir autonomía al sistema regional de salud, que estaría, en gran medida, en los centros de salud. Su trabajo decisivo sobre la tuberculosis en São Paulo muestra la desorganización que poco a poco afectaba a las instituciones de salud, estudiada de forma ejemplar en la Sección de Profilaxis de la Tuberculosis. Según su investigación, había un evidente aumento del número de muertes causadas por la tisis, en una combinación de la débil presencia estatal en las cuestiones relacionadas con la tuberculosis y de la ineficiencia de los profesionales de salud:

...el frágil esfuerzo oficial por intervenir con eficacia en la cuestión sanitaria determinó que las iniciativas privada y filantrópica ocuparan la función primordial de tratamiento y asistencia material a los consuntivos y sus dependientes. Como resultado, la década de 1930 fue testigo de la constitución de una red de sanatorios que, concentrada en la ciudad de São Paulo y en las intendencias sanitarias de Campos do Jordão y São José dos Campos, encontraba sustento en las mensualidades cobradas a los pacientes y en los donativos promovidos por la caridad pública. Según el tisiólogo Paula Souza, al final de ese decenio, existían en el estado de São Paulo “menos de 2 mil” camas reservadas para los tísicos, y una parte de las plazas estaba desactivada, ya que las donaciones ofrecidas por la sociedad eran escasas, y el “tuberculoso cuesta caro”. (Bertolli Filho, 2001, p. 77)

Con el fin del *Estado Novo*, en 1945, los cambios en el plano político y administrativo del Estado, incluso en los asuntos de la salud pública, se tradujeron en la nueva carta constitucional de 1946, la cual determinaba que:

...a la Unión le correspondía la legislación sobre las normas generales de protección a la salud; la organización de la defensa contra endemias rurales y de los servicios de salud de los puertos; la fiscalización

del ejercicio de la profesión, etc. A los estados les correspondía la legislación complementaria y la dirección y organización de unidades sanitarias distritales y locales. Por último, a los municipios les correspondía velar por la salud, higiene y asistencia pública, ejerciendo actividades delegadas por el poder estatal. En el ámbito de la salud pública, la Constitución mantuvo al gobierno municipal subordinado al poder estatal, reflejando en parte la propia estructura de recaudación de impuestos, en la cual los estados aumentaron gradualmente su participación entre 1942 y 1962, en detrimento de la recaudación de los municipios. Al gobierno municipal de São Paulo le correspondía la responsabilidad por los servicios de abastecimiento de agua, recolección y tratamiento de aguas residuales y desagüe de aguas pluviales. (Ribeiro, 2004, p. 344)

En el plano estatal paulista, con la presencia de Adhemar de Barros, ahora elegido democráticamente gobernador en 1947, una serie de medidas dirigidas al sector de la salud se configuró con una reforma en 1948, teniendo como eje principal la creación de la Secretaría de Salud y Asistencia Social, “definida a partir de los servicios verticales permanentes especializados, con consultorios permanentes, en torno de una red de centros de salud, que juntos sumaban el 75% de los recursos previstos para el sector de salud pública de la época” (Merhy, 1992, p. 186).

Para Merhy, la ideología taylorista pasó a indicar a los nuevos actores, principalmente en ciudades y regiones industriales, componiendo una nueva forma de hacer política, incluso la de salud:

El nuevo Estado busca a un nuevo ciudadano: el trabajador. Pero, de una manera particular –opuesta a los principios liberales que suponían la igualdad natural de todos–, asume la desigualdad original de los individuos y el papel de la acción estatal como “establecedora” de la igualdad social. Así, adopta la noción de justicia social a partir del tratamiento desigual y subsidiario que las políticas sociales debían dar a los distintos grupos y cuestiones sociales consideradas estratégicas [...] el modelo “verticalista” se adecuaba muy bien al proyecto político del “ademarismo”, permitiendo, con su modelo técnico-asistencial, la particularización de cierta forma de abordar las cuestiones sociales como la cuestión sanitaria y la ampliación de la acción estatal, lo que contribuía, de este modo, a la creación de prácticas populistas inherentes al “ademarismo”. (Merhy, 1992, p. 205)

En el ámbito municipal, recién en 1953 se retomaron las elecciones para intendente. Desde 1945, la ciudad había tenido siete intendentes, todos con mandato de duración incierta:

...el último de ellos, Armando de Arruda Pereira, administró São Paulo desde febrero de 1951 hasta abril de 1953. Fueron todos nombrados por Adhemar de Barros, gobernador del estado y líder del Partido Progresista, de gran popularidad en la época gracias a las prácticas clientelistas y poco ortodoxas de sus dirigentes. Entre ellas estaban las concesiones de servicios oficiales, no siempre acordes con el interés público, mejoras urbanas orientadas políticamente, creación de cargos para atender a quienes podían obtener votos populares. Tales prácticas estatales, seguidas también por los intendentes nombrados, ampliaban y diversificaban la maquinaria burocrática. Por lo general sin planificación ni racionalidad, respondían solo en parte a las exigencias de la ciudad que crecía de forma inexorable. (Queiroz, 2004, p. 49)

En cuanto a la dimensión política de la administración sanitaria, se reitera la tendencia a la inconstancia. Solo en el primer año del gobierno, en 1947, la cartera tuvo seis titulares:

...esa constante inestabilidad, con cambios frecuentes no solo de secretarios o direcciones, sino incluso de otros cargos, revelaba posibles tensiones internas en la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, además de áreas indiscutibles de fricción entre esa secretaría y el contexto político más amplio. Igualmente, revelaba posibles divergencias entre el gobernador Adhemar de Barros, sus secretarios e incluso ciertos cuadros de los principales funcionarios de la estructura de la Secretaría de Salud Pública. De cualquier manera, es innegable la fuerte interferencia de cuestiones relacionadas con la política convencional sobre los destinos de la Secretaría de Salud Pública. (Almeida, 2013, p. 91)

Según analizó Maria Alice Rosa Ribeiro:

La orientación de los servicios de Salud Pública seguía el Código Sanitario del estado de São Paulo, elaborado durante la gestión de Arthur Neiva en el Servicio Sanitario en 1918 y reformado durante la gestión de Geraldo de Paula Souza en 1925. Después de 1930,

no se estableció una orientación planificada de salud pública para la ciudad ni para el estado. La falta de continuidad se manifestó en el propio período de permanencia de los secretarios responsables del área y de los directores del Servicio Sanitario, luego Departamento de Salud Pública. En promedio, los secretarios permanecieron en el cargo 203,81 días y los directores de salud pública 312,21 días entre 1937-1947. (2004, p. 344)

Todavía sobre la inconstancia administrativa en el campo de la salud paulista, Almeida confirma el clima de animosidad política:

...creemos que esa inestabilidad se debió en parte al hecho de que Adhemar de Barros se enfrentó con fuerzas políticas tradicionales del estado, lo que creó un ambiente político hostil para él y su gobierno. Además, es innegable que hubo un movimiento de transición que reorganizó los servicios de salud, y culminó en la creación de la Secretaría de Salud y Asistencia Social. En fin, tales circunstancias configuraron un contexto de cambios y acciones con fuertes implicaciones políticas para el gobierno de Adhemar y, en especial, para el área de salud. (Almeida, 2013, p. 94)

Ejemplarmente, el caso de la reubicación del Instituto Butantã en 1948 habría causado fuerte polémica en la Asamblea Legislativa, precisamente por ser, según la interpretación de la oposición, una acción de carácter meramente político, es decir, una forma de acomodar fracciones que apoyaban al gobierno que asumía. La discusión comenzó cuando:

...el diputado Ernesto Pereira Lopes (UDN) criticó los cambios entonces recientes en el Instituto, los cuales habrían perjudicado los trabajos de la institución, incluso en la fabricación de productos de uso medicinal. Después de abordar las reubicaciones en general, el diputado recordó, en particular, el caso de la designación del director del Butantã de ese momento, el Dr. Eduardo Vaz, quien aún mantenía relaciones cercanas con la empresa de la que se había desligado para asumir su cargo en el estado. (Almeida, 2013, p. 93)

Pero, ¿cómo habrían sido, durante esa gestión, los nuevos aportes financieros y en qué medida la multiplicación de instancias médico-sanitarias —a las que se vinculaban esos aportes— como centros de salud y delegaciones regionales de salud impactarían la vida de la población? ¿Esa multiplicación tendría

un carácter tecnológico y práctico o connotaciones ajenas a su función primordial? Un análisis de cómo tales medidas repercutieron en la capital entre 1930 y 1960 revela límites que afectan la vida de la población más pobre y dependiente de esos servicios, lo que muchas veces provocaba una situación de descontrol frente a enfermedades, endemias y epidemias. La década de 1950 fue pródiga en estudios y análisis sobre los impactos de la política populista ademarista.

La década de 1950 estaría marcada por grandes desafíos en el campo de la salud pública, debido a la intensidad del proceso de industrialización y de movimiento poblacional, principalmente con la llegada de las oleadas migratorias a São Paulo, sumándose al deterioro de las condiciones salariales y de vida de la población. El discurso de la gestión de salud en ese período buscaría respuestas en la planificación y en la racionalidad administrativa, aunque las medidas se consideraran siempre inofensivas, tanto frente al contexto social presentado como al propio funcionamiento de la máquina administrativa, siempre repartida por cargos políticos e intereses electorales. En su tesis de libre docencia, en la entonces facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, en 1958, Paulo de Carvalho Castro se acercó a esos servicios de salud y a las cuestiones que involucraban el debate. En sus palabras:

...fuimos llevados a la elección de este tema al presenciar la multiplicación desordenada de unidades sanitarias de toda clase y denominaciones diversas, así como el problema de la deshidratación infantil, que fue llevado a las primeras páginas de los diarios como el gran drama infantil que desafía la capacidad de acción de São Paulo. (Castro, 1958, p. 1)

Uno de los elementos problemáticos de la política ademarista eran los centros de salud. Concebidos en la Reforma Paula Souza, debían ser unidades básicas de higiene y salud pública y de difusión de la educación sanitaria, que se ocuparían de la higiene materno-infantil, del niño en edad escolar, del trabajador, del adulto con problemas de alcoholismo y de enfermedades transmisibles. Debido a las fallas en la formación de las educadoras sanitarias y a la multiplicación de órganos y secciones sin articulación entre sí:

...en la década de 1940, además de los centros de salud, funcionaban en la capital los siguientes servicios, en una clara duplicación de actividades: Sección de Higiene Infantil, Sección de Higiene del Trabajo, Sección de Propaganda y Educación Sanitaria, Servicio de Enfermería y Servicio de Puericultura. En 1946, se creó el

Departamento del Niño, vinculado a la Secretaría de Educación, que agrupó cuestiones de higiene y educación sanitaria del niño y del adolescente, incorporando las antiguas secciones de Higiene Escolar e Higiene Dental Escolar. Un nuevo cambio afectó la estructura de salud pública cuando las actividades relacionadas con la higiene del trabajo fueron retiradas del Departamento de Salud y asignadas al Departamento Estatal de Trabajo de la Secretaría de Trabajo, Industria y Comercio. Tales divisiones provocaron que, en la práctica, los centros de salud se debilitaban, pues se les retiraban actividades y se desvirtuaba su concepción como unidad básica de salud. (Ribeiro, 2004, p. 345)

Fue en ese contexto y con esa crítica que Castro se refirió a los centros de salud, señalando las consecuencias de la desarticulación de sus actividades:

De todos los llamados centros de salud, creados y en funcionamiento en la capital del estado, ninguno tiene la polivalencia recomendada por los técnicos de salud pública. El propio Centro de Aprendizaje de la Facultad de Higiene, por falta de apoyo legal, no cuenta con Servicio de Saneamiento Ambiental, aunque, a través de otras actividades, desarrolla un programa educativo en el sector de saneamiento, principalmente en la higiene de la vivienda. Hasta 1954-55, se mantuvieron, sin embargo, los centros de salud de la capital como los únicos órganos oficiales de asistencia sanitaria a la infancia. Luchando siempre con la falta de personal técnico y con alojamientos adecuados –pues ya en 1938, al momento de su instalación, su número era inferior a las necesidades–, los centros de salud de la capital desempeñaron precariamente sus funciones, a pesar del esfuerzo de su personal. Esa situación creó, a nuestro juicio, en la mente de todos los no especializados en salud pública, un falso concepto de este tipo de unidad sanitaria. El número de sus unidades fue aumentando sin el correspondiente aumento de personal. A comienzos de 1958, existían 19 unidades fijas y una móvil; en vísperas de la elección, se instalaron 25 más, sin plan técnico alguno y distribuidos de manera desigual dentro de recursos muy limitados. Surgieron los subcentros, pero no coordinados por un centro de salud distrital; y los Puestos de Consulta son una demostración clara del abandono completo de la medicina preventiva que ya se realizaba de modo limitado en los antiguos centros de salud. (Castro, 1958, p. 63)

En esa misma línea, el autor también evaluó los llamados Puestos de Puericultura y Eugenesia, creados casi siempre en tiempos electorales:

El profesor Rodolfo Mascarenhas hace mucho tiempo se refiere a la explotación del sentimiento natural de cariño y protección que el niño despierta en el público en general. Son las campañas de “redención de los niños” bajo diversos patrocinadores y denominaciones. De ese modo, el gobierno municipal también se aprovechó de ese recurso y distribuyó electoralmente una centena de puestos en la periferia de la ciudad. Aunque la ley municipal que creó el DAIM establecía la coordinación de sus actividades con las del Departamento Estatal del Niño, destacando que esa coordinación era recomendada por los 4º y 7º Congresos Panamericanos del Niño, la Municipalidad decidió también entrar en la competencia de los Puestos de Puericultura. Se estableció entonces una verdadera competencia entre ambos gobiernos, con la indebida intromisión de la política (en su peor sentido) en la elección de los barrios para la instalación de los puestos. Se utilizaron edificios cedidos por los comités de “Amigos del Barrio” que no pocas veces condicionaron la atención a simpatizantes del partido político responsable de esa instalación. Vimos y seguimos viendo puestos estatales y municipales en el mismo barrio, no pocas veces en la misma manzana, en una competencia estéril, a pesar de la pública y notoria falta de recursos de los respectivos erarios. (Castro, 1958, p. 64)

Ese indicio puede ser acompañado por la espectacularización de la inauguración de esos puestos de puericultura, como lo describió la prensa:

Nuevo Puesto de Puericultura – Será inaugurado hoy, a las 15 horas, el puesto de puericultura en el Barrio de los Remedios, Calle Quavirua 38, instalado en edificio reconstruido y cedido por la parroquia local. Al acto asistirán el gobernador del estado, autoridades civiles, militares y eclesiásticas. (*O Estado de S. Paulo*, 11 mar. 1956, p. 16)

En el año 1962, orientados a la pediatría y puericultura, sumaban en la ciudad 162 puestos de puericultura, 18 centros de salud y 17 subcentros de salud (División de Estadísticas [...], 1964). Las consecuencias de ese panorama llegarían a la década de 1960:

...cuando estaban subordinados al secretario de Estado 25 órganos, todos semiindependientes desde el punto de vista técnico, muchos autosuficientes o buscando serlo, dirigían hospitales, unidades especializadas locales y prácticamente no realizaban investigaciones de carácter operativo, indispensables para la formulación del plan de acción, que, por cierto, nunca existió. El Secretario dedicaba su tiempo a recibir a los políticos que lo buscaban, a los directores de órganos de su área que le planteaban problemas, generalmente administrativos, que no podían resolver, y a firmar miles de documentos, muchos de los cuales no tenía ni tiempo para leer. Por otro lado, el poder decisorio estaba concentrado en los órganos con sede en la Capital, en una centralización absurda para un estado de 18 millones de habitantes. (Mascarenhas, 1973, p. 442)

Esa desconexión entre las instituciones de salud también se manifestaba en la relación que se establecía con la población, que en ciertos momentos quedó expuesta y vulnerable a las endemias y epidemias que se propagaban. Un caso notable fue el de la epidemia de poliomielitis. Primero, Francisco Borges Vieira informaba sobre la situación de la capital, definiéndola como una epidemia prevalente en la ciudad y reafirmando, en 1948, lo que él mismo ya había denunciado en 1940:

...estamos seguros de que numerosos casos ocurridos en esta ciudad continúan siendo desconocidos, incluso los casos paralíticos. Se sabe que muchos casos retroceden del período paralítico, y otros, más numerosos, que constituyen la gran categoría de casos frustrados y omitidos, escapan en gran medida al conocimiento de las autoridades e incluso de los clínicos. Y desempeñan un papel relevante en la diseminación de la enfermedad. (Borges Vieira *et al.*, 1948, p. 221)

Para un mejor conocimiento sobre la ocurrencia de la enfermedad, Borges Vieira consideraba indispensable una relación estrecha entre los servicios de bioestadística y los de epidemiología.

Sin embargo, en su estudio sobre las diferentes causas de muerte en la capital, el sanitarista Mário Magalhães señalaba una evidente dificultad adicional de análisis, relacionada con el control del número de muertes en todo el estado de São Paulo. Esto se debía a que el trabajo de censo realizado por el Departamento de Demografía, en funcionamiento desde 1894, había sido paralizado en 1948, retomando los relevamientos solo en 1957, pero plagado de fallas. Existían fallas claras en tales coeficientes al menos desde 1940, no

pudiendo tales números ser tan bajos ni con variaciones tan marcadas. Un dato importante para esta afirmación:

...que existía un deterioro del registro de defunciones del estado de São Paulo se observa en la evolución de la mortalidad en la capital y en los municipios del interior, en su conjunto, en la década de 1940 y 1955. En 1940, la ciudad de São Paulo presentaba un coeficiente de mortalidad de 12,9 por 1.000, mientras que en el interior del Estado ese coeficiente fue de 19,2 por 1.000. En 1950, la mortalidad de la capital se redujo a 10,6 por 1.000, y la del interior presentó una “aparente” baja espectacular, descendiendo a 11,4 por 1.000. No se pretende afirmar que una ocurrencia de ese tipo sea imposible; sin embargo, la experiencia y la observación de los datos presentados aconsejan excluir tal posibilidad. (Silveira, 2005, p. 225)

Si Borges Vieira tenía razón en su argumento y Silveira en su evaluación, muchos de los límites producidos explicarían cómo, en la década de 1960, durante un brote epidémico de poliomielitis, las autoridades sanitarias informaron, ante la inquietud de la población, que no había motivo para alarma, pues no existía ningún brote, siendo los “alarmas injustificadas” y las “explosiones tendenciosas”. La población debía continuar buscando los puestos de vacunación y estar segura de que la Secretaría de Salud estaba atenta y preparada para enfrentar cualquier brote epidémico (*O Estado de S. Paulo*, 8 dic. 1960, p. 1). Sin embargo, según la propia Secretaría de Salud, solo en la primera quincena de marzo se registraron 25 casos de poliomielitis en la capital, aun habiéndose aplicado en ese periodo 1.834 vacunas. Meses después, en el XVII Seminario del Instituto de Medicina Tropical, el profesor Airosa Galvão “reveló al pleno que los numerosos casos de poliomielitis registrados el año pasado caracterizaron una epidemia de esta enfermedad en São Paulo” (*O Estado de S. Paulo*, 26 jun. 1961, p. 28).

Haciendo un balance de la situación, entre la desestructuración de las instituciones sanitarias y los números sobre las condiciones de vida de la población paulistana, Rodolfo Mascarenhas señaló que, en la capital paulista, solo el 20 % de la población contaba con servicio de red pública de agua y el 48 % con red de alcantarillado, además de las chabolas en las favelas, que superaban las 50 mil, y los conventillos que aún predominaban en barrios centrales como Bela Vista y Liberdade. En el apartado “muertes teóricamente prevenibles”, el autor hace la siguiente consideración:

...de los 36.033 fallecimientos en 1962 en el municipio de São Paulo, 16.585 (46 %) no habrían ocurrido si se hubieran utilizado todos los recursos científicos de la Salud Pública. Estos datos revelan aun mayor gravedad de nuestra situación sanitaria, al considerar que se registraron 2.665 casos de muertes por enfermedades transmisibles, cuando debería haberse registrado solo 21 (0,78 %). Cuántas vidas dejaron de salvarse solo en el sector de enfermedades transmisibles, donde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoces reducen la mortalidad a prácticamente cero. (Mascarenhas, 1965, p. 13)

Un personaje de extrema importancia por sus críticas fue José de Toledo Piza¹, cuya biografía como médico y sanitarista muestra una amplia presencia en la administración de la salud pública en São Paulo y que fue uno de los principales en la creación del Ministerio de Salud desligado de Educación, en 1953. En 1951, en su conferencia en el IX Congreso Brasileño de Higiene, celebrado en Porto Alegre, Toledo Piza presentó el proyecto de ese ministerio y criticó la organización administrativa de la salud pública paulista:

...la concepción del plan que se presenta es resultado de la observación de un profesional que desde hace 35 años participa activamente en los servicios de Salud Pública del Estado de São Paulo. En ese período, pudo presenciar el fracaso de numerosas reformas que tenían, todas, como objetivo la mejora de los servicios existentes, intentando eliminar errores cometidos anteriormente, pero que, debido al carácter estrictamente personal que se les imprimía, condujeron a la salud pública paulista a la situación de absoluta ineficiencia en la que se encuentra, en relación con lo que debería producir, como un peso muerto para el erario público. También permanecen vivas en su memoria los numerosos tropiezos encontrados cuando, en el ejercicio de sus funciones, quiso hacer algo útil para la colectividad.

¹ José de Toledo Piza (1893-1985) nació en Sorocaba. Ingresó en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, pero, cuando aún estaba en el primer año, se abrió en São Paulo la Facultad de Medicina y Cirugía, en la Santa Casa de Misericordia, a la cual se trasladó, cursando nuevamente el primer año, y se graduó en 1918, integrando la primera promoción. Luego, fue médico de la Santa Casa de Misericordia bajo la orientación del Dr. Diogo de Faria y de los profesores Celestino Bourroul y Pinheiro Cintra. Por invitación de la Fundación Rockefeller, estuvo en Estados Unidos estudiando enfermedades infecciosas. En la década de 1970, fue convocado por el gobierno del estado para dirigir el combate a la esquistosomiasis en la Baixada Santista y en los valles del Ribeira de Iguape, del Paraíba do Sul y del Tietê (Tiriba, 2009, p. 4).

Por ello, no le faltaron disgustos, amarguras y desilusiones, que, sin embargo, no le abatieron el ánimo. (Toledo Piza, 1951, p. 1)

Años después, en 1964, en tono de desahogo, Toledo Piza retoma las mismas cuestiones, en una carta dirigida al secretario de Salud:

...permítame, señor, discrepar hasta cierto punto, en lo que se refiere a la voluntad que ha faltado para decir las cosas como son, de forma generalizada. Lo que ha habido, sí, es falta de voluntad para escucharlas, interpretarlas y entenderlas, por parte de los responsables de la administración pública, a quienes corresponde la toma de decisiones finales en beneficio de la comunidad [...] La creación del Consejo de Salud dio, durante algún tiempo, mayores esperanzas de que los asuntos del sector se trataran sobre bases técnicas, en beneficio de la administración, pues sus reuniones debían realizarse bajo la presidencia del secretario, lo que, lamentablemente, no siempre ocurrió [...]. La cuestión de la creación indiscriminada de puestos de salud y, sobre todo, de puestos de puericultura, por ejemplo, fue condenada por el Consejo, pero no dejó de continuar, incluso en una época en que tanto se hablaba y proclamaba la excelencia de las Unidades Integradas. “No se podía contrariar a un prestigioso órgano publicitario, que en ellos tenía su mística...” Así, esos puestos especializados se multiplicaban en localidades donde ni siquiera había condiciones para la permanencia de un clínico general. También, respecto a los célebres Comandos Sanitarios, se dijo mucho y no se escuchó nada. Incluso cosas muy graves. Y, por no haberlas dicho con franqueza y honestidad y por insistir en lo que decía, un director del Departamento de Salud fue forzado a retirarse, en un gobierno que se decía intransigente en la lucha contra la corrupción. Aún el año pasado, en mayo, con motivo de un Simposio de Esquistosomiasis promovido por la Asociación Médica Brasileña, presentamos un trabajo que condensaba trabajos anteriores, en colaboración con otros colegas, en el que señalábamos la gravedad del problema para São Paulo e indicábamos medidas que debían tomarse con urgencia para contener la expansión de la enfermedad, y todo quedó en el vacío, a pesar de haberlo entregado personalmente a varios titulares que se sucedían. Así, si los responsables de la salud pública del estado realmente se interesaran en la solución, las actitudes deberían ser otras, diferentes a las adoptadas hasta ahora, que solo se enfocan en mensajes y entrevistas que no llegan al campo de las

acciones propiamente dichas. No deberían afirmar, con énfasis, que las “Reparticiones están perfectamente equipadas para enfrentar el problema convenientemente; que se asignarán fondos cuantiosos a los órganos competentes; que se desencadenarán campañas de educación sanitaria”. Pero todo no pasa de esos límites... Se habla mucho de educación sanitaria... ¿cuántos de esos valiosos profesionales disponen nuestros servicios de salud para una acción a la altura del problema? (*O Estado de S. Paulo*, 7 oct. 1964, p. 22)

Entre esas críticas, resulta interesante notar que el período Paula Souza era entendido como abandonado por los administradores posteriores, generando cierto sentimiento de que “no quedaba nada más”. Al menos, así se expresó íntimamente Maria Antonietta de Castro, directora general de la Cruzada Pró-Infancia, al dirigirse a Evangelina de Paula Souza cuando fue invitada a una ceremonia en homenaje a su difunto esposo, en 1968. Decía ella:

...imposibilitada de asistir a la ceremonia “*in memoriam*” al recordado profesor Geraldo de Paula Souza, vengo, por medio de la presente, a asociarme al justo homenaje al mayor higienista brasileño que, lamentablemente, no dejó entre nosotros sucesores con su amplia visión de los problemas de la salud pública, hasta el punto de que muchos de ellos, como la educación sanitaria del pueblo, quedaron estancados por la extinción, pura y simple, de su agente educativo –la Educadora Sanitaria– que, en la etapa dorada de Paula Souza, sembró salud mediante valiosos enseñanzas a nuestra gente. De todo ese cataclismo e incompreensión, “delito contra la salud pública”, quedó esta Cruzada Pró-Infancia, último baluarte de la semilla de ese ideal, prácticamente nacida bajo la influencia y directrices del Gran Maestro, y que, desde 1930, ha hecho tanto por la infancia. Veneremos su memoria “*in perpetuum*”, con el respeto y la gratitud debidos a nuestros hombres. (Castro, 1968)

Sin embargo, aun participando en las discusiones administrativas de la salud pública, el grupo que se sentía excluido del poder volvió bajo la dirección de un médico y sanitarista vinculado a Paula Souza, pero en un nuevo contexto. De las filas del movimiento preventivista, entre 1950 y 1960, y de la llamada reforma sanitaria, entre 1960 y 1970, surgió una nueva propuesta, aprovechando, evidentemente, las continuidades dejadas por las gestiones anteriores, como el modelo de los centros de salud dispersos por el interior y la capital, con sus estrategias tecnológicas más horizontalizadas. Para ello, ganó

notoriedad en la dirección de este proceso el médico Walter Leser, quien, al asumir la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, enfrentaría nuevos contextos, con viejos y nuevos aliados.

Reforma Leser: poco legado y muchas enfermedades, esos son los males de São Paulo

La figura de Walter Leser (1909-2004) ha ido recibiendo, poco a poco, contornos biográficos. De lo que se conoce, entre algunas escenas de su infancia, está la de su origen humilde como niño huérfano a los 4 años. Según él mismo habría narrado, la única historia pintoresca de su infancia ocurrió a los 14 años, cuando estudiaba en el gimnasio, y durante las vacaciones de fin de año consiguió un empleo como *office boy* en una empresa estadounidense, ganando 60 mil réis por mes, “la mayor cantidad de dinero que había poseído en su vida”. Como le sobraba tiempo, empezó a mecanografiar la correspondencia de la empresa, incluso redactando algunos textos propios. Al terminar el período de vacaciones, pidió la renuncia para regresar al gimnasio, pero el gerente le ofreció 120 mil réis para continuar en el empleo. Ese día, el joven llegó eufórico a casa y le dijo a su madre que dejaría de estudiar para seguir trabajando. La reacción no se hizo esperar. Leser recibió el mayor “regañón” de su vida, escuchando un sermón larguísimo, y fue obligado a dejar inmediatamente el empleo. Según él, siempre se preguntaba: “¿qué habría pasado si no hubiera dejado el empleo en esa época?” (*O Estado de S. Paulo*, 29 ene. 1967, p. 8).

Ingresó como estudiante en la Facultad de Medicina de la USP en 1928 y tuvo que pedir prestados tres contos² para pagar la impresión de su tesis doctoral, en 1933: “en el curso de medicina, desde temprano percibió que no podía lidiar con la incertidumbre diagnóstica ante la carencia de exámenes objetivos, lo que lo llevó a descartar la posibilidad de una carrera clínica” (Mello & Bonfim, 2015, p. 2.750). Eso quizá explique su acercamiento a Geraldo de Paula Souza y la motivación para escribir una tesis sobre estadística médica, campo casi desconocido en Brasil. De ahí nació una relación de cercanía continua y una tesis doctoral: *Contribución al estudio de los métodos estadísticos*.

En el ámbito de la docencia, en 1934, fue presentado por Geraldo de Paula Souza para una cátedra en la Escuela Libre de Sociología y Política como

² "Conto" se utiliza en el habla popular en referencia a la unidad de moneda.

profesor suplente de estadística, asumiéndola interinamente poco después. En 1942, fue nombrado catedrático de la Escuela Paulista de Medicina (EPM), en la cátedra de Higiene. Más tarde, entusiasta de la medicina preventiva e impresionado por su participación en el Seminario de Viña del Mar en 1955, contribuyó a la creación del Departamento de Medicina Preventiva de esa escuela. La propuesta de Leser para la Secretaría de Salud de São Paulo habría partido de Jairo Ramos, profesor de la EPM, al entonces gobernador de São Paulo, Abreu Sodré (1967-1970). Regresó al cargo entre 1975 y 1978, en el gobierno de Paulo Egídio Martins.

Su ingreso al gobierno paulista, en 1968, coincide con el auge del proceso represivo brasileño, en el que tuvo fuerte participación, por ejemplo, Abreu Sodré, en el “acto de lanzamiento de la Oban en 1969, del secretario de Seguridad Hely Lopes Meirelles, que cedió a la Oban a los policías civiles y militares de São Paulo, y de su sucesor, el secretario de Seguridad Pública, Olavo Viana Moog, del gobernador Laudo Natel” (Lajolo, 2012, p. 177). Es un hecho que no existe ningún documento que indique la vinculación de Leser con alguna acción directa o indirecta de carácter represivo en el régimen instalado, aunque su presencia al frente de la Secretaría de Salud de São Paulo se haya dado bajo la administración de nombres directamente ligados a esa estructura, es decir, a la dimensión civil en ese proceso.

En ese contexto, Leser se posicionó todo el tiempo como un técnico y procuró siempre y oficialmente no dejar escapar ninguna otra intención, incluso porque su nombre era continuamente puesto en duda en la Asamblea Legislativa de São Paulo, siendo incluso señalado por los más radicales del régimen como “comunista”. El gobernador Abreu Sodré quería un técnico que pudiera hacerse cargo de una Secretaría que vivía una crisis sin precedentes y, aunque inicialmente rechazó la invitación, Leser fue incentivado, principalmente por Jairo Ramos, a asumir el cargo en 1968. Bajo el título “Leser está a favor de la medicina preventiva”, la prensa presentó al nuevo secretario a la población como un médico inspirado en la posición de que la medicina debería prevenir la enfermedad antes que curarla. Frente a lo que se describió en los tiempos siguientes sobre lo encontrado en la maquinaria pública de salud, el nuevo secretario tuvo que superar un inmenso lodazal burocrático y un vaciamiento institucional. Para ello, de inmediato, señaló la necesidad de esclarecer cuáles eran los problemas y los argumentos para enfrentar las cuestiones. Trabajos académicos, discursos en diarios y reportes institucionales pueden acercarnos a algunas cuestiones, sobre todo en la capital del estado.

Ni tanto al mar, ni tanto a la tierra: arquitectura de un proyecto, 1967-1971

Sigamos dos declaraciones públicas de Leser sobre la reorganización de la Secretaría de Salud, ambas formulando duras críticas a las administraciones anteriores. La primera fue publicada en la prensa. Presentando su proyecto de reforma de la Secretaría, afirma haber encontrado:

...“solo una cosa que recuerda lo que suele llamarse organigrama”, pero que en realidad no pasaba de un “amontonamiento de cosas, con gran suma de fantasías y fantasmas, es decir, con la inclusión de entidades y órganos inexistentes o aún por crear”, como resultado de una acumulación sin planificación de funciones y órganos que llegó a tal punto que actualmente hace imposible el trabajo. En 1947, la Secretaría de Educación y Salud fue subdividida en dos, y se otorgó un plazo rápido de 90 días para hacer la regulación –que hasta hoy no se ha hecho– así como la estructuración del área. El profesor Leser dice además que, con el tiempo, las necesidades crecieron, se crearon nuevos órganos y cada vez se volvieron más independientes, más autónomos. Ejemplo es el Departamento de Salud del Estado que hoy tiene subordinados, entre otros, la División de Tuberculosis, la División de los Servicios del Interior, la Policía de Alimentación Pública, los Centros de Salud de la Capital, la División de Malaria, el Instituto Pasteur, el Hospital de Aislamiento Emílio Ribas, el Instituto Adolfo Lutz, de tal forma que esa subordinación es meramente nominal. (*O Estado de S. Paulo*, 2 ene. 1968, p. 9)

La otra intervención de Leser fue ante sus pares, en el XVIII Congreso Brasileño de Higiene, realizado en Salvador, en diciembre de 1968. En ese material, que constituía el detalle de la propuesta de reforma, también se incluyeron como anexos los decretos correspondientes a la Reforma Administrativa, el Plan de Trabajo para esa Reforma, el Proyecto de Regionalización y los planos de los edificios proyectados para las unidades sanitarias, teniendo como responsables al propio Walter Leser, Humberto Pasquale, Luiz Magliano, Morato Proença, Rodolfo Mascarenhas, Toledo Piza y Vitor Homem de Mello, entre otros colaboradores.

El texto comienza con datos demográficos y estadísticos del estado de São Paulo y de su capital (población, mortalidad general, esperanza de vida al nacer, coeficiente de mortalidad por enfermedades transmisibles, saneamiento

básico, establecimientos hospitalarios y número de médicos). En el tópico “Equipamiento de Salud Pública”, un mapeo de la Secretaría de Salud:

...la Secretaría de Salud Pública mantiene una red considerable constituida por 1.496 unidades sanitarias, distribuidas en todo el territorio del estado y compuesta por: centros de salud y puestos de asistencia médico-sanitaria (596), puestos de puericultura (701), puestos de asistencia obstétrica-domiciliaria (19), dispensarios y ambulatorios de tuberculosis (71), dispensarios de dermatología sanitaria (67) y dispensarios de tracoma e higiene visual (42). Cuenta también con 17 laboratorios de salud pública: uno central en la capital, 8 regionales y 8 distritales en el interior. En la capital, un ambulatorio para tratamiento preventivo de la rabia (Instituto Pasteur) y un ambulatorio y asistencia hospitalaria para enfermedades cardiovasculares (Instituto de Cardiología). En el interior, 31 unidades (zonas y sectores) para erradicación del paludismo y profilaxis de la enfermedad de Chagas. Mantiene un organismo en la capital para fiscalización de la alimentación pública y, en todo el estado, 14 unidades de fiscalización del ejercicio profesional, comercio y uso de drogas y estupefacientes, así como 10 unidades para control del uso de rayos X y sustancias radiactivas. Otros organismos: Ingeniería Sanitaria, Epidemiología y Profilaxis General, Propaganda y Educación Sanitaria, Instituto Butantã (investigación y producción de sueros, vacunas y quimioterápicos), Campaña de Erradicación de la Viruela, Campaña de Combate a la Esquistosomiasis, Fondo de Educación Sanitaria e Inmunización en Masa contra Enfermedades Transmisibles (FESIMA) y Departamento de Administración con División de Transportes. Mantiene, además, 31 hospitales (6 en la capital y 25 en el interior), con un total de poco más de 10.000 camas, distribuidas de la siguiente manera: 1 hospital infantil, 1 hospital de aislamiento, 8 hospitales generales (5 operados mediante convenio), 9 hospitales para tuberculosos (1 operado mediante convenio), 4 sanatorios para leprosos y 8 hospitales para psicópatas. La Secretaría cuenta, actualmente, con poco más de 23.000 servidores, entre los cuales cerca de 2.700 médicos, y su presupuesto efectivo para 1968 alcanza los 202 millones de cruzeiros nuevos. (Leser *et al.*, 1968, pp. 2-3)

También hace una serie de críticas al describir la máquina administrativa heredada de la gestión anterior: considera fragmentada la Reforma de 1938, aunque con el mérito de haber creado muchos centros de salud, y a la

administración de 1947, responsable de la desagregación, con vicios y defectos. Sobre esto, abre el tópico “La estructura actual”, con algunas consideraciones:

...la organización actual, que tuvo origen en el agregado de órganos que se separaron de la antigua Secretaría, se ha mantenido en virtud de tendencias perjudiciales que se observan en la evolución histórica: a) presión para la creación de un órgano especializado para cada tipo de actividad, b) influencia del personalismo, que busca autonomía para cada órgano, con el propósito de imprimir un sello personal a su administración, c) búsqueda de subordinación directa a la cúpula más alta, confundiendo la posición jerárquica más elevada con la posibilidad de realización. (Leser *et al.*, 1968, p. 4)

Siendo ese cuadro definido como causante del caos que prosperaba en las instituciones sanitarias y hospitalarias, esas distorsiones merecieron esclarecimientos adicionales:

...*congestión en la cúpula*: existe una concentración excesiva de atribuciones técnico-administrativas en el nivel del secretario de Estado, quien se ve sobrecargado por solicitudes muy numerosas, frecuentes, insistentes y en general urgentes, que en su gran mayoría deberían resolverse en niveles inferiores; *falta de continuidad*: al ser transitorio el titular de la Secretaría y no permitir la organización el desarrollo de planes con carácter permanente, las frecuentes modificaciones de orientación impiden la continuidad administrativa, lo que dificulta el logro de objetivos programados a largo plazo; *ausencia de comando único en el nivel local*: el buen rendimiento del trabajo debe basarse en la definición precisa de responsabilidades “punta de lanza”, es decir, en el nivel de prestación de servicios a la población. Esta condición resulta indispensable para el conocimiento exacto de los problemas y para el planteo de soluciones viables; *inexistencia de carrera de salud pública*: la Salud Pública hace tiempo se constituyó como Salud Pública. Los administradores y demás profesionales de salud pública reciben formación en escuelas especializadas. Sin embargo, se trata de una especialidad que no encuentra aplicación fuera del servicio público. El Estado debe garantizar condiciones de trabajo que permitan la realización profesional. Para ello, es necesario contar con carreras funcionales específicas que ofrezcan perspectivas atractivas; *insuficiencia de normas y supervisiones técnicas*: es necesaria la existencia de órganos específicos encargados de elaborar

normas técnicas, así como de prever supervisión independiente de la autoridad ejecutiva; *insuficiencia de información y planificación*: la ausencia de órganos normativos y coordinadores en la cúpula, responsables de la información y la planificación con carácter permanente, explica la amplia deficiencia de datos e informaciones y la falta de uniformidad en los mismos. Esta situación dificulta de manera extrema la implementación de prácticas de planificación, una exigencia hoy ineludible; *deficiencia operativa*: existe una centralización excesiva de las actividades intermedias, en especial de la administración de personal y financiera, que ya no resulta compatible con el crecimiento poblacional y la extensión territorial. Las unidades “de línea” dependen en gran medida de decisiones del nivel central que, demoradas por la congestión en la cúpula, entorpecen su funcionamiento. Por otro lado, existe una descentralización técnica excesiva, de modo que esas unidades carecen de orientación y control. (Leser *et al.*, 1968, p. 6)

En esos términos, se procuró incorporar a la Constitución Estadual de 1967 una serie de determinaciones legales, con la siguiente propuesta:

...por todos los medios a su alcance, desarrollará actividades necesarias para promover, preservar y recuperar la salud de la población. Así, el gobierno actual estableció una política de salud con los siguientes objetivos prioritarios: a) intensificar el combate a las enfermedades transmisibles, en especial mediante programas de inmunización, educación sanitaria y saneamiento básico; b) mejorar el rendimiento del sistema de asistencia médica, perfeccionando el sistema de colaboración técnica y financiera con instituciones privadas, ampliando y mejorando la asistencia médico-hospitalaria al enfermo mental, definiendo de forma adecuada las condiciones que hacen necesaria la actuación supletoria del Estado, coordinando actividades oficiales y privadas; c) promover la adaptación institucional y administrativa del sector (reforma administrativa); d) asegurar una actuación coordinada con otros sectores, con el objetivo de integrarlos al plan de salud, en especial en lo que respecta a los problemas de educación y nutrición. (Leser *et al.*, 1968, p. 7)

Con la Ley 200, del 25 de febrero de 1967, se reorganiza la administración pública federal, lo que termina por definir áreas de competencia de los órganos públicos y la unificación de la Previdência Social. De allí resulta una

nueva legislación, la Ley 48040, que permite una reforma administrativa no solo en el sector federal, sino también en las secretarías estatales de salud:

La Ley 48040 estableció, también, la coordinación general de la reforma de la Secretaría de Economía y Planificación, creada en 1964, y definió el plazo de treinta días para la presentación de un plan de trabajo para la mejora de la eficiencia administrativa y proyectos relacionados con las unidades de prestación de servicios y la eliminación de puntos de estrangulamiento. Creó, además, el Grupo de Estudios de la Reforma Administrativa, posteriormente, Grupo Ejecutivo (Gera). Las propuestas de reforma comenzaron a ser generadas y discutidas en grupos de trabajo constituidos por el Ejecutivo. (Iyda, 1994, p. 115)

Con el Decreto 48162, de 3 de julio de 1967, que dividió al estado en 10 regiones y 48 subregiones, un punto adquiriría importancia: la descentralización ejecutiva a partir de los distritos locales, es decir, la actuación de la unidad básica en un área circunscrita y con población compatible:

...variando, en términos generales, de 40.000 a 150.000 habitantes; en la capital y grandes ciudades comprenderá uno o más subdistritos de paz, en el interior uno o más municipios. El Distrito Sanitario será dirigido por un médico sanitarista de carrera, con régimen de dedicación exclusiva obligatorio, que será responsable de todos los problemas de salud pública del área. Además de la jefatura única, otra característica importante del Distrito Sanitario será la existencia de una unidad de salud principal: el Centro de Salud Distrital. (Leser *et al.*, 1968, p. 9)

Según se indicó, sería fundamental la creación de la carrera de sanitarista, “complemento indispensable para la implantación de la reorganización de la propuesta, dado que la propia estructura depende de la existencia de carreras especializadas en salud pública” (Leser *et al.*, 1968, p. 11).

En sus memorias, además de la reforma administrativa y legislativa, Leser describió algunos resultados considerados importantes para ese momento. Entre ellos, se encontraría la erradicación de la viruela, siguiendo la campaña mundial propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

...para dirigir la campaña, encontré a Ruy Soares, veterano sanitarista que había trabajado en la erradicación del *Anopheles gambiae*, en

el Nordeste, en la década de 1930. Él reclutó, entrenó y, con rígida disciplina, con la participación de dos dedicadas educadoras sanitarias, Ausônia Donato y Zenaide Lessa, cubrió en dos años, de agosto de 1968 a agosto de 1970, todo el Estado, vacunando al 90,7 % de la población. (Leser, 2009a, p. 80)

Se instituyó un programa de vacunación, dado que no existía una previsión de vacunación en la rutina de las unidades de salud, creando por primera vez en el país una cartilla de vacunación y una política de adquisición de medicamentos. Otra acción que produjo respuestas rápidas fue la reapertura de los centros de salud, algunos creados a partir de ese período, vinculados a las escuelas médicas y de salud pública y contribuyendo a la formación de profesionales y a la atención de los pacientes. Destacó la reforma de los métodos de control de la lepra, combatiendo la segregación obligatoria e instaurando el término *hanseníase* para designar la enfermedad, así como el aumento de cupos en instituciones dedicadas a la salud mental, donde “la atención a los enfermos mentales era terrible, con hospitales superpoblados y en ocasiones casi en ruinas, prácticamente sin existir asistencia ambulatoria” (Leser, 2009a, p. 80).

El combate a la esquistosomiasis, que había alcanzado en ese momento cerca de 31 municipios, fue liderado por José de Toledo Piza, en la llamada Campaña contra la Esquistosomiasis, y finalmente el drama de la deshidratación estaría en el proyecto a partir de una reestructuración del área de saneamiento básico, cuestión que se resolvió en parte en las décadas siguientes. Cabe señalar la creación del Sistema Cantareira, proyecto elaborado a partir de esta administración, además de acciones sanitarias como la distribución de frascos con solución de hipoclorito. El equipo liderado por Leser logró rediseñar, en esta primera gestión, una nueva estructura administrativa de la Secretaría y, a partir de las bases preventivistas, impulsó un proceso que tendría cierto impacto en la salud pública del estado.

El Informe de la Secretaría de Salud correspondiente a esta gestión (1967-1971) comienza con lo que Leser denominó “filosofía del Estado”, teniendo los lemas preventivistas y de la medicina comunitaria como guías de todo el proceso, además de una referencia a la salud colectiva, expresión que se acuñaba en ese momento. Él dice:

...la actuación estatal en el campo de la salud debe vincularse a un contexto de ideas que establezca prioridades equilibradas, de la prevención sobre la cura, de la salud de la comunidad sobre la salud individual. Aunque la salud sea un derecho inherente del individuo, independientemente de su edad, sexo, raza, ocupación y

condiciones económicas y sociales, según el concepto de la Organización Panamericana de la Salud, el estado de salud individual, como factor de bienestar social y desarrollo económico, depende en gran medida del nivel de salud colectiva. La acción del Estado debe apuntar, principalmente, a romper el círculo vicioso en que se encadenan de forma natural la enfermedad, la pobreza y la ignorancia (Informe de la Secretaría, 1971, p. 1)

Según el Informe, el gobierno debería atender una cuestión inmediata: el saneamiento básico. Esta debería ser la primera acción de impacto en todo el estado y en gran parte de la capital. Luego vendría la Reforma Administrativa, que debería enfocarse en la promoción y prevención, debiendo desarrollar “prioritariamente actuación sistemática en educación sanitaria, en inmunizaciones, en saneamiento ambiental, así como la asistencia clínica médico-sanitaria a los sectores menos favorecidos” (Informe de la Secretaría, 1971, p. 7). Como se deduce, la intención era mostrar una máquina administrativa en organización, involucrando al secretario de Estado y su cúpula gubernamental, el Departamento de Administración de las Secretarías, el Departamento Técnico-Normativo (DTN), la Coordinación de Salud de la Comunidad, la Coordinación de Asistencia Hospitalaria (CAH), la Coordinación de Salud Mental (CSM) y la Coordinación de Servicios Técnicos Especializados.

Sobre las coordinaciones, el Informe presentó algunas determinaciones particulares para cada una. En la Coordinación de Salud de la Comunidad, el gran desafío era reunir 1.500 unidades sanitarias, subordinadas a seis órganos independientes. Para ello, se optó por dos líneas de trabajo, con el objetivo de no perjudicar el ritmo de atención a la población: la primera, el estudio de la situación, con datos disponibles, aunque considerados precarios. Una segunda actividad pretendía crear condiciones para sostener los cambios estructurales profundos, pero sin causar colapso en el sistema existente. La Coordinación de Asistencia Hospitalaria, considerada parcialmente instalada, debería buscar, en su complejidad administrativa y de servicios, formar personal no solo de nivel universitario, sino también de nivel medio y auxiliar. Los órganos centrales de la Coordinación estarían instalados, habiendo sido absorbido el antiguo Servicio de Medicina Social y parte del Consejo Estatal de Asistencia Hospitalaria, además de la constitución de un Consejo Hospitalario del estado, con miembros de órganos públicos y privados que evaluarían el avance de la Coordinación y, si fuera necesario, sugerirían cambios.

La Coordinación de Salud Mental tenía un obstáculo excepcional para resolver: el conjunto nosocomial de Juquerí que, superpoblado y sin condiciones infraestructurales mínimas, vivía en una precariedad inaceptable.

Para ello, fueron designados un procurador del estado y un grupo técnico formado por psiquiatras. Se habilitaron 500 camas en otras instituciones y se trasladó a parte de los pacientes, aquellos considerados más graves. Los números mostraban que, incluso con avances, seguirían faltando personal, instalaciones y equipos, sumado a la superpoblación: en 1967, habrían estado internadas 14.936 personas y, en 1970, ese número habría disminuido a 12.958. Finalmente, la Coordinación de Servicios Técnicos Especializados debería desarrollar estudios e investigaciones médico-científicas aplicadas, formar personal especializado y crear laboratorios de salud pública. Estarían involucrados en esta área el Instituto Butantã que, ante su situación de penuria financiera, debería recibir aportes económicos para restablecer sus actividades, y el Instituto Adolfo Lutz, que también sería reorganizado y recibiría recursos financieros, debiendo además crearse los cargos de jefatura y dirección. Dentro de la Coordinación, se crearía el Instituto de Salud (Decreto 52505, de 29 de julio de 1969), para acompañar las actividades de salud de la comunidad en relación con las unidades sanitarias, por eso sus actividades deberían también ser acompañadas, en ese momento, al ritmo de la propia Reforma (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 4).

El Informe dejaría claro que había obstáculos no superados, dejando la Reforma inconclusa en ciertas esferas, como también revelaría áreas que adquirirían un movimiento considerado positivo y dentro de una agenda tecnológica de trabajo, mínimamente esperada. Uno de esos obstáculos era la falta de personal calificado, incluso con las recientes designaciones, lo que provocaba dificultades para la implantación de la Reforma Administrativa y para el desarrollo de las actividades programadas. Según el Informe, habría tres motivos para esta pendiente:

...a) la admisión de servidores no se realizó, durante muchos años y para una gran parte de los admitidos, mediante una selección basada en criterios de capacidad para las funciones que debían desempeñar; b) incluso cuando inicialmente fuera pequeña, como resultado de la admisión, la adecuación de los servidores a las funciones que les correspondían podría haberse perfeccionado con la implementación de programas de entrenamiento, aun con las limitaciones impuestas por la capacidad de aprendizaje de cada uno. Eran pocas y dispersas las actividades de ese tipo; c) en 1968, se creó el Grupo de Trabajo, cuya área de acción fue definida como “recursos humanos necesarios para la ejecución de actividades de promoción, preservación y recuperación de la salud”. Desde hacía tiempo se reconocía la ausencia, en el cuadro de la Secretaría, de funciones indispensables

para el correcto desempeño de esas actividades; a esa deficiencia se sumaba la insuficiencia de cargos para las funciones existentes. (Informe de la Secretaría..., 1971, pp. 112-117)

En el caso de la creación del cargo de médico sanitarista, habría desinterés por parte de los profesionales, lo que dejaba en suspenso el proyecto, que en gran medida dependía de esos profesionales para asumir cargos de jefatura en las unidades, así como para conducir el propio día a día del servicio de salud:

...por el Decreto-Ley del 02/10/1969, se creó la carrera de médico sanitarista, escalonada en cuatro niveles, además de los cargos de gestión. Fue posible, mediante concurso de acceso, el nombramiento efectivo en los cargos de Médico Sanitarista II, con aprovechamiento de médicos del cuadro de la Secretaría, admitiéndose para muchos de ellos que la experiencia en servicio, dentro de un límite razonable, suplía la falta de curso de especialización en salud pública. Sin embargo, el concurso público realizado a continuación, para el nombramiento de 200 cargos iniciales de la carrera (médico sanitarista I), tuvo solo 18 candidatos, de los cuales fueron aprobados 15 y, de estos, solo 7 aceptaron la designación. (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 118)

El desinterés se debía a la falta de una carrera profesional y a las condiciones salariales, lo que dejaba el curso para sanitarista de la Facultad de Salud Pública casi siempre vacío. Pero existían cursos intensivos, con el objetivo de formar personal adecuado:

Incluso habiendo aumentado el contingente de alumnos enviados por la Secretaría a partir de 1967, este no superó los 13, luego de seleccionar convenientemente a los candidatos, aunque la capacidad de la Facultad permite hasta 30 alumnos en ese curso. Ha sido irrisorio el número de candidatos a las becas de estudio ofrecidas por la Secretaría a médicos recién egresados que deseen realizar el curso de salud pública. (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 119)

En lo que respecta a las obras, el proyecto de la reforma avanzaba. Como se observa, hubo en períodos anteriores un aumento desequilibrado de centros y puestos de salud en todo el estado, cerca de 1.500 unidades, muchos

establecidos en edificios alquilados, sin las condiciones de infraestructura necesarias para instituciones de salud:

...además de ser inadecuados para la finalidad, pasaron a mostrar, con el correr del tiempo, un estado de conservación precario debido a cláusulas contractuales que no incentivaban a los propietarios a mantener los inmuebles arrendados; otra consecuencia también preocupante eran las acciones de desalojo, que se volvieron numerosas (208 en 1966) cuando la legislación del tipo permitió la recuperación de los inmuebles alquilados. (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 127)

En ese aspecto, en 1967 las obras en curso habrían continuado:

...*grandes unidades sanitarias regionales*: São José do Rio Preto, Bauru, Presidente Prudente, Ribeirão Preto; en la capital, centro de salud de Santa Cecilia; *unidades sanitarias menores*: Olímpia y Taquaritinga; hospitales: Psiquiátrico de Botucatu, General de Sorocaba, Tisiología de Sorocaba, General de Mirandópolis, Cardiología en la capital. (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 128)

En 1968, además del avance de esas obras, comienza la expansión del Programa de Obras y, con ello, la construcción de 13 nuevos edificios para unidades sanitarias, junto con 121 obras de reforma o ampliación de los edificios existentes. El año 1969 sería el punto máximo de la expansión del Programa: al solicitar la devolución de la cuota excedente de la recaudación correspondiente al año 1966, el gobierno del estado permitió que parte de los recursos se destinara a la construcción de centros de salud:

...así, se firmaron convenios entre la Secretaría y las municipalidades interesadas, llegando las contribuciones de estas a cubrir cerca del 17% de las inversiones de ese tipo en el ejercicio. En ese año, se concluyó la construcción de 12 edificios nuevos, incluyendo las grandes unidades regionales de São José do Rio Preto y Presidente Prudente... (Informe de la Secretaría..., 1971, p. 130)

Sobre esa reforma, Mendes-Gonçalves consideró que se llevaba a cabo en el marco del amplio proceso de modernización del Estado brasileño ocurrido con el golpe militar de 1964, centrado, como podemos observar, en la

integración de servicios, en la centralización normativa y en un sistema de información:

...tales características de la reforma de 1967 no implican modificaciones sustanciales en las concepciones sobre el objeto de trabajo, que ya se concebía en su dimensión colectiva en los modelos anteriores, y por lo tanto autorizan poco más que la conclusión de que la reforma constituía, sobre todo, un notable esfuerzo de modernización y racionalización de la Secretaría. (Mendes-Gonçalves, 1986, p. 117)

Yendo más allá, sería de ese diseño reformista que se aplicaría el tercer modelo tecnológico de salud, mediante la introducción de la asistencia médica individual, experiencia vivida por los servicios verticales, pero ahora con una novedad:

...la ampliación de la idea de grupos poblacionales, y no ya para el tratamiento de enfermedades específicas. Dos de esos programas se introdujeron en la época: el Programa de Asistencia a la Niñez y el Programa de Asistencia a la Gestante, incluyendo acciones de asistencia médica individual como medios, como instrumentos de un proyecto de acción más amplio, estructurado sobre la noción de historia natural de las enfermedades. (Mendes-Gonçalves, 1986, p. 118)

Esa asistencia médica individual debe situarse en un plano más amplio, en la crisis económica y dentro del llamado *Milagro Brasileño*, cuando la crisis en la asistencia médica individual privada abría la posibilidad de una nueva dinámica para las instituciones de salud pública, incluso ofreciendo asistencia médica individual a las poblaciones más pobres, sobre todo de los centros urbanos:

...en el caso de la salud pública, esas medidas compensatorias coincidieron con la propuesta internacional de Alma-Ata en 1978, que propuso la extensión de la asistencia primaria a toda la población y la necesidad de expansión del modelo de atención a la salud de bajo costo por el sistema brasileño. El discurso de la salud pública con bajos recursos fue una retórica usada en ese período para justificar la falta de un sistema nacional de salud con asistencia amplia y justa. (Carvalho *et al.*, 2013, p. 13)

La capital paulista en el juego de la verdad, 1974

Según relata Leser en sus memorias, a finales del año 1974, es decir, después de sus cuatro años fuera de la Secretaría, Cerqueira César³ lo habría buscado con un pedido del futuro gobernador de São Paulo, Paulo Egydio Martins: que Leser presentara un estudio sobre la situación de la salud pública en la capital. Él dice:

...decidí, entonces, buscar ayuda en la Facultad de Salud Pública, donde encontré la máxima buena voluntad. Entre varios otros, colaboraron Juarez, Ruy Laurenti, Cid Guimarães, Vitório Barbosa y Evelyn Sá, que había participado en el proyecto de reforma de la Secretaría y ya había pasado al área de salud como asistente de la cátedra de administración de la Facultad. Se realizó un análisis voluminoso y completo de la situación, incluyendo varios indicadores de nivel de salud como, por ejemplo, los indicadores de mortalidad infantil, señalando los factores que la condicionan, con énfasis en lo referente a la deficiencia del abastecimiento de agua tratada. (Leser, 2009a, p. 93)

Impulsado por esos objetivos, el citado Informe daba inicialmente una aclaración fundamental:

...así es que, junto a todas las conquistas en la lucha por la promoción, preservación y recuperación de la salud de la comunidad bajo nuestra jurisdicción, estaremos, respetuosamente, dentro del “juego de verdad”. Aquí alinearemos todas nuestras deficiencias operativas y nuestras limitaciones estructurales, de modo que nuestras dignas autoridades de la Administración Superior puedan conocerlas objetivamente en toda su extensión y, en consecuencia, proporcionarnos los medios indispensables para eliminarlas o reducirlas a niveles tolerables. (Informe de la Secretaría [...], 1971, p. 1)

³ Se trata de Roberto Cerqueira César, secretario de los Negocios Metropolitanos del gobierno del estado en la gestión de Paulo Egydio Martins (1975-1979).

Sobre la ciudad de São Paulo, decía:

...el área cubre 8.055 km² y una población de 10 millones de habitantes. Problemas con la llegada de mano de obra proveniente de otros estados con problemas de enfermedades infecciosas y parasitarias. Contaminación ambiental que resulta en déficits comprometidos de saneamiento básico, condiciones de vivienda y pobreza. En un área programática así, siempre amenazada por los más innumerables agravios al equilibrio de su ecología, sus unidades de promoción y preservación de la salud colectiva, a esta altura, aún no están equipadas con los insumos críticos que exige la magnitud de las tareas que les corresponde realizar, lo que autoriza la conclusión de que han sido subestimadas a través del tiempo. (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 2)

Con respecto al equipamiento tecnológico diseñado por la gestión Leser en 1968, en lo que se refería a la estructuración de las unidades, entre ellas los centros de salud, fue enfático al reportar la paralización de la reforma que se había implementado y el mal estado del equipamiento médico-sanitario estatal, sobre todo por la falta de personal, que sería el epicentro del problema. Dice el Informe de las Actividades Desarrolladas por el Departamento Regional del Gran São Paulo (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, pp. 2-3):

Situación de los centros de salud: en efecto, en sus 183 unidades sanitarias, 80% de ellas ubicadas en edificios precarios alquilados, existe en este momento un déficit de casi 50% de sus médicos consultantes, carencia de alrededor de 30% de sus enfermeras, inexistencia de 46% de sus visitadores, de 30% de sus vehículos y de 25% de sus conductores.

Déficit de personal	No.
Médicos sanitarios	72
Médicos consultantes	241
Dentistas	48
Enfermeras	8
Educadoras	50
Auxiliares de laboratorio	84
Operadores de rayos X	38
Visitadores sanitarios	451
Conductores	109

Ante una maquinaria obsoleta y casi paralizada, el día a día de esa estructura de gestión demostraba que se hacía muy poco, agravando casi todos los cuadros de morbilidad y mortalidad, sobre todo en la capital:

...obsoletismo de los aparatos de rayos X: Otro punto muy importante de estrangulamiento ha sido el estado de obsoletismo de los aparatos de radiografía y abreugrafía de las 23 unidades de fisiología integradas en la red de unidades sanitarias del área. En efecto, dado su ya largo tiempo de vida útil transcurrido, son cada vez más frecuentes las interrupciones de su funcionamiento por averías, con evidente perjuicio para el control epidemiológico de la endemia, que, como lo demostraremos, se está destacando como uno de los daños más activos de la problemática de la salud en el Gran São Paulo. Edificios-Sede del Centro de Salud: de las 183 unidades sanitarias que componen el órgano, apenas 38, o sea, el 20%, están instaladas en edificios construidos por el Estado. En consecuencia, 145 de nuestros centros de salud, es decir, el 80%, continúan alojados en edificios alquilados, siendo importante destacar que tales edificios, por lo general, presentan condiciones precarias y pésimas ubicaciones, lo que los vuelve absolutamente incompatibles con la dignidad de la función pública que allí se ejerce. Un hecho extraño, que nos parece digno de mención, es la constatación de que durante los últimos 4 años apenas se construyó 1 edificio para centro de salud en nuestra capital, mientras que en el interior se construyeron en el mismo período cerca de 150 unidades. Al intentar identificar la causa de tan extraña diferencia de tratamiento, comprobamos que reside en el hecho de que, mientras en el interior las intendencias interesadas ceden los terrenos para las respectivas construcciones, en la capital tales terrenos necesitan ser expropiados por el propio estado, lo que no se ha hecho en la extensión exigida por la necesidad subestimada. (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, pp. 3-4)

Los resultados de las décadas en que la salud pública en São Paulo se debilitaba, evidentes en las tasas de mortalidad infantil, revelaban la punta de un iceberg que denunciaba la situación crítica vivida por la población. En el caso de la capital, según el mismo Relatório (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 5), las epidemias y endemias venían delineando ese cuadro:

...después de prácticamente estacionarse en torno al rango de 60 a 70 por mil nacidos vivos durante varios años, los coeficientes de mortalidad infantil del municipio de la capital comenzaron a deteriorarse

a partir de 1966, culminando en los últimos años, cuando alcanzaron los siguientes valores:

Año	Nacidos vivos (por mil)
1970	89,46
1971	91,73
1972	91,45
1973	92,90

Remataban ese cuadro los datos sobre el saneamiento básico de la ciudad de São Paulo, principalmente el precarísimo abastecimiento de agua:

Datos recolectados por el Censo de 1970 revelaron que apenas el 64% de la población de nuestra capital tenía sus casas conectadas a la red de agua. La misma fuente revela que, por su parte, apenas el 40% de la población estaba servida por la red oficial de desagües, lo que significa que existían, en esa época, cerca de 840.000 pozos negros en torno a la ciudad que contaminaban los presumibles 560.000 pozos de napa freática en pleno funcionamiento. Tal situación, vergonzosa para cualquier comunidad, en los últimos 4 años sufrió una mejora sensible, aunque todavía no satisfactoria para la metrópoli más desarrollada del país. En efecto, datos aún no confirmados atribuyen a la zona en cuestión una cobertura del 70% de la población por la red de agua y del 50% por la de desagüe, hasta ese momento. (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 6)

A ese propósito, se menciona la frecuencia de diarreas infecciosas de transmisión hídrica:

...durante el período en cuestión, continuó en ascenso la frecuencia de casos de las llamadas gastroenteritis de transmisión hídrica. Tratándose de fenómenos derivados de las ya mencionadas malas condiciones de Saneamiento Básico de parte del área programática, solo podrá haber mejora después de la ampliación programada de la red de agua y abastecimiento, de buena calidad y bajo un régimen de caudal constante (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 6)

Entre los varios temas retratados, la meningitis meningocócica era una amenaza aún no resuelta y que fue considerada especialmente en ese Relatório (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 9), por señalar cómo las acciones que habían sido puestas en marcha daban resultados, si no definitivos, positivos:

Mención especial merece la ocurrencia del aumento en el número de casos notificados y confirmados de meningitis meningocócica en el área programática, a partir de abril del presente año. En efecto, al confirmar, por cierto, las previsiones de técnicos de este Departamento, el número esperado de casos de dicha enfermedad, que venía situándose dentro del rango de endemia, a partir de esa fecha asumió características de *ola epidémica*, dentro de la distribución mensual que se detalla a continuación. Durante el período de enero a septiembre del presente año, se notificaron 17.815 casos de meningitis, con la siguiente distribución mensual:

Mes	Notificaciones
Enero	426
Febrero	369
Marzo	443
Abril	573
Mayo	784
Junio	1.090
Julio	3.604
Agosto	4.481
Septiembre	6.044
Total	17.815

El Departamento actuó en varias direcciones: diagnóstico precoz mediante tamizaje en los centros de salud de los barrios, suministro del producto Minomax para la quimioprofilaxis de los contactos y vacunación específica de todos los escolares del área programática, alcanzando cerca de 2 millones de vacunados contra el tipo A y luego contra el tipo C. Con tales medidas, se indicaba que, aun con aumento del número de casos, la tasa de letalidad disminuía:

...a partir de octubre, comenzaron a surgir los primeros indicios de descenso en la incidencia de casos nuevos de meningitis meningocócica en toda el área del Gran São Paulo, todo haciendo creer que, si aún no era el comienzo del fin, ya era el fin del comienzo de nuestra lucha contra la ola epidémica de la enfermedad que venía desgastando el prestigio de las autoridades sanitarias ante la opinión pública. (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 15)

Finalmente, el Relatório reiteraba su intención de propiciar:

...mejor conocimiento de los problemas del área a ser atacados con prioridad, en evidente beneficio de la racionalización de la aplicación de nuestros escasos recursos y del mayor rendimiento de las aún limitadas capacidades operativas de nuestras unidades sanitarias. (Coordenadoria de Saúde da Comunidade..., 1975, p. 15)

Médicos sanitaristas a la vista y la programación que no prosperó, 1975-1979

En 1970, terminado su mandato en la Secretaría y teniendo un lugar en el Laboratorio Fleury, del cual fue uno de los articuladores, Leser reflexiona sobre sus ocupaciones a partir de entonces:

...hice las cuentas y verifiqué que, con mi parte en el alquiler del edificio cuya construcción había participado y con lo que ganaba en la Escuela [Paulista de Medicina] y en la jubilación de la Universidad, tendría lo suficiente para vivir. Con eso, pude dedicar más tiempo a la Escuela, principalmente en la orientación de disertaciones de maestría, tesis de doctorado, de libre docencia y de cátedra; también me interesaban mucho los seminarios de epidemiología especial del tercer año... (Leser, 2009a, p. 90)

Sin embargo, entre finales de 1974 y comienzos de 1975, un giro lo llevó de vuelta a la Secretaría, ahora por intermedio del futuro gobernador del estado. Paulo Egydio Martins lo habría invitado a reasumir la Secretaría, y Leser intentó rechazar. De todos modos, en vano:

...respondí que eso no sería posible, entre otras razones, por mi edad, 65 años, y por haber impuesto ya mucho sacrificio a mi mujer y mis

hijos con mi gran alejamiento durante el gobierno Sodré.  l respondió que la edad no era argumento y que su padre, con más de 70, todavía trabajaba; por eso, no aceptaba la negativa y pedía que lo pensara bien para una nueva entrevista dentro de una semana. (Leser, 2009a, p. 92)

Ante la firmeza de la invitación, el apoyo de amigos y la comprensión familiar, terminó aceptando volver al cargo el 15 de marzo de 1975. El objetivo sería ahora presentar su plan de trabajo y la forma en que esperaba intervenir en la estructura administrativa de los servicios y, principalmente, en la vida de la población paulista, abandonada desde hace tiempo a una estructura aún burocratizada y limitada. En su discurso de toma de posesión, dejó claras sus intenciones:

...en la ardua lucha por el desarrollo, en la que se esfuerzan los pueblos del llamado Tercer Mundo, no es fácil lograr que avancen al mismo ritmo los sectores económico y social, siendo, muy probablemente, necesario que el primero ocupe la delantera. La distancia que existe entre ambos no puede, sin embargo, ampliarse demasiado, sin que se ponga en riesgo la continuidad misma de los progresos de la economía, porque estos exigen, en etapas sucesivas, una calificación cada vez más elevada de los recursos humanos, especialmente en términos de educación y salud. En nuestro país, el ritmo espectacular de crecimiento del sector económico, en la última década, no pudo ser acompañado por el sector social. El creciente distanciamiento ya alcanzó proporciones que requieren acciones decididas del gobierno, con el objetivo de reducirlo. En el II Plan Nacional de Desarrollo, la situación está claramente identificada, definiéndose, para modificarla, metas ambiciosas y líneas de acción que permitan llevarlas a cabo. En el caso específico de São Paulo, los tres equipos encargados, por Su Excelencia el gobernador Paulo Egídio Martins, de realizar el relevamiento en todos los aspectos de las condiciones del Estado, coincidieron en sus informes al señalar el marcado desajuste entre ambos sectores. Así se fundamentaron las prioridades establecidas por Su Excelencia para la actuación gubernamental, figurando entre ellas el sector salud [...]. Hace ocho años, dudó en aceptar invitación idéntica del gobernador Roberto Costa Abreu Sodré, aunque solo pudiera hacer una estimación imperfecta de la magnitud de las dificultades de la tarea a enfrentar. Ahora, con la experiencia proporcionada por los cuatro años durante los

cuales tuve el honor de prestar modesta colaboración al gobernador e ilustre estadista, sobran razones para temer no estar a la altura del cargo, aun mayor. Asumo, en este momento, la Secretaría, recibéndola de manos del Dr. Getúlio Lima Júnior, quien la dirigió con singular dedicación, enfrentando circunstancias y problemas extremadamente difíciles [...] este regreso a la Secretaría aviva aun más la nostalgia de dos grandes colaboradores de la gestión anterior, Victor Homem de Mello y Eça Pires de Mesquita, dos hombres cuya memoria, por la insuperable competencia y la ilimitada devoción al bien público, debemos honrar, intentando seguir el ejemplo que nos dejaron [...] solo me resta agradecer a quienes, con el incentivo de su presencia amiga, me traen a la mente el lema que Oswaldo Cruz legó a todos los que recorrieron los arduos caminos de la Salud Pública: no desfallecer para no desmerecer. (Leser, 1975, pp. 1-3)

Sin embargo, los documentos muestran que, si por un lado se presentó un proyecto de organización de gestión, por otro, gran parte de lo proyectado aún no había salido del papel hasta su segunda gestión, lo que confirma las profundas huellas de la estructura burocrática anterior, así como las condiciones contextuales, que terminaron señalando más desajustes de los esperados, revelando que las acciones reformistas no se desarrollarían en un plano progresivo, legado de los tiempos anteriores. Muy por el contrario, exigirían una visión total de la realidad y la búsqueda de nuevas tecnologías de trabajo, muchas ya diseñadas en su proyecto anterior y otras que debían serlo en ese momento. Y, más que eso, requerirían un nuevo cuerpo de trabajadores de la salud, movimiento que nacería, años después, de las filas de una nueva generación de sanitaristas, casi todos ligados a grupos de izquierda y al proceso de redemocratización del país.

Sin duda, el contexto de ese período exigiría del secretario la habilidad de articular lo que parecía imposible, ya que el gobierno paulista insistía en valerse del uso ilegal de sus atribuciones represivas, mientras el movimiento sanitarista que se organizaba iba en dirección contraria. El año del regreso de Leser a la Secretaría fue el mismo de la muerte de Vladimir Herzog, un símbolo potente en ese momento, pues quienes ocuparían las plazas vacantes en los centros de salud y en las instituciones hospitalarias de São Paulo eran los mismos que se manifestaban por decenas de miles en la Plaza de la Sé por el fin del Estado de excepción, que, de alguna forma, quisiera o no, Leser representaba institucionalmente.

Así fue como la ola democratizadora sopló vientos favorables al sistema implementado, por el momento particular que terminó invadiendo espacios

como el de la Salud Pública, dando un nuevo sentido a la Reforma que había sido técnicamente implementada por Leser y su grupo. Originalmente, esa Reforma tenía un carácter liberal:

...dentro de una política de salud nacional y estatal, que favorecía al sector privado, los datos demuestran el papel de la Secretaría en la transferencia de los recursos públicos, fenómeno que siempre la caracterizó, sobre todo en lo relativo a la asistencia médico-hospitalaria [...] así como concretó la incorporación de los sanitarios, que se incluyen entre los llamados tecnoburócratas de la década de 1970. (Iyda, 1994, p. 133)

Con el tiempo, el movimiento reformista adquirió matices democratizadores, debido a la profundización impulsada por nuevos actores históricos, que fueron moldeando, desde dentro de la estructura del Estado, una perspectiva de base preventivista, pero ya bajo la crítica de la medicina social y de la salud colectiva que se configuraban. Eran tiempos nuevos, que contribuyeron a darle cierto impulso al proyecto idealizado, sin duda, con el apoyo de Leser, quien siempre brindó su amistad y respaldo a un sector democrático y de izquierda dentro y fuera de la academia.

El período de su gestión (1975-1979) se caracteriza por los esfuerzos para responder a las expectativas ya señaladas en informes anteriores, tales como el cambio en los indicadores de mortalidad, principalmente la infantil, en todo el estado, el control de la epidemia de meningitis y la concreción del proyecto de incorporación de profesionales con formación sanitaria para que pudieran asumir cargos en todos los centros e instituciones de salud estatales. Cabe decir que la creación de puestos, principalmente de médicos, sigue siendo una cuestión pendiente, tema que Leser habría señalado como crítico al tratar de la capital. Como respuesta, la Asesoría de Prensa del Gabinete del secretario de Salud redacta un artículo que reafirma el apoyo político que se daría a la nueva gestión. Con el título *El gobierno destina a la salud Cr\$ 1.615.823.880, 69% más que la dotación consignada en 1975 para la mejora y ampliación de la asistencia médico-sanitaria hospitalaria a la población* (Assessoria de Imprensa do Gabinete [...], 1975, p. 2), reconoce como “deficiente cualitativa y cuantitativamente” la asistencia médico-sanitaria en todo el estado, principalmente, claro, en las regiones periféricas de São Paulo y del Gran São Paulo:

...se identificaron las causas de esas deficiencias, destacando entre ellas la que se refiere a la falta de personal. Un primer censo evidenció la existencia de más de 12 mil vacantes, correspondientes a 108

categorías profesionales, entre las cuales más de 900 médicos; es previsible –según el Prof. Walter Leser– que incluso ese número no refleje en su totalidad las reales necesidades. (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, p. 2)

También habría recursos para crear 53 nuevas unidades sanitarias en el municipio de São Paulo, duplicar la asignación para el área de salud mental, desarrollar investigaciones científicas y tecnológicas en el Instituto Butantã y en el Adolfo Lutz, incluyendo 15 publicaciones, resultado de proyectos en el campo de la educación en salud conducidos por el Instituto de Salud. En el campo farmacéutico, la Fundación para Medicamentos Populares (FURP) habría alcanzado plena capacidad de producción, suministrando 43 productos, y Brasvacin–Laboratorio Brasileño de Vacunas S. A.,

...empresa de capital mixto Brasil y Canadá (70% de las acciones pertenecen al Gobierno del Estado), tiene como objetivo principal la preparación de los proyectos del parque industrial, que se localizará en Campinas, además de la transferencia de tecnología para la producción de inmunizantes para uso humano y veterinario que hacen falta en el país. (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, p. 8)

El índice del Informe presentado por la Secretaría señalaba algunos resultados de ese esfuerzo en la reestructuración administrativa, así como en algunas enfermedades que estaban en la agenda desde hacía décadas, como la tuberculosis y la lepra. También dejaba entrever algunos puntos centrales que debían ser destacados: las cuestiones de la infancia, la meningitis, la red de centros de salud y la formación de sanitaristas⁴. Como se observa, la evaluación del período fue positiva, con resultados considerados razonables por la gestión.

⁴ “Índice: Vacunación contra meningitis; atención a gestantes, nodrizas y preescolares; Mortalidad infantil; Coordinación de recursos asistenciales a la infancia; Vacunaciones; Redes de Centros de Salud; Puestos de Atención Sanitaria; Centro de Integración de Actividades Médicas – CIAM; Control de Tuberculosis; Lepra; Fiscalización Sanitaria; Asistencia Hospitalaria; Salud mental; Superintendencia de Control de Endemias – SUCEN; Participación del Instituto Adolfo Lutz en las actividades sanitarias; Instituto de Calidad de Medicamentos; Programa de Control de la Rabia; Investigación Científica; Encefalitis en el Litoral Sur – brote en Peruíbe, Itanhaém y Mongaguá; Caso de Iguape; Cólera; Recursos Humanos; Formación de sanitaristas; Modernización Administrativa; Centro de Información en Salud; Visión de la Legislación Sanitaria; Transferencia de las Actividades de Control de la Contaminación Atmosférica a la Secretaría de Obras; Producción de Vacunas y Medicamentos” (Informe de Actividades..., 1979, p. 1).

Ocho directrices habrían orientado las actividades desarrolladas en ese momento: 1) *continuidad administrativa*, tanto para asegurar el mantenimiento de iniciativas anteriores como para que los cambios en los cuadros dirigentes fueran mínimos; 2) *racionalidad*, que exigía obediencia a la racionalidad técnica y subordinaba la programación a la viabilidad de su ejecución; 3) *sistematización y normalización*, con la sistematización de programas bajo responsabilidad de la Secretaría y la estandarización de procedimientos técnicos y administrativos; 4) *modernización estructural y funcional*, dando continuidad a las acciones implementadas a partir de 1967, sobre todo en órganos como los distritos sanitarios y los centros de salud; 5) *ampliación del cuadro técnico*, principalmente a partir de la estrecha relación con la Facultad de Salud Pública de la USP; 6) *alta prioridad a los programas de asistencia a la infancia y a las gestantes*, con énfasis en suplementación alimentaria y vacunación; 7) *integración de la Red de centros de salud con las municipalidades*, con el objetivo de uniformar programas y normas; y mantener *entendimiento con el Ministerio de Salud, Previsión y Asistencia Social*, con el objetivo de recibir asistencia o prestar colaboración, en caso de ser solicitada (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, pp. 2-4).

Entre los temas enumerados, algunos esclarecen el proyecto en curso. Al principio, respecto a la vacunación contra la meningitis, un asunto que se venía arrastrando desde hacía años, la Secretaría comenzaba a respirar con alivio. El Informe señalaba una acción cumplida en su totalidad, habiendo sido “vacunadas cerca de 19.600.000 personas, en etapas sucesivas que abarcaron todas las regiones del estado. Para una previsión de 20.677.870 habitantes, se aplicaron 19.690.750 vacunas, es decir, se logró la cobertura del 95,2% de la población” (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, pp. 6-7).

Sobre la suplementación nutricional de gestantes y nodrizas, la Secretaría de Salud, en colaboración con las Secretarías de Economía y Planificación, de Educación, de Promoción Social y de Agricultura, diseñó junto al Instituto de Tecnología de los Alimentos un producto industrializado que se llamó Gestal, capaz de proporcionar al grupo indicado entre 350 y 400 calorías y cerca de 10 gramos de proteína por día, contenidas en 100 gramos del producto. De acuerdo con el Informe:

...merece mención especial el número de nutrices atendidas –111 mil – ya que permite admitir que el trabajo educativo desarrollado durante el prenatal, aliado a la seguridad de la recepción de la suplementación alimentaria necesaria para la producción de leche por la nutrición, puede contribuir a restablecer la práctica, largamente abandonada, de la lactancia natural, elemento de comprobada valía para la salud del niño. (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, p. 17)

Paulatinamente, declina la mortalidad infantil, habiendo llegado en el año 1977 a 69,45 por mil habitantes vivos, contra 78,46 por mil en el año 1976. La vacunación cubre al 80% de los niños menores de un año con lo que se llamó inmunización básica: tres dosis de vacuna Sabin, tres dosis de vacuna triple, una de vacuna contra el sarampión, una de vacuna contra la viruela y una de BCG intradérmica. El caso de la poliomielitis merece una observación, ya que, debido a la falta de recursos humanos y materiales, todos empleados contra la meningitis, el número de infectados sube exponencialmente a partir de 1972. Solo en el año 1976 pudo haber un cambio de enfoque, con el control de la meningitis en São Paulo: “desde el inicio de 1976, quedaron evidentes los resultados de este trabajo: en la Gran São Paulo, por ejemplo, el número medio mensual de casos se redujo de 25,5 en 1975 a 8 en 1976” (Assessoria de Imprensa do Gabinete..., 1975, pp. 32-33).

En el tema referente a la formación de sanitarios, destaca el trabajo de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Esto se debe a que la Reforma iniciada por Leser en el año 1967 reúne todas las acciones, programas y organismos de la SES-SP en cuatro coordinaciones: de Salud Comunitaria, de Asistencia Hospitalaria, de Salud Mental y de Servicios Técnicos Especializados (compuesta por los Institutos de Salud, Butantan, Adolfo Lutz y Pasteur), siendo que:

...la coordinación que más espacio y fuerza tuvo en la nueva estructura fue la Coordinación de Salud Comunitaria, ya que abarcó todos los puestos, centros de salud y dispensarios del estado de São Paulo, subdividida en 10 departamentos regionales y 67 distritos sanitarios. Ante estos cambios, la SES-SP necesitaba un gran número de médicos sanitarios para cubrir los diversos cargos recién creados a través de concursos públicos. (Marsiglia, 2006, p. 778)

Tras la Reforma y la Ley de Directrices y Bases, se crearon en Brasil el posgrado *stricto sensu* y *lato sensu*. Con este nuevo concepto de posgrado:

...y atendiendo a la Portaria GR/885, de 25/08/69, que regula el régimen de posgrado de la USP, la Facultad de Salud Pública transformó antiguos cursos de posgrado en el Curso de Salud Pública para Graduados y creó, en el año 1970, el Curso de Maestría y Doctorado, reconocidos por el CFE/MEC el 06/08/1973, conforme al Informe CFE N° 1.266 (DOU 09/10/1973), dando continuidad a lo que venía haciendo. Fue entonces la primera institución en el país en ofrecer la maestría y el doctorado en Salud Pública. (Martins, 1999, p. 9)

La modificación reglamentaria organiza cursos *lato sensu* con duración de seis meses que:

...posibilitaron el llenado de 315 vacantes en el cuadro de médicos sanitarios en el espacio de tres años. Era el llamado Curso Corto, por su semejanza con el Curso de Especialización que en la época tenía un año de duración a tiempo completo. El Curso Corto no era aceptado como requisito previo para la inscripción en el maestría, definiéndose claramente como preparación de profesionales, en su gran mayoría médicos, que serían absorbidos por la red de servicios de salud pública del SES-SP. La especialización daba acceso a la maestría y fue siempre considerada, por los profesores de la FSP, como el buque insignia, nuestro curso, el logo de la Facultad de Salud Pública. (Martins, 1999, p. 9)

Este contexto posibilita que el número de sanitarios aumente sistemáticamente, siendo que, además de los 190 médicos sanitarios existentes a inicios del año 1975, se incorporan a la Secretaría 315 nuevos profesionales en el año 1979.

Los profesores eran aquellos marcados por la experiencia de la Fundación Rockefeller y por la Fundación Servicio Especial de Salud Pública (Sesp), como:

...Rodolfo dos Santos Mascarenhas, José Carlos Seixas, José da Silva Guedes, Edmundo Juarez, Reinaldo Ramos. Sin estos antecedentes, no podría ser concebido ni suceder lo que los autores consideran como el tercer modelo tecnológico de la salud pública paulista: la Programación en Salud, implantada a partir del año 1975. Este modelo se caracterizó, principalmente, por la introducción de la asistencia médica individual en la red de centros de salud, subordinada a la idea de acción programática. En él, la consulta aparece como medio para la realización de objetivos definidos epidemiológicamente sobre el colectivo. Otra novedad: la ampliación de la consulta individual para grupos poblacionales y no solo para el tratamiento de enfermedades específicas. (Silva, 2006, p. 782)

Para que tuviera éxito la estrategia de implantación de la Programación en Salud, los centros de salud (CS) serían fundamentales, no solo porque absorberían gran parte de los sanitarios que estaban siendo formados en ese momento, sino también porque pondría en práctica las nuevas acciones que la Programación preconizaba. Por eso:

...se intentó poner todos los centros de salud de la Secretaría bajo un cronograma de actividades técnicas a corto plazo y simultáneamente realizar todas las alteraciones administrativas necesarias para efectivizar el nuevo formato organizacional proyectado para las unidades. Estas características conformaron un movimiento que involucró intensamente a los CS entre el año 1976 y el año 1978. En estos años, se produjeron todos los documentos y diplomas legales que presentaron modificaciones profundas en las unidades y que vendrían a alterar su perfil de asistencia. (Nemes, 1990, p. 89)

Otro eje que se mostró central en el proyecto reformista de la Programación fue el de ampliar y diversificar la asistencia médica individual de forma universal, lo que venía sucediendo en los CS solo con los no previsionales:

...esas nuevas reglas obligaban a las unidades a abrir las puertas para la demanda como se esperaba. Sin embargo, una nueva regla, creada con objetivos diferentes, sería mucho más importante en el sentido de promover la expansión deseada: la institución de la suplementación alimentaria para todos los niños lactantes matriculados. (Nemes, 1990, p. 91)

Los resultados de ese cambio administrativo y tecnológico de los CS no lograron los resultados esperados en los años siguientes y con la nueva gestión, pues:

...los centros de salud no expandieron el servicio de manera significativa para varios grupos poblacionales, concentrando la parte más relevante de la atención en menores de un año [...] el panorama de enfriamiento en la implementación y limitación en el alcance de la Programación puede entenderse mediante el examen de la situación global de la Secretaría en los años 1978-1982. Todo el período se caracteriza por una situación muy adversa en la asignación de recursos. La disminución de la asignación de fondos acabó por establecer una coyuntura de deterioro en los recursos materiales y de reducción de los recursos humanos de las unidades, lo que se agravó a partir de 1979, con la llegada del nuevo gobierno estatales (Nemes, 1990, pp. 97-98)

Esta situación fue ampliamente divulgada por la prensa, por ejemplo, en el reportaje “Centros de salud no tienen recursos”, que muestra la penuria vivida en diversos puntos del territorio paulista:

...en el valle de Ribeira, en el valle de Paraíba o en la periferia de São Paulo la situación es la misma: la población está carente de asistencia médica. En los centros de salud del estado, la programación general de la Secretaría de Salud está seriamente afectada por la falta crónica de personal y la escasez de material de consumo; no hay jeringas para vacunación, medicamentos e incluso productos de limpieza. Además, los edificios donde funcionan esas unidades sanitarias, casi siempre alquilados y mal instalados, se encuentran en condiciones precarias, poniendo en riesgo la vida de los propios empleados y pacientes que los buscan: “asistimos actualmente a una franca deterioración de la red de centros de salud del estado”, revelaba un informe sobre la situación de los diversos CS, realizado por los propios médicos sanitarios y entregado al secretario Adib Jatene. (*O Estado de S. Paulo*, 3 feb. 1980, p. 18)

En la capital, el panorama era devastador. En dicho informe, según la Asociación de Sanitaristas del Estado, la Zona Este de la ciudad no contaría con médicos en el 72% de los CS. En la Zona Oeste, faltarían un 8% de médicos, un 49% de oficinistas y el 76% no tendrían agentes de saneamiento. De los 206 CS de la Gran São Paulo, 120 no tenían ningún visitador sanitario. Más allá de esto, cuando había médicos, permanecían poco tiempo en el servicio, siendo que, en el distrito sanitario de Penha, que agrupaba 23 CS, el promedio de permanencia en las unidades “no superaría los 90 minutos”, y el CS de Vila Maria sufría un déficit de 719 horas/médico al año. Incluso el mencionado programa de Leser para la nutrición de gestantes y mujeres en periodo de lactancia colapsaría en varios centros, además de la vacunación contra la poliomielitis, que desde hacía tiempo no cumplía con el programa articulado por la Reforma. En fin, a través de la presentación de este caótico panorama en el informe, los sanitarios, que cada vez eran más excluidos de los procesos decisionales de planificación y gestión, solicitaban mayores inversiones y la construcción de edificios para aquellos que trabajaban en condiciones precarias, así como para nuevos CS (*O Estado de S. Paulo*, 3 feb. 1980, p. 18).

En un panorama de la administración pública en el estado de São Paulo en 1978, los recursos institucionales para resolver las demandas de recursos humanos permanecen como los identificados en 1967, al inicio de la gestión

de Leser, lo que revela que los problemas no son solo externos a la Secretaría, sino que involucran su propia administración, siendo los más graves:

[Falta de] claridad en el régimen jurídico de los servidores, adecuación del sistema previsional, ausencia de un esquema de previsión del número de descripción de las atribuciones de los cargos, mantenimiento de la exigencia de medidas legislativas para componer los cuadros de personal que tengan legalmente la condición de agentes del Estado, es decir, que sean funcionarios públicos, ausencia de acción para operacionalizar las medidas legislativas ya decretadas, ausencia de mecanismos y canales para resolver los conflictos y problemas de los servidores públicos, etc. (Castro Sá, 1978, pp. 48-49)

Evidentemente, este contexto afectó a la población de diversas formas. A modo de ejemplo, en el año 1979, la poliomielitis habría aumentado un 47,7% debido a la vacunación fallida, principalmente en la periferia de la capital. Según divulgó la prensa, “la causa principal de esta incidencia está en una falla de la vacunación, que no alcanza los puntos más necesitados y propensos al surgimiento de la enfermedad – las regiones marginadas, como la periferia de la Gran São Paulo” (*O Estado de S. Paulo*, 2 abr. 1980, p. 16). Si realmente son ciertos, los números presentados podrían entenderse dentro de las campañas contra la poliomielitis que se realizaban, demostrando la desorganización del sistema.

En junio de 1980, en el artículo *Faltan vacunas en la campaña contra la poliomielitis*, el periódico vuelve a repasar sus causas, e informa de inmediato que:

...el coordinador de suministros de la Secretaría de Salud del Estado, Dario Lascala, aseguró ayer que se distribuyeron anticipadamente seis millones de dosis de la vacuna Sabin y se mostró “sorprendido” al saber que en la mayoría de los puestos de vacunación de la Capital, desde las 10 horas de la mañana, ya no había más vacuna para atender a la población. (*O Estado de S. Paulo*, 15 jun. 1980, p. 28)

Luego, se identificaron algunos puntos de la ciudad en los que el problema estaría presente, como en Vila Prudente, donde el presidente de la organización comunitaria Sociedad Orden y Progreso, responsable de la divulgación y organización de la población local en torno a la vacunación, habría informado: “el número de niños entre cero y 14 años llega a cuatro mil, para un total de 1.100 familias. Sin embargo, solo se aplicaron 1.300 dosis en niños de todas las edades, jóvenes y adultos” (*O Estado de S. Paulo*, 15 jun. 1980, p. 28).

Si el número parece pequeño, se trataba de la falta de información y esclarecimiento de la población, ya que se vacunaron niños mayores de 5 años, incluidos jóvenes y adultos. Tal vez, esta sea otra explicación para la sorpresa de la Secretaría por la falta de material vacunal.

El año 1987 es paradigmático, señalando una nueva crisis en la salud pública paulista, en gran medida relacionada, por un lado, con el fin de la propuesta de la Programación y, por otro, cuestionando una parte de la base de la salud colectiva representada por sus trabajadores y, entre ellos, los médicos sanitarios. Tal contexto contrasta con un movimiento que ocurre a nivel nacional: un cambio de carácter democrático en Brasil, que indica nuevas y viejas dificultades para enfrentar regionalmente, con resultados imprevisibles en un nuevo Sistema Único de Salud. La primera noticia en la prensa paulista anuncia en el titular que “Todos tendrán acceso a la salud con el nuevo sistema” e informa que:

...el nuevo sistema unificado de salud, anunciado ayer por el ministro de la Seguridad Social, Raphael de Almeida Magalhães, prevé que todo brasileño tendrá garantía de acceso a los servicios de salud, sin ninguna discriminación de naturaleza económica, geográfica o burocrático-institucional. El anuncio se hizo al final de la 1ª Semana del Inamps, con la presencia de ocho ministros, secretarios estatales y municipales de salud y médicos sanitarios. La implantación del servicio único de salud es una demanda de los sanitarios y prevé la integración de todos los servicios de prevención, rehabilitación y curativos en un nuevo Ministerio de Salud. El Inamps deberá desaparecer, pasando a integrarse en la Secretaría de Servicios médicos de la Seguridad Social. La ejecución de los servicios quedará a cargo de los estados y municipios... (*O Estado de S. Paulo*, 22 mayo 1987, p. 9)

Meses después de la presencia aparentemente efusiva de los sanitarios en el centro del poder, otra noticia sobre la salud paulista muestra, paradójicamente, el título “Salud despidió a 97 médicos sanitarios”, y dice que:

...la destitución de 97 médicos sanitarios de los cargos de jefatura de los centros de salud de la Gran São Paulo provocó un día tenso ayer en la Secretaría de Salud. Aproximadamente 400 empleados permanecieron reunidos en el auditorio del edificio de la Secretaría, en la Avenida Dr. Arnaldo, a la espera de una explicación del secretario José Aristodemo Pinotti. Él asegura que las destituciones no son una forma de castigo por la participación en la huelga del sector, sino

una medida administrativa porque los médicos, ocupando cargos de confianza, desobedecieron la orden de sus superiores jerárquicos y se negaron a descontar el salario de los empleados huelguistas. La huelga de los empleados llega hoy a su día 14. (*O Estado de S. Paulo*, 24 nov. 1987, p. 11)

Finalmente, el 5 de diciembre la Asociación de Médicos Sanitaristas emite una nota hablando del fin de la huelga, del alejamiento de 102 médicos sanitarios de sus cargos, del fin de la carrera y, por último, de una medida para aquellos que quedarían en el sistema, dejando bastante claro que ese sería el fin de una historia que se venía construyendo hasta ese momento. Eran tiempos de redemocratización, pero con un pasado histórico de lo que São Paulo siempre representó: un lugar político, social y cultural poco afín a la democracia y al derecho, donde el autoritarismo socialmente implantado fue y es la marca principal. Por eso no resulta extraño el relato sobre lo que estaría sucediendo con esos trabajadores de la salud:

...trasladó a 53 médicos sanitarios a los lugares más lejanos posibles de sus antiguos centros de salud y de sus viviendas, en una actitud de represión a la organización y de represalia incluso personal en la vida de cada empleado nunca vista en la Secretaría de Salud, ni siquiera durante el régimen militar. (*O Estado de S. Paulo*, 5 dic. 1987, p. 37)

Memorias de y sobre la gestión

El regionalismo en debate: deconstruyendo el paulistanismo médico-sanitario

Una historia de la salud colectiva en São Paulo exige el cuidado de evitar una interpretación que corrobore la historia mítica de la ciudad, que induce la construcción de la paulistanidad, una visión elitista que niega las contradicciones y borra las incongruencias y, en su lugar, representa un fragmento armónico, progresista y democrático de Brasil, con un pueblo moderado y siempre asistido por sus “avanzadas” instituciones médicas y de salud. Muy por el contrario, lo que se observa son saltos tecnológicos en los campos médico y de salud pública médica, pero de manera elevada, dejando, en varios momentos, a parte de la población abandonada a las enfermedades

y epidemias, mostrando que existe y no existe relación entre las partes, pues todo depende de las circunstancias históricas vividas.

La construcción del campo de la salud colectiva paulista requiere ese mismo cuidado en la interpretación, alejándose de una narrativa oficial que habla de un grupo capaz de instituir de forma armoniosa una nueva manera de mirar lo social desde las lentes médicas y de la salud, y dando cuenta de los sobresaltos de los contextos dictatoriales, formulando en conjunto soluciones para los males que afligen a la población. Si las intenciones eran legítimas en ese sentido, como atestiguan los documentos, eso no significa que se hayan concretado en la realidad de los hechos y de los contextos, planteando al presente una pregunta: si todo era tan seguro, ¿por qué algo salió mal? Una vez más, acudimos a las memorias, siempre capaces de iluminar ese recuerdo.

Poniendo en marcha: experiencias de la gestión en salud en la Reforma Leser

Los estudios históricos sobre la organización tecnológica en salud en el estado de São Paulo, sobre todo en las primeras décadas del republicanismo, presentan un proyecto independiente del gobierno federal, es decir, existe una articulación entre el desarrollo del capitalismo agrario y sus instituciones médico-sanitarias con el fin de garantizar la expansión de la producción de café por los sertones paulistas, a partir de la llegada de una mano de obra fundamentalmente inmigrante. Ese objetivo orientó la creación de un Código Sanitario, instituciones científicas y una nascente red de servicios rurales y urbanos. En ese sentido, Hochman presenta una perspectiva de interacción de ese proyecto con el conjunto nacional, o sea, a partir de la respuesta paulista, existe una integración con los estados brasileños:

...el impacto positivo de la construcción de una red de centros de investigación y producción en salud pública, por parte del gobierno paulista, los cuales comenzaron a colaborar con los servicios sanitarios federales, formando una base científica que podría garantizar la independencia y la eficacia de los servicios estatales. (Hochman, 1998, p. 217)

La experiencia resultó fructífera sobre todo por la participación de sus agentes en la máquina del Estado federal, contribuyendo con tecnologías que se implementaban en el estado de São Paulo, configurando una respuesta a un Brasil que busca modernizar sus bases de salud pública y de servicios

médicos, pero también concretando una visión de salud pública regional, cuestión fundamental, dado que sus agentes hablan sobre lo nacional desde una visión y unos intereses regionales.

La Reforma de Walter Leser adquiere esa dimensión a partir de las experiencias que se emprenden en su gestión, con mayor o menor impacto según su innovación y las posibilidades de éxito, contribuyendo a que se pudiera pensar, en ciertas áreas y dimensiones, en un sistema de salud nacional. Esa es la visión de Pedro Dimitrov⁵, por su experiencia en la Secretaría de Salud en ese período:

Los servicios en São Paulo eran como en el gobierno federal, en esa época, en Río, y como en otros estados: eran servicios verticalizados por patologías, y lo que hizo Leser fue un movimiento importante, tomar todos los servicios verticalizados que prestaban servicio a la población y reunirlos bajo un único mando, en un solo lugar. Es decir, el centro de salud se convirtió en un centro de salud real, y no en un departamento de salud infantil que solo atendía a los niños, departamento de lepra que solo atendía la lepra, tuberculosis que solo atendía la tuberculosis, y así sucesivamente. Entonces, la Reforma Leser en São Paulo fue revolucionaria para su época. Porque él reunió a todos esos caciques, todos esos dueños de partes del cuidado en asistencia médica, que hacían salud pública, en cierto sentido, pero muy alineados con la asistencia médica, juntó todos esos servicios y regionalizó la Secretaría. Así, en realidad, descentralizó la Secretaría en regiones, distritos de salud y unidades básicas de salud. Fue el primer movimiento fuerte de descentralización en ese sentido. En ese tiempo, era lo más moderno que se tenía, por decirlo así, entre comillas. Discutió mucho la cuestión de descentralizar la operación del sistema y mantener cierta normatización para que fuera más o menos uniforme en todo el estado. En realidad, toda la discusión era esta: descentralizabas la ejecución, pero mantenías la centralización de las normas, de las normas técnicas y todo lo demás. Convenció a esas personas más poderosas, de varias áreas, de que dejarían de tener el mando de los servicios, pero

⁵ Pedro Dimitrov es médico sanitarista, graduado en medicina por la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de Botucatu en 1971, con especialización en Salud Pública y en Medicina del Trabajo (1973), especialización en Planificación del Sector Salud (1975), maestría en Salud Pública (1976) y doctorado (1984) con la tesis *Estudio de la evolución del Instituto Butantan a través de la aplicación de la técnica de programación del sector público*, siempre por la USP. Actualmente, es médico sanitarista de la Secretaría Estatal de Salud de São Paulo y de la Secretaría Municipal de Salud. También es consultor de la Fundación para el Desarrollo Administrativo y funcionario de la Universidad Federal de São Paulo, donde ejerce como profesor colaborador desde el año 1996.

mantendrían el mando de la política que se implantaría en cada servicio, en cada actividad, en el sentido de que ellos conservarían las normas. Y esas normas técnicas serían elaboradas por el Departamento de Normas Técnicas (DTN) de la Secretaría, y todas esas personas, en lugar de ser ubicadas en el Departamento, que hubiera resultado algo desordenado, creó un Instituto de Salud. Allí, Eurivaldo [Sampaio de Almeida] fue coordinador de Salud de la Comunidad, y yo fui al Instituto de Investigación, junto con [Otávio] Mercadante. Mi cargo era en la CSTE (Coordinación de Servicios Técnicos Especializados), pero permanecía todo el tiempo entre Leser y Mercadante, realizando ambas tareas. Tanto es así que, en mi propia formación, hice el curso de salud pública, y al mismo tiempo cursé el de medicina del trabajo, el primero y el segundo curso de medicina del trabajo, que se realizó en Salud Pública. (Dimitrov, 2015, pp. 6-7)

Entre las coordinaciones de la Secretaría de Salud, la llamada Coordinación de Salud de la Comunidad puede considerarse una de las que mayor impacto tuvo, tanto desde el punto de vista del modelo tecnológico aplicado en ese momento, con resultados positivos bastante inmediatos, como desde el punto de vista de la atención primaria en salud y la descentralización de la asistencia. Este es uno de los puntos centrales de las memorias de Eurivaldo Sampaio de Almeida⁶, responsable de la dirección de las acciones emprendidas por esa Coordinación:

...comenzamos a formular ese programa y realizamos algo concreto, que fue crear centros de salud integrados; no integrar áreas físicas, sino integrar en el sentido de la asistencia, de la atención integrada de salud. Eso hoy puede tener otro nombre, pero en el fondo era eso mismo. A partir de allí aplicamos algunas estrategias. La estrategia fueron los programas que optamos por hacer: programa de atención al adulto, programa de atención al niño y

⁶ Eurivaldo Sampaio de Almeida es médico sanitarista y profesor titular de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, donde enseñó entre 1975 y 2009, cuando se jubiló. Posee título en medicina por la Universidad de Pará (1963), especialización en el III Curso de Especialización en Planificación del SET por la USP (1970) y doctorado en Salud Pública por la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de Botucatu (1974), con la tesis *Enfoque sistémico como base de la planificación en salud - aplicación en una región brasileña*. Fue coordinador de la pasantía rural del curso de medicina de la Facultad de Medicina Federal de Pará, en la Unidad Sanitaria de la Fundación SESP/MS, en el municipio de Castanhal (1965-68), coordinador de Salud Comunitaria de la Coordinación de Salud Comunitaria de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo (1975-77) y profesor de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas de Botucatu (1968-76).

programa de atención a la gestante. Hasta hoy, si se conversa con gente que estuvo allí, enfrentando el problema en esa época, crítica, en teoría, dice que era algo limitado, por ser persona en vez de ser la mujer, la gestante, pero la mujer estaba en el adulto y en el niño, y la mortalidad materna era muy alta en esa época, muy alta. Entonces, tenemos una primera etapa: destacar a la gestante como un programa. Pero ya pensando en luego integrar en la concepción, que era poder hacer una atención a la salud bajo varios enfoques. Hicimos el siguiente enfoque: atención a la población. ¿Cómo podemos, desde el punto de vista de las necesidades de salud o de las patologías, cómo podemos... vamos a conformar el adulto y el niño? Y tomamos la siguiente decisión: todo evento de salud, todo daño que requiriera una actuación sistematizada, que hoy podría llamarse protocolo, o el nombre que tuviera, pero toda intervención sistematizada, que era lo que debía existir, sería un subprograma. Justamente para no perder la concepción, que era atención integral al individuo. Era atención integral. Por ejemplo, creamos el subprograma de tuberculosis, y ese subprograma de tuberculosis tuvo un impacto, un desarrollo. Primero, fue una de las primeras descentralizaciones de la asistencia que hubo en el estado de São Paulo en términos de atención primaria. (Almeida, 2015, pp. 11-12)

Y es en esa interacción entre lo nacional y lo regional que encontramos, en la década de 1970, una vez más, una pléyade de médicos paulistas involucrados en el gobierno dictatorial, dirigiendo la máquina pública de salud en el sentido de la modernización, contribución fundamental para las décadas siguientes, cuando la reforma sanitaria también involucra ese debate. Poco conocido o mencionado, ese hecho es recordado por Rita Barradas Barata⁷:

...el gobierno de Geisel fue el único en que el mismo ministro de Salud permaneció cuatro años. Paulo de Almeida Machado fue el primer ministro en la historia del Ministerio que duró cuatro años, y [José Carlos] Seixas era el secretario adjunto, lo que hoy sería la secretaría ejecutiva, es decir, era

⁷ Rita Barradas Barata se graduó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo en 1975. En 1985, en el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, defendió la tesis titulada *Epidemia de enfermedad meningocócica en la ciudad de São Paulo, 1970-1977*, y en 1993, en el mismo departamento, la tesis *El conocimiento epidemiológico en la organización tecnológica del control de la malaria en São Paulo*. Presidió Abrasco entre 1997 y 2000 y actualmente es profesora adjunta de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo y profesora visitante del Instituto de Salud Juan Lazarte, de la Universidad Nacional de Rosario, en Argentina.

el segundo después del ministro. Edmundo Juárez⁸ estuvo a cargo de toda el área que hoy correspondería al Servicio de Vigilancia Sanitaria. En ese momento ocurrieron muchas cosas en el ámbito de lo que era la salud pública convencional, porque la asistencia médica no estaba en el Ministerio de Salud. Por ejemplo, asuntos que parecen menores pero que son fundamentales tanto para el desarrollo del campo como para el país: la estandarización del certificado de defunción. Edmundo Juárez lo realizó, no existía un certificado de defunción estandarizado hasta esa época. Imagínese eso para la constitución de los sistemas de información, que hoy son elementos básicos para desarrollar investigación. No existía. La aprobación de la ley de vigilancia epidemiológica fue igual. La institucionalización del Programa Nacional de Inmunización es todo de ese momento. Es decir, se podría decir que fue durante la dictadura, pero hubo un avance desde el punto de vista organizacional, con la incorporación de ese grupo, de los sanitaristas de São Paulo, al Ministerio de Salud, llevando una experiencia que, de alguna forma, ya existía aquí, porque ya la teníamos. El programa de inmunización, Leser comenzó a fines de la década de 1960. Vigilancia Epidemiológica, SIS, ya existía en São Paulo, fue un modelo. Y esas personas, al llegar allí, llevaron de alguna forma esa experiencia de los servicios, no solo de la academia, sino de los servicios que aquí en São Paulo ya estaban... (Barata, 2014, p. 15)

Médicos sanitaristas: los límites desde siempre

Un punto destacado de la experiencia paulista en torno a los temas de salud es la creación de la carrera de médico sanitarista, en 1967, su consolidación en 1975 y su extinción en 1987, un espacio temporal corto, pero efectivo para un tipo de trabajo bastante particular. Sin embargo, su incorporación a la administración de salud nunca fue armoniosa, sino, al contrario, siempre en un marco de adversidades, como indican los propios trabajadores, por ejemplo, en el 1º Encuentro de Médicos Sanitaristas del Estado de São Paulo, en 1978, aún bajo la administración de Walter Leser. Ese informe expone un conjunto de dificultades que configura un distanciamiento entre los objetivos trazados para sus actividades, principalmente de los planificadores de salud y

⁸ Edmundo Juárez (1928-1997) fue médico sanitarista, profesor titular de epidemiología de la FSP-USP, responsable por la institucionalización del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud, en 1975.

del contacto con la comunidad, con un alcance bastante inferior al esperado. Entre ellas, se destacan:

...sobrecarga del trabajo de atención clínica a la población en detrimento del trabajo de planificación en salud y de las decisiones de esa planificación; mala utilización de los médicos sanitaristas a nivel local en el papel de planificadores, quedando para esos médicos sanitaristas un mero papel ejecutivo de las programaciones; falta de recursos humanos y falta de motivación del personal existente (baja remuneración y bajo entrenamiento); desnaturalización de los médicos sanitaristas como planificadores, sin lograr caracterizarlos como otro tipo de profesional médico (por ejemplo, clínico), con la consecuente descalificación como profesional; en relación con la comunidad, se señaló la limitación de la actuación en la comunidad, en la resolución de los problemas de salud, dada por la falta de coordinación entre la red de la Secretaría y otras redes de prestación de servicios de salud de cada área. De esto resulta la dificultad para derivar a los pacientes a otras instituciones de atención local. (Conclusões dos..., 1978, pp. 2-3)

Si ya se venía sufriendo tal desfiguración, según los propios profesionales, esta se profundiza con la llegada de otras administraciones que, incluso siendo aliadas de los médicos sanitaristas, se ven presionadas por las nuevas coyunturas, conforme relata el médico sanitarista José Carlos Seixas⁹:

La presión política para sacar a los directores de los centros de salud fue violenta, aun más en la euforia de la redemocratización: yo, intendente, hago y deshago, y hay que atender al partido. Y fue una lucha, João Yunes¹⁰ corria para resolver parte de las disputas políticas, buscaba algún lugar para poner

⁹ José Carlos Seixas es médico por la FMUSP en 1963 y doctor en salud pública por la FSP-USP en 1972, donde da clases desde 1964. Doctor en Planificación en Salud por el Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes), de la OPS, en Chile, fue secretario ejecutivo y secretario general del Ministerio de Salud en la gestión de los ministros Paulo de Almeida Machado (1974-1979) y Adib Jatene (1996-1998). En São Paulo, fue secretario de Vivienda en el gobierno de Franco Montoro (1983-1987) y secretario adjunto de Salud en el gobierno de Mário Covas, entre 2000 y 2001.

¹⁰ João Yunes (1936-2002) fue médico sanitarista por la FMUSP en 1963. En 1974, se graduó como administrador hospitalario por la FSP-USP, donde fue profesor titular desde 1985. Fue secretario de Salud en el gobierno Montoro (1983-1987) y secretario nacional de Políticas de Salud (1998-2000).

a alguien que estaba aquí y se iba para allá, entonces liberaba aquí y ponía a alguien [...] como no había muchos sanitaristas, no se abrió concurso, se llenaba con cualquier improvisado, o se ofrecía a otro sanitarista que era aceptado. Y nuestra desgracia fue que la mayoría de los sanitaristas se volvió petista, y perdieron las elecciones, ganó el PMDB, con una “gran conciencia de la promoción del bien común”, y entonces empezó la destrucción de la carrera. Y eso llegamos a sentir y ver, que habíamos cometido una tontería, porque debimos crear exigencias para esta profesionalización y no vincular el cargo a la carrera. (Seixas, s/f, p. 25)

Departamentos de Medicina Preventiva y Social: el distanciamiento creativo

En la década del 1970, hay un esfuerzo con los llamados encuentros de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social en varios puntos del estado en el sentido de reunir personas e ideas para dar cierta unidad al pensamiento entre las escuelas médicas estatales. Por los vestigios encontrados, persiste desde siempre una dificultad para definir qué sería la medicina preventiva y cuáles serían sus objetivos, tema bastante central pero ya muy indicativo de las diferencias institucionales. En ese sentido, los encuentros estuvieron marcados por el tema de la enseñanza, terreno más pacificado en sus propósitos, además de su relevancia para las instituciones médicas.

Esta fue la tónica de la X Reunión de Docentes de Medicina Preventiva del Estado de São Paulo, en 1973, realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa. Decía el documento sobre el temario del Encuentro en torno a la integración de las disciplinas de Medicina Preventiva, así como de sus departamentos:

...este tema ya había sido abordado antes, principalmente en la VII Reunión, de 1970, en la Facultad de Medicina de la USP, cuando se discutieron “los objetivos de la enseñanza en medicina preventiva”. En esa ocasión, se pudieron constatar divergencias entre esas escuelas respecto de la definición del propio campo de la medicina preventiva y, en consecuencia, de sus objetivos. Sin embargo, no solo en esa Reunión, sino también en las siguientes, se percibió que había consenso general sobre los siguientes aspectos: la enseñanza de medicina preventiva debe estar integrada con la enseñanza de otras disciplinas; se debe evitar que los Departamentos de Medicina

Preventiva desarrollen en exceso actividades médico-asistenciales y didácticas al punto de hipertrofiarse, convirtiéndose en casi facultades aparte; se debe contar de forma progresiva con docentes de otras disciplinas del curso médico que tengan su práctica profesional y didáctica con un enfoque preventivo y social. Por lo tanto, se puede afirmar que, para la medicina preventiva, la *integración es una meta común* a todos los departamentos y su metodología de enseñanza es considerada *fundamental*. En la Reunión de 1972, en Marília, los docentes presentes eligieron este tema como el más importante en ese momento, para ser discutido. (Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, 1973, p. 1)

En la década de 1980 ya no se realizan esos encuentros, y el inevitable distanciamiento representó una novedad: se forma una fuente creativa de diferentes ideas, personajes y prácticas de salud en las instituciones y realidades locales, con experiencias académicas y de servicios innovadoras. Por otro lado, se observan algunas divisiones, disputas y extrañamientos teóricos y conceptuales fácilmente identificables en la producción alrededor de los temas que conforman esas experiencias. La médica sanitarista y directora del Instituto de Salud Luiza Sterman Heimann¹ recuerda:

...así prevalece una demarcación de territorio, una convivencia que no creó una unidad. Entonces, usted tiene: el personal de la Paulista es una cosa, la USP es otra, la USP Ribeirão es otra, otra es Botucatu, São Carlos es otra, Marília es otra. No existe una unidad de los departamentos de preventiva. Se intentó, a través del Instituto mismo, ver si se podía unificar, tener algo común mediante los centros de salud escuela, que era un bloque de realización de las prácticas formuladas en los departamentos. No fue posible: se reproduce esta misma situación. Y entonces, como la demanda es grande, porque la red se amplió mucho, la complejidad de la gestión aumentó mucho, empezó a haber una demanda grande de los departamentos para asesorar los diferentes proyectos, porque, imagine, solo en São Paulo, son 645 municipios, más el Ministerio de Salud, más los niveles

¹ Luiza Sterman Heimann es médica por la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo en 1973, master en Salud Pública por la Harvard University en 1978, con maestría en Medicina Preventiva por el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP en 1984 con el título *Estudio crítico de las intervenciones nutricionales: análisis preliminar*.

regionales de gestión. [...] hubo una gran transición entre el personal de los departamentos de preventiva hacia la gestión, y cada uno empezó a buscar consolidar su propio espacio. Cuando empezó, entonces, a llegar dinero para apoyar la formación, la situación empeoró aun más. (Heimann, 2005, pp. 10-11)



Capítulo 3

Los primeros tiempos del Departamento de Medicina Preventiva: Contribución al pensamiento de la salud colectiva (1960-1980)

Cuando la Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo, bajo la responsabilidad de Arnaldo Vieira de Carvalho, estableció un contrato con la Fundación Rockefeller, se preveía un Departamento de Higiene. A partir de 1926, ese órgano se separó de la Facultad, obteniendo autonomía con la Ley 2108. Surgió así el Instituto de Higiene de São Paulo, que desde entonces se gestionó a sí mismo, transformándose en 1945 en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (Marinho, 2003, p. 60). Por decisión de Geraldo de Paula Souza, la cátedra de Higiene quedó vacante entre 1945 y 1967, cuando la enseñanza a los alumnos de la Facultad de Medicina fue impartida por uno de sus departamentos. Al final de esos más de dos decenios, se constató que el programa de Medicina Preventiva, implantado en la década de 1950, debido a dificultades de diversas naturalezas, se había reducido a las dimensiones de los programas de higiene de la época, con dos o tres clases magistrales, en general los fines de semana (Silva, 2002, p. 24).

Fue en ese contexto que, siguiendo el parecer del Consejo Técnico-Administrativo (CTA) de la Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), la Congregación de la Facultad aprobó, el 2 de marzo de 1964, la creación de diversos departamentos y sus respectivas cátedras, siendo una de ellas “el Departamento de Higiene y Medicina Preventiva, con las disciplinas de 1) Higiene y 2) Medicina Preventiva, Bioestadística y Medicina del Trabajo” (Ata, 2 mar. 1964, p. 17). En sesión del 9 de abril de 1965, el Consejo Universitario aprobó la creación del Departamento de Higiene y Medicina Preventiva (Ata, 9 abr. 1965, p. 90) y, en sesión del 21 de mayo, en la presentación del nuevo Reglamento de la FMUSP, constó oficialmente como Vigésima

Cátedra de la Facultad de Medicina la de Higiene y Medicina Preventiva” (Ata, 21 may. 1965, p. 96). Superada esta etapa, se comenzó a discutir el concurso para proveer el cargo de profesor titular:

...respecto a la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva, el pleno se dividió en dos opiniones. Una de quienes consideraban que debía ser provista por contrato y otra de quienes indicaban como más conveniente el concurso de méritos y exámenes. El asunto fue ampliamente debatido, presentando el Prof. Luiz Venere Décourt una propuesta favorable al contrato que, puesta a votación, fue rechazada por 9 votos contra 7, debiendo por lo tanto realizarse el concurso de méritos y exámenes. (Ata, 22 jun. 1965, p. 105)

Así pues, entre los días 10 y 15 de abril de 1967, se realizó el concurso para catedrático de Higiene y Medicina Preventiva. El dictamen final indicó por unanimidad el nombre de "Guilherme Rodrigues da Silva" para la cátedra y otorgó el título de libre docente a Donald Wilson y Wanderley Nogueira da Silva (Ata, 17 abr. 1967, p. 182). Además de organizar esta cátedra, se amplió el grupo de profesores e investigadores del Departamento, solicitándose en 1969 la contratación de Maria Cecília Donnangelo y, entre 1970 y 1974, también las de Luci Moreira da Silva, Moisés Goldbaum, Julio Litvoc, José Maria Marlet Pareta, Amélia Cohn, Ricardo Lafetá Novaes, Eleutério Rodriguez Neto (nombre vetado por la Rectoría de la USP debido a su militancia política) y Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (Ata, 1970, pp. 2-6).

En 1972, Naim Sauaia se trasladó del Departamento de Clínica Médica al de Preventiva. El médico trabajaba con estadística y bioestadística y, según él:

...fue a través de la Estadística que encontré el Departamento de Medicina Preventiva de la USP. Los estrechos lazos afectivos y de respeto que me unían al profesor Wanderley Nogueira da Silva me pusieron a su lado en varias iniciativas dirigidas por él: inicio de las actividades de la Facultad de Medicina del ABC, participación en la constitución de la Facultad de Ciencias Médicas de Santos y el concurso para la nueva Cátedra de Medicina Preventiva. No habiendo tenido éxito, el profesor Wanderley fue invitado por el Profesor Guilherme Rodrigues da Silva a colaborar con la reorganización de las actividades de enseñanza e investigación de lo que, con la reforma universitaria, llegaría a ser el actual Departamento de Medicina Preventiva. (Sauaia, 1995, p. 6)

Entre el 13 y el 17 de febrero de 1976, se realizó un concurso para diez profesores asistentes, siendo aprobados en su mayoría los candidatos que ya venían trabajando en el Departamento en otras funciones. Fueron ellos: Euclides Ayres de Castilho, Amélia Cohn, Diana Reiko T. Oya, Luci Moreira da Silva, José María Marlet Pareta, Marcília de Araújo Medrado Faria, Edith Seligman da Silva, Clóvis Kiomitsu Takiguti, Rubens José Lara Nunes y Affonso Renato Meira. Como había dos vacantes y la necesidad de cubrir dos áreas importantes del departamento —Medicina Comunitaria y Ciencias Sociales—, se propusieron los nombres de Lilia Blima Martins Carneiro³, Hillegonda Maria Dutilh Novaes y Nelson Bedin; según los registros, se decidió por la indicación inmediata de los dos primeros nombres (Ayres & Mota, 2012).

La explicación formal y oficial para la creación del Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP tiene lineamientos históricos de diversos matices. Tomamos aquí algunos de ellos para problematizar esa creación y, al mismo tiempo, identificar el movimiento de consolidación del Departamento, entre rupturas y permanencias, siempre en la complejidad de los contextos. El primero es la relación de la medicina con temas políticos y sociales, cuestión que no nace con este Departamento, pero que fue tratada en otro grupo, anterior, causando la primera gran división institucional cuando los profesores del nuevo departamento la retomaron: observar al individuo más allá de su dimensión biológica, desde una perspectiva multicausal, teniendo la formación social de las poblaciones como uno de los ejes explicativos del proceso salud-enfermedad.

El Departamento de Medicina Preventiva: entre marchas y contramarchas

Samuel Barnsley Pessoa: repercusiones de lo social en la FMUSP

El área de Parasitología, dirigida por el médico y profesor Samuel Barnsley Pessoa desde el año 1930, traía en sus interpretaciones muchas de las contradicciones sociopolíticas que envolvían el fenómeno del enfermar. Su

³ Se trata de la profesora Dra. Lilia Blima Schraiber.

trayectoria internacional⁴, reconocida desde temprano, le permitió que, poco a poco, fuera construyendo un campo de estudio e investigación mediado por cuestiones médicas, políticas y partidarias, con fuerte influencia del Partido Comunista, al que estaba afiliado:

...la originalidad de Samuel Pessoa también radicaba en su lectura sobre la relación entre la estructura agraria y las endemias rurales, así como sobre las posibilidades de su transformación en el orden capitalista. Como ningún otro médico, ni antes ni de su generación, que hubiera tenido una posición tan destacada y central –en una cátedra en la Facultad de Medicina– enseñó, escribió y difundió lo que hoy denominamos “determinantes sociales de la salud”. La concentración de tierras y el latifundio fueron incluidos por él como dimensiones cruciales para la comprensión de las enfermedades endémicas del Brasil rural. (Hochman, 2015, p. 426)

Para la FMUSP, además de ser un profesor brillante, Samuel Pessoa fue cada vez más representado como el polémico médico comunista, lo que desembocó en situaciones como la del conocido “Discurso de 1940”. Elegido por los estudiantes como el primer profesor de asignaturas básicas en ser padrino de una promoción, Samuel Pessoa preparó un discurso contundente. Abordó temas nacionales y regionales y dio su interpretación del problema agrario y de las enfermedades, lo que casi resultó en su arresto, a petición del entonces interventor federal Adhemar de Barros. Comenzó su discurso anunciando dos temas: la necesidad de médicos rurales en el país y la urgente necesidad de asistencia médica e higiénica para las poblaciones rurales brasileñas. Terminó tratando del segundo, pero el primero estuvo implícito todo el tiempo: faltaban médicos en las zonas rurales brasileñas.

⁴ Samuel Barnsley Pessoa (1898-1976) estudió en la Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo entre 1916 y 1922, defendiendo su tesis doctoral *Estudio de los componentes del aceite esencial de chenopodio: su aplicación en la profilaxis de la anquilostomiasis*. En 1923, fue nombrado inspector sanitario del Puesto Experimental, anexo a los Servicios de Profilaxis General del Estado de São Paulo. En 1925, fue asistente del Instituto de Higiene de São Paulo, organizando la Sección de Parasitología. En 1926, recibió el título de “docente libre” del Instituto de Higiene de São Paulo, y partió para un viaje de trabajo y estudio en Europa, por invitación de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. En 1931, asumió la cátedra de parasitología, reuniendo a una pléyade de investigadores que ayudarían a construir un internacionalismo en torno a investigaciones e ideas que contribuirían a crear el campo de la parasitología médica.

Habló particularmente de la población rural del estado de São Paulo, comenzando con las cifras de mortalidad infantil en el país y en ciertas zonas del interior paulista, que habrían llegado a una mortalidad del 30% de los nacidos. Imputaba la responsabilidad por este cuadro principalmente a la mentalidad del hacendado:

...cualquier criador de ganado cambiaría inmediatamente de negocio si la mortalidad en sus rebaños alcanzara el 30% de los nacidos. Sin embargo, vemos que entre nosotros es precisamente el hacendado, en general, el responsable, en gran medida, del grado de mayor o menor avance sanitario, del estado de higiene de sus propiedades y de la salud de sus colonos. Incluso cuando está al tanto de los logros más modernos de la ciencia, solo se muestra capaz de actuar enérgica y científicamente cuando se trata de proteger sus crianzas de cerdos o ganado, combatir cualquier plaga que por casualidad aparezca en sus algodones, cafetales o cañaverales; ignora o se muestra refractario a la aplicación de medios simples y económicos para proteger a sus colonos y sus familias contra las enfermedades parasitarias o bacterianas más peligrosas. Tal hecho no indica únicamente egoísmo, aunque lo muestre en gran parte, sino que revela una mentalidad. (Pessoa, 1978, p. 243)

Trajo el ejemplo de lo que llamó “Vila X”, en la Alta Paulista, donde las ciudades estarían surgiendo dentro de la “lógica del patrimonio”, es decir, cuando el propietario vería sus tierras valorizadas por ferrocarriles o carreteras, en medio de un conglomerado de colonos que garantizan la cosecha y los servicios necesarios, y decide venderlas, ganando este terreno un fundador:

...el fundador simplemente derrumba los bosques y traza las calles en un esquema de ajedrez. Organiza una hermosa planta del patrimonio donde se pueden ver proyectadas avenidas, iglesias, escuelas, etc., lo que servirá de propaganda para la venta. En realidad, no construye ni red de agua ni de alcantarillado y no se preocupa por saber si el lugar, por sus condiciones topográficas, será posteriormente azotado por la malaria. Abre solo una vía de acceso [...] ¿cuál es la situación sanitaria de Vila X? He aquí la dura realidad de los números: el 100% de los habitantes están mal nutridos y debilitados; el 70% está afectado por la malaria, de los cuales el 40% sufre de malaria maligna; el 40% presenta leishmaniasis, siendo que en el 60% de estos la enfermedad invadió las mucosas y en el 10% las formas

son mutilantes; el 15% presenta úlcera tropical fagedénica y el 10% presenta estados ulcerosos de la piel y varias otras etiologías; el 100% está afectado por sarna, que en numerosos casos se complica con ectima, impétigo, etc. (Pessoa, 1978, p. 244)

Termina su discurso haciendo tal vez la primera referencia pública en la institución al hecho de que los cursos de medicina se dedican a formar médicos con mentalidad preventiva:

...es necesario también que en nuestras escuelas de medicina se desarrolle la mentalidad preventiva en los estudiantes. Como dijo Sir George Newmann, “el Espíritu en Medicina Preventiva debe impregnar toda la enseñanza médica”, realizando las palabras de Hipócrates –el padre de la medicina– “si es glorioso cuidar de los enfermos para restablecerles la salud, no es menos glorioso cuidar de los sanos para evitar que se enfermen”. Modifiquen radicalmente la enseñanza médica, para servir al más alto fin de la medicina: evitar la muerte prematura. Estoy incluso con aquellos que creen que nuestros médicos recién graduados deberían pasar algunos meses en el sertão, a fin de ponerse al tanto de las necesidades médicas e incluso sociales de nuestros campesinos. (Pessoa, 1978, p. 250)

Ese ideario se aliaba a su vasta producción, en instituciones nacionales e internacionales, y a su breve paso por la máquina pública estatal, en el año 1942. En el año 1946, publicó *Parasitología médica*, obra que circuló en el medio académico brasileño durante décadas; en el año 1948 y en el año 1949, publicó respectivamente *Leishmaniasis tegumentaria americana* y *Problemas brasileños de higiene rural*. Produjo 352 trabajos científicos, más de 50 artículos en periódicos y revistas, y nueve libros y monografías. Para Paiva:

...el foco de Samuel Pessoa, desde un punto de vista bastante amplio, se proyectaba en dos sentidos interrelacionados: (1) el primero era la idea de la importancia de la salud pública y del saneamiento como un eje para la construcción de una población saludable y en condiciones de presentarse como ciudadanos de una nación moderna, característica más elemental del movimiento sanitario del año 1920; (2) el otro punto era la inversión en la formación de cuadros de científicos especializados, en sintonía con las prácticas de la ciencia moderna, es decir, profesionales pagados por el Estado, con dedicación exclusiva al mundo de los descubrimientos y las investigaciones

científicas, rasgo nuevo y característico del mundo intelectual a partir del año 1920, prematuramente, como dijimos, en São Paulo. (Pai-va, 2006, p. 818)

Pessoa también formaría un grupo de investigación que influiría en otras instituciones. Ejemplarmente, en el año 1950, cuando la enfermedad de Chagas ganó interés científico en áreas consideradas endémicas, se instalaron centros de investigación en núcleos regionales, con la formación de nuevos grupos de investigación, habiendo Samuel Pessoa colaborado en la investigación que se desarrollaría en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto:

...la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto se convertiría, desde sus primeros años, en uno de los principales centros de investigación sobre la enfermedad de Chagas en el país. Entre los profesores dedicados al tema, se destacaron Mauro Pereira Barreto, en el campo de la entomología, José Lima Pedreira de Freitas, que estudiaba aspectos del diagnóstico, la epidemiología y el control de la enfermedad, y Fritz Körbele, en el área de Patología. Los dos primeros provenían del Departamento de Patología, dirigido por Samuel Pessoa. (Kropf, 2009, p. 480)

Pero Pessoa también involucró a los estudiantes de la FMUSP en sus estudios sobre la enfermedad de Chagas en el interior paulista, acercándolos a lo que consideraba lo más importante: la conciencia social médica. Una de estas visitas fue narrada por el periódico estudiantil *O bisturi*:

Una comisión de estudios enviada por el Departamento de Medicina Social del Centro Académico Oswaldo Cruz (CAOC) estuvo en el municipio de Franca, en la última quincena del mes de junio, con el fin de recoger datos sobre la enfermedad de Chagas, endémica en la región. Para dirigir la comisión, fue invitado el doctor José Lima Pedreira de Freitas, asistente de la cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, bajo la dirección del Profesor Samuel Barnsley Pessoa. Durante la estadía de la comisión en Franca, se realizaron colectas de triatomas en varias localidades del municipio como: Fazenda Limeira, márgenes derecha e izquierda del Río Canoas, São José da Bela Vista y en los límites de la zona urbana. Se hicieron exámenes sistemáticos de los habitantes de las casas visitadas, incluyendo el xenodiagnóstico y el examen de los animales domésticos, encontrándose un caso agudo

de la enfermedad en la propia zona urbana del municipio. El día 10 del mes corriente, el doctor José Lima Pedreira de Freitas pronunció, por invitación, una conferencia en el centro médico local bajo el título de “Aspectos sociales de la enfermedad de Chagas”. (Mayo de 1939, p. 14)

Según el estudio de Hochman, en los años siguientes, Pessoa se alinearía cada vez más al comunismo, adhesión que habría nacido entre finales de la década de 1930 y 1940:

...una militancia asociada a una amplia red de intelectuales y organizaciones comunistas, asociadas al PCB y pro-soviéticas, en Brasil y en el exterior. Participó en la polémica Comisión Científica Internacional, que denunció, en 1952, el uso de armas biológicas por parte de los Estados Unidos durante la Guerra de Corea. En 1958, viajaría, y también se encantaría, con la China de Mao Tsé-Tung. Sus ideas y acciones produjeron desconfianza y persecuciones por parte de gobiernos –fueran democráticos o autoritarios– y por organizaciones de la salud internacional, como la Fundación Rockefeller, con la que mantenía relaciones desde la Escuela de Medicina, en la década de 1920. Vivió siempre la tensión de ser reconocido, tanto a nivel nacional como internacional, como la voz más autorizada de la medicina brasileña en el campo de la salud rural y de ser cuestionado y perseguido por sus posiciones políticas. La convivencia pública entre comunismo y ciencia no fue pacífica. Esa indisolubilidad entre parasitología médica y marxismo en Samuel Pessoa hace que su trayectoria sea ejemplar para la comprensión de la ciencia en la Guerra Fría y algunos de los resultados del pos-1964. (Hochman, 2014, p. 27)

A partir de entonces, habría un movimiento de vigilancia nacional e internacional sobre el grupo, estando siempre bajo sospecha en el ámbito político y académico, lo que redundó en el momento culminante en que, a partir de 1964, se expurgaron seis profesores de la FMUSP, así como médicos y profesores del Hospital de las Clínicas, entre ellos, los vinculados al Departamento de Parasitología, el más afectado en ese momento:

...Luiz Hildebrando Pereira da Silva, Thomas Maack y otros cuatro profesores fueron despedidos por el mismo decreto, firmado por el entonces gobernador Adhemar de Barros: Erney Felício Plesmann de Camargo, Luiz Rey, Pedro Henrique Saldanha y Reynaldo

Chiaverini. Además de los profesores de la Facultad de Medicina, médicos y profesores del Hospital de las Clínicas también fueron afectados. Entre ellos se encuentran: Antônio Dácio Franco do Amaral, Leônidas de Mello Deane, Maria José Deane y Victor Nussenzeig, Michel Rabinovich, J. M. Taques Bittencourt, Julio Puddles, Nelson Rodrigues dos Santos e Israel Nussenzeig. (Marinho & Mota, 2012, pp. 140-141)

Entre los perseguidos, existían narrativas particulares sobre el trato recibido, como la prisión de Isaías Raw y su traslado a un cuartel del Ejército, o el encarcelamiento de Luiz Hildebrando y Thomas Maack en el barco-prisión Raul Soares, o la persecución continua a Luiz Rey, en fin, una clara demostración de la fuerza represiva del Estado brasileño. Sin embargo, el mismo régimen dependía de la adhesión de segmentos sociales y, por lo tanto, trataba de dirigir el sentido de las acciones de esos segmentos, lo que implicaba un esfuerzo por captar la subjetividad de individuos y grupos sociales. Así, también consta en la historia de la Facultad de Medicina en ese período que existía una fracción de profesores, estudiantes y empleados que, además de apoyar el golpe civil-militar, colaboraron, mediante denuncias, muchas de ellas infundadas, para que se cumplieran los objetivos de la maquinaria represiva contra supuestos subversivos (Rezende, 2001, p. 50).

En su estudio sobre las universidades en el régimen civil-militar, Rodrigo Motta plantea la hipótesis de que la persecución a algunos profesores de la FMUSP a partir de 1964 se debía al hecho de:

...que la dirección de la propia facultad haya presionado para el alejamiento. La Medicina era conocida por contar con un influyente grupo de derecha, incluidos egresados del integralismo. La tradicional institución tuvo que convivir con personajes ajenos a los principios conservadores a partir del fin de la década de 1950, cuando comenzó la admisión de profesores no pertenecientes a las familias “cuatrocentonas” y también de jóvenes ligados a la izquierda. En la Facultad de Medicina de la USP, como en otras, la polarización política en 1964 era también interna, y algunos profesores se convirtieron en sospechosos por su origen social o por cuestionar las tradiciones. Con los cambios políticos de 1964, la derecha de la Facultad consideró que era el momento de deshacerse del “cuerpo extraño”. (Motta, 2014, p. 54)

En 1966, el Informe del Consejo Permanente de Justicia analizó la sentencia del sumario policial-militar contra el grupo de profesores de la FMUSP, un estudiante, un médico y un empleado del Hospital de las Clínicas, acusados por el teniente coronel Enio dos Santos Pinheiro debido a una denuncia anónima.

El contenido de los argumentos del juez revelaba parte del contenido de las acusaciones, pero también la fragilidad de los argumentos acusatorios, al punto de haberse refutado todos, con la consecuente absolución de los acusados. En un artículo titulado “Absueltos los profesores”, *O bisturi* reprodujo la noticia:

...un alegato contra lo que se define como ligereza en la conducción del IPM [Inquérito Policial-Militar] y del trabajo de la fiscalía, en el caso de los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y médicos del Hospital de las Clínicas acusados de subversión, así puede definirse la sentencia dictada en el proceso que fue cerrado el 24 de enero último, con la absolución de todos los acusados: los profesores Pedro Henrique Saldanha, Erney Felicio Plesmann de Camargo, Reinaldo Chiaverini, Júlio Pudles, Luiz Hildebrando Pereira da Silva, Tomás Maack, Michael Pinkus Rabinovitch y Luís Rey; el estudiante Eduardo Manzano; el médico Israel Nussenzveig y Arnóbio Washington, presidente de la Asociación de Funcionarios del HC. (24 feb. 1966, p. 9)

La materia hace referencia nominal a tres profesores:

La imputación de la denuncia al acusado Reinaldo Chiaverini roza la temeridad. Decir que es un crimen haber firmado un manifiesto comunista en 1946 es más que temerario, es ignorancia, es mala fe, etc., porque: 1º) en 1946, el Partido Comunista Brasileño estaba legalizado; 2º) en 1946 no existía la Ley 1.802 (Ley de Seguridad Nacional), que es de 1953. [...] Pero la acusación contra este acusado alcanza el colmo de la temeridad y hiere la sensibilidad del juez cuando declara que el acusado pronunció un discurso subversivo al ser padrino de la promoción de médicos de 1963 [...]. En relación con otro acusado, el profesor Luís Hildebrando Pereira da Silva, la sentencia revela otro aspecto interesante de la acusación: uno de los testigos presentados por la Fiscalía defendió al acusado con tal ímpetu que terminó siendo arrestado en flagrante por desacato al juez auditor. [...] Es la propia acusación la que se contradice. Las actividades subversivas se

transforman en gloriosas actividades científicas. Así lo dice la acusación. Otro reo, el profesor Michael Rabinovitch, fue acusado de subversión, principalmente por haber participado en un congreso científico realizado en Ribeirão Preto. Sobre este hecho, la sentencia dice: “La participación del acusado en el congreso de Ribeirão Preto como actividad subversiva es digna de risa. La prueba producida demuestra claramente que este congreso no tuvo nada de subversivo y en él participaron testigos presentados por la acusación y científicos de reconocido prestigio”. (*O bisturi*, 24 feb. 1966, p. 9)

Todo este razonamiento lleva a un punto esencial para la comprensión de los lineamientos preventivistas en la FMUSP, mucho antes del Departamento, nacidos con el sanitarismo impulsado por Samuel Pessoa en su cátedra de parasitología, en la Facultad de Salud Pública, escuela que tuvo en Rodolfo Mascarenhas su más firme defensor a partir de la década de 1950, sobre todo con el impacto del Seminario de Viña del Mar (Teixeira, 2015). Así, las décadas de 1960 y 1970 desembocarían en un pensamiento preventivista —a través de la Facultad de Salud Pública y la propuesta Leser—, disolviéndose el grupo de Pessoa, pero quedando huellas de sus interpretaciones del social, capturadas por el nuevo grupo que surgiría con el Departamento de Medicina Preventiva y la propia salud colectiva.

Samuel Pessoa se convirtió en un pensador también de la Reforma Sanitaria; tenía todos los atributos para ello. No es casualidad que fuera el primero en dirigir un centro de salud creado por Paula Souza. Décadas después, el centro de salud escuela, en el barrio del Butantã, que surgió a fines de la década de 1970, bajo la administración de las áreas de preventiva y pediatría, se denominó Centro de Salud Escuela Samuel Barnsley Pessoa.

El médico y la pedagoga: el inicio de la historia de un departamento

Para la comprensión de esos primeros años del recién creado departamento, es necesario tratar de manera más detallada a dos personajes, que se consideraron en esta investigación como relevantes, no porque fueran *los principales*, sino porque sus trayectorias implican una especie de síntesis, precisamente por haber iniciado las actividades didácticas en la FMUSP y por haber articulado dos áreas de conocimiento que serían decisivas en el campo de la salud colectiva: la epidemiología y las ciencias sociales. Además, fueron ellos quienes atrajeron a una pléyade de investigadores y profesores de todo Brasil

interesados en la propuesta que se venía implementando en el posgrado, convirtiéndose en una referencia nacional.

Ligia Maria Vieira da Silva *et al.* (2011) resumieron la biografía profesional de Guilherme Rodrigues da Silva (1928-2006), anclada en un movimiento de modernización de la medicina:

En Bahía, la “modernización” de la medicina fue inicialmente viabilizada por Edgard Santos, entonces director de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía, quien recibió en 1948 al representante de la Fundación Kellogg, Dr. Benjamin Horning, que visitaba el país buscando jóvenes médicos para incluirlos en un programa de formación de líderes. Roberto Santos, su hijo, fue el primero en ir, poco después de su graduación, en 1949. Al regresar, el propio Roberto Santos desempeñó un papel central en este proceso, enviando a otros recién graduados, entre los cuales se encontraba Guilherme Rodrigues da Silva. Este último se graduó en medicina en 1953, por la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía, y fue a hacer la residencia en Enfermedades Infecciosas en São Paulo. Su plan inicial era dedicarse a la clínica, cuando recibió la invitación para hacer el máster en Medicina Preventiva en Harvard, como parte del programa de formación de liderazgo de la Fundación Kellogg. Al regresar del máster, en 1959, organizó el primer programa de enseñanza de Medicina Preventiva en Brasil, en la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía, hasta 1967. En ese período, aglutinó diversos docentes y alumnos que, poco después de su salida, formarían el núcleo de los docentes que dirigieron la conversión de la medicina preventiva a la salud colectiva en Bahía, entre los cuales estaban Sebastião Loureiro y Jairnilson Paim. (Vieira da Silva *et al.*, 2011, p. 22)

Esa trayectoria puede ser comprendida a partir de su formación en Biomedicina por la Fundación Gonçalo Moniz y, en 1953, en medicina, por la Universidad Federal de Bahía (UFBA), lo que resultó en su interés por la residencia médica en Medicina Tropical ofrecida por el Hospital de Clínicas de la FMUSP. Rodrigues da Silva:

...complementará su formación en el exterior, en la Universidad de Harvard, donde recibe el título de Master of Science in Hygiene (Preventive Medicine) en 1959, ocasión en la cual presenta el trabajo titulado “Solving a community problem: Chagas disease”. Regresa a

Brasil para doctorarse (con un título equivalente al de libre-docencia) en medicina por la Universidad Federal de Bahía, en el año de 1961, con la tesis “Índice de mortalidad en grupo de familias en la ciudad de Salvador, Bahía”. Asume la docencia, como profesor adjunto de Higiene y Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la UFBA, cuando organiza y dirige el Núcleo de Medicina Preventiva en el Hospital Universitario Profesor Edgard Santos de la UFBA (embrión del Instituto de salud colectiva de esa Universidad). (Goldbaum, 2006, p. 2130)

Según el estudio de Kropf, el desarrollismo de la década de 1950 habría contribuido al interés, nacional e internacional, por la enfermedad de Chagas, involucrando a científicos y médicos en todo Brasil, caso emblemático de Guilherme Rodrigues da Silva:

...sí, en el año 1950, la primera campaña de profilaxis contra la tripanosomiasis americana constituyó un hito en el reconocimiento de esta enfermedad como una entidad nosológica específica, clínicamente individualizada y socialmente importante, el movimiento de los científicos a favor de ese reconocimiento continuaría, destinado a conquistar nuevas adhesiones y ampliar los intereses sociales en torno a este objeto, propiciando la institucionalización, como tema de la ciencia, de la salud pública en Brasil y en el continente latinoamericano. (Kropf, 2009, p. 165)

Fue con esta formación médica y científica que Guilherme Rodrigues da Silva fue invitado y se interesó por la plaza de profesor catedrático del Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP. Tal invitación implicaba una discrepancia con dos posibles candidatos. El primero de ellos era el profesor Wanderley Nogueira da Silva, conocido por su inclinación a la izquierda, una postura que la institución desaprobaba firmemente, y el otro era Donald Wilson, proveniente de la Facultad de Salud Pública, representando, en ese momento, menos afinidades con el campo médico. Esta habría sido la motivación de Carlos da Silva Lacaz, profesor y vinculado a la dirección de la FMUSP, para haber encontrado en Bahía un nombre de prestigio en el campo de la medicina preventiva, con experiencia en los bancos médicos estadounidenses, alguien que pudiera aportar conocimientos sólidos del liberal-preventivismo, obteniendo apoyo institucional y asegurando la plaza. El nombre era el del médico Guilherme Rodrigues da Silva.

Pero Rodrigues da Silva tenía una aguda visión social, lo que lo habría llevado a emprender sus investigaciones sobre medicina tropical en Bahía. Tan pronto como llegó al Departamento, contrariamente a lo esperado por algunos, se acercó a las juntas institucionales tanto de un movimiento modernizador de la estructura de la Facultad como de una nueva generación de izquierda vinculada a la salud pública, lo que le valió posiciones estratégicas en la creación del movimiento de la salud colectiva, como la de relator de la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986 y la de presidente de Abrasco entre 1987 y 1989. Si, para la salud colectiva que se constituía, su imagen era de liderazgo, para la FMUSP resultó en oposición a los grupos más tradicionalistas y conservadores, vinculados a las huestes del poder. Las memorias que de él guardaron ciertos profesores y alumnos hablan de pronunciamientos hostiles, que podrían resumirse en: “pensamos que habíamos contratado a un aliado, y llegó aquí un negro comunista”.

Entre esa izquierda que ingresaba al Departamento de Medicina Preventiva, se destaca la figura de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que era pedagoga, estaba afiliada al Partido Comunista y veía en los estudios sociológicos marxistas una posibilidad de reflexionar sobre el médico y su campo de trabajo. Serían esas dos experiencias profesionales, inicialmente en el campo pedagógico y luego en el sociológico, las que hicieron que su presencia fuera decisiva en la constitución departamental.

La formación universitaria de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983)⁵ en el campo educacional tuvo lugar en un período en el que se buscaban alternativas para superar el atraso brasileño a través del sistema educacional. Esta perspectiva llegó a la Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Araraquara por intelectuales como Luiz Pereira, quien fue designado para el cargo por su orientador, el profesor Florestan Fernandes. El contexto educativo de la época permitía una mayor vinculación con la sociología. De manera ejemplar, entre 1955 y 1961, se propusieron, en el conjunto de los seis centros del Instituto Nacional de Investigaciones Educativas (Inep), 191 proyectos de investigación, que podían dividirse en dos grupos principales: uno centrado en las relaciones entre la educación escolarizada y el entorno social en cambio, y otro sobre el funcionamiento interno de la escuela y su administración (Ferreira, 2008, p. 283).

⁵ Nació el 19 de agosto de 1940 en la ciudad de Araraquara, habiendo cursado la escuela primaria, secundaria y normal en el Colegio Progreso, entre 1948 y 1958. Estudió el científico en el Colegio Duque de Caxias entre 1956 y 1958 y presentó el examen de ingreso en la recién inaugurada Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Araraquara en 1959, siendo clasificada en primer lugar en el curso de pedagogía.

Luiz Pereira presentó el proyecto *Formación profesional y condición social del profesor primario brasileño*, resultando en el trabajo *El magisterio primario en una sociedad de clases*, defendido como tesis de doctorado en la Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de la USP en 1961 y publicado como *El profesor primario metropolitano* (1963):

Esta investigación consistió en un análisis sociológico del magisterio primario público estatal del municipio de São Paulo, en el cual la profesión fue abordada como una de las categorías ocupacionales a través de las cuales se procesaba la participación de las mujeres provenientes de las clases medias en la población económicamente activa de un centro urbano en intenso proceso de urbanización e industrialización. Al analizar los valores y las actitudes presentes en la formación del normalista y en la carrera del magisterio, Luiz Pereira colaboró para desmitificar la figura de los “misioneros de la enseñanza”, presentando a los profesores primarios como profesionales mal remunerados y desprestigiados, que enfrentaban los desafíos planteados por el proceso de integración a una sociedad urbano-industrial. (Ferreira, 2008, pp. 287-288)

Fue en este contexto de producción educacional crítica que se encontraron Luiz Pereira y Donnangelo: “Conocí a Cecília en 1959, cuando fui a dictar la asignatura de Sociología en la recién creada Facultad de Filosofía de Araraquara. Ella formó parte de la primera promoción y, en el segundo año, era casi mi auxiliar, habiendo ayudado en la tabulación de los datos de mi tesis de doctorado” (Pereira, 1983, p. 22). Así, nos parece que, si estaba mediado por metodologías sociológicas, ese diálogo tenía su centro de convergencia en la reflexión educacional brasileña y, en particular, en la formación del profesor. Para una profesora primaria y secundaria, formada sobre bases de enseñanza católica, acompañar tan de cerca la producción de conocimiento proveniente de las investigaciones de Pereira la llevó a pensar una nueva educación.

Su contacto con la medicina como objeto de interés y, luego, como docente en el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, donde trabajó durante 16 años, se debió, inicialmente, a esa experiencia escolar relacionada con su actividad en el magisterio secundario. Como profesora de sociología y psicología en una Escuela Normal Estatal y coordinadora de los programas del curso, proyectó y supervisó una investigación integrada por varias áreas de la escuela, realizada por estudiantes junto a alumnos de escuelas primarias y referida a problemas de nutrición y rendimiento escolar. De ese trabajo como pedagoga y socióloga, surgieron contactos con profesionales

del área médica y una invitación para dictar conferencias en la cátedra de medicina legal y social de la FMUSP, que entonces manifestaba interés por la implementación de un programa de ciencias sociales en el curso de grado en medicina. Donnangelo ingresó como profesora de la casa en 1964, a través de dicha cátedra, con solo una interrupción, en 1965, cuando participó en la elaboración e implementación del primer programa del curso de investigaciones en sociología rural de la cátedra de Economía de la Escuela Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, también de la USP.

En 1969, comenzó a trabajar en el recién creado Departamento de Medicina Preventiva, impulsada por las cuestiones sociales, que ya venían siendo tratadas por el preventivismo y la medicina comunitaria y que adquirirían matices particulares en la lectura coyuntural del momento:

...el tema de la medicina y la salud surge con gran fuerza a mediados de la década de 1960 a nivel internacional, y la OMS/OPS promoverán numerosas discusiones con el fin de introducir un modelo de enseñanza que fuera más allá de la centralidad biomédica. Así, las ciencias sociales aparecen en el escenario de la medicina, y se contratan a los primeros sociólogos. Por otro lado, a partir de la década de 1960, comienza un cambio en la estructura de los servicios de salud (expansión de la cobertura, unificación de los institutos de jubilación y pensiones IAPs), así como en los patrones de morbimortalidad, llevando estos temas al campo de la investigación. (Nunes, 2008, p. 915)

En el campo de la producción científica, Donnangelo abriría espacio para una sociología crítica, fruto de su contacto con Luiz Pereira y el Departamento de Sociología de la FFLCH-USP, a diferencia de la llamada sociología médica, cuyo eje central de análisis era la óptica médica:

...un primer movimiento politizador en la obra de Donnangelo será el de evidenciar esta presencia de lo social, señalando sus conexiones económico-políticas y las determinaciones históricas de estas sobre el ejercicio profesional, la organización del mercado de trabajo de los médicos y las modalidades de producción de la asistencia médica para la población. Todo esto dentro de la conexión entre la medicina y las políticas del Estado moderno. Se trata, pues, a nuestro entender, de una afirmación de lo social en las cuestiones de la medicina y la salud, frente a su negación en los discursos profesionales y en sus ideologías ocupacionales, elaborando el concepto de

medicalización de la sociedad referido, en este primer momento y en su primer libro, a la forma de producir y consumir la asistencia médica y sus subproductos. (Nunes, 2008, p. 915)

De acuerdo con tal influencia, la obra de Donnangelo refleja la triangulación educación-sociología-medicina, explorándola bajo el referente historicista marxista y siempre desde la perspectiva de las políticas públicas: su doctorado fue el estudio del mercado de trabajo de los médicos en diálogo con el papel del Estado en la asistencia y las políticas de salud:

El estudio se enfoca, por lo tanto, sobre todo en aspectos directamente relacionados con las modalidades del trabajo médico, entendidas aquí como las formas por las cuales el médico, como trabajador especializado, participa en el mercado y se relaciona con el conjunto de los medios de producción de servicios de salud. De ahí se deriva un mayor énfasis en la heterogeneidad de la categoría ocupacional, en términos de los tipos de oportunidades de trabajo a los que tienen acceso los profesionales, que en su homogeneidad, resultante de la sujeción a procesos comunes de formación en los aspectos técnico-científicos y éticos que componen el núcleo de la medicina como profesión. (Donnangelo, 1972, p. 2)

Según el estudio realizado por Schraiber y Mota para comprender las propuestas articuladas en torno a la obra de Donnangelo, habría existido un primer movimiento politizador al evidenciarse la dimensión social del trabajo médico, considerado a partir de conexiones económico-políticas y determinaciones históricas, ya fuera en el propio ejercicio profesional, ya fuera en la organización de ese mercado de trabajo, o incluso en las modalidades de producción de asistencia a la población:

...todo esto dentro de la conexión entre la medicina y las políticas del Estado moderno. Se trata, pues, a nuestro entender, de una afirmación de lo social en las cuestiones de la medicina y la salud, frente a su negación en los discursos profesionales y en sus ideologías ocupacionales, elaborando el concepto de medicalización de la sociedad referido, en este primer momento y en su primer libro, a la forma de producir y consumir la asistencia médica y sus subproductos. (Schraiber & Mota, 2015, p. 1471)

La tesis de doctorado discutió la organización corporativa y del mercado médico, la de libre-docencia, presentada al Departamento de Medicina Preventiva, como ya vimos, muestra que la autora se concentró en la articulación entre la medicina y la estructura social a partir de las especificidades de la llamada medicina comunitaria, tema que aún sufría de la falta de estudios críticos en Brasil:

...ante un escenario de especialización técnica y de nuevos contornos del capitalismo, Donnangelo intenta conciliar las tendencias que se manifestaban entre la estructura interna de la práctica y la necesidad de mantener los niveles de consumo. Estos cambios ocurrían a través de diversas posibilidades originadas de la llamada reforma médica, dependiendo de las condiciones de la estructura social y de la producción de los servicios en salud. Y, como proyecto de la reforma médica, la medicina comunitaria se insertaba como orientadora de las cuestiones planteadas por el campo de estudio en la área y, al mismo tiempo, como solución plausible para la propia práctica. (Mota *et al.*, 2004, p. 28)

Yendo más allá, si Donnangelo abrió un campo fructífero para pensar el trabajo médico, fue su formación en el campo educacional la que la llevó a priorizar la organización didáctica de las asignaturas impartidas en el Departamento. En este sentido, dio prioridad a la formación, participando activamente, junto a Guilherme Rodrigues, en la organización del denominado Curso Experimental de Medicina (CEM-USP), experiencia pionera y de relevancia incontestable en la historia de la enseñanza médica, incluso por la oportunidad de que el Departamento de Medicina Preventiva ganara espacio formador a partir de los vientos que dominaban el pensamiento médico y en salud en Brasil.

Las primeras maestrías: la epidemiología y el pensamiento social en medicina.

La mayor parte de los profesores del Departamento de Medicina Preventiva desarrollaba sus investigaciones de maestría y doctorado y sus actividades de enseñanza enfrentando los desafíos de la formación médica y de los temas que, en ese momento, contribuirían, de forma inédita y decisiva, para la conformación del pensamiento en salud colectiva en São Paulo:

...el posgrado (en sentido amplio y restringido) fue implantado gracias al esfuerzo voluntario de docentes de varios departamentos de distintas unidades de la Universidad. El posgrado en sentido amplio (Residencia Médica) pudo ser implantado, ya en 1968, debido a la fuerte presión estudiantil (Centro Académico Oswaldo Cruz) y a la colaboración de varios departamentos clínicos. El posgrado *sensu stricto* fue iniciado en 1973, sin ninguna asignación de recursos específicos, siendo posible gracias al trabajo de abnegados docentes pertenecientes a la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas, a la Facultad de Salud Pública, al Instituto de Estadística y Matemática, así como a otras unidades no pertenecientes a la Universidad de São Paulo. Cabe destacar que estos colaboradores trabajaron varios años sin ninguna remuneración por la carga de trabajo añadida a sus tareas normales. (Departamento de Medicina Preventiva, 1995, p. 7)

En un balance de la producción de maestrías y doctorados en salud colectiva en Brasil en la década de 1970, Donnangelo reunió, aunque en una dimensión bastante restringida y sin la intención de agotar la cuestión, a un grupo de investigadores y estudios indicativos de los caminos que la salud colectiva había comenzado a recorrer hasta ese momento, con autores también vinculados al Departamento. Inicialmente, destacó los estudios epidemiológicos relacionados con los problemas sanitarios brasileños, además de que los análisis privilegiaron la dimensión social como un campo en el que se construiría el proceso de salud-enfermedad. Estos eran: "*La epidemiología de la desnutrición proteico-calórica en núcleos rurales del Valle del Ribeira*, de Carlos Augusto Monteiro (1977) y *Desnutrición y estructura social brasileña*, de Luci Moreira da Silva (1979)" (Donnangelo, 1983). Otro conjunto de estudios, aún vinculados a la epidemiología en su análisis de variables identificadas en la sociedad brasileña y de las condiciones a las que estarían sometidas las distintas clases sociales, serían:

Epidemiología y control de la enfermedad de Chagas: relación con la estructura agraria en la región de Sorocaba, de Luiz Caldas Jr. (1980), *Enfermedad de Chagas y proceso migratorio en el estado de São Paulo*, de Julio Litvoc (1977), y *Enfermedad de Chagas y trabajo en área urbana*, de Moisés Goldbaum (1976). (Donnangelo, 1983, p. 31)

La década de 1960 sería marcada por la emergencia temática de la planificación y la reorganización administrativa, incluyendo la reordenación del conjunto de servicios en salud, pudiendo citarse *Contribución para el planeamiento de la*

lucha antituberculosa en Brasil, de Oswaldo Campos (1966), e *Integración sanitaria: doctrina y práctica*, de Reinaldo Ramos (1972). En ese mismo período, se daría una “radicación” de la cuestión de la salud y lo social, lo que redundaría en los trabajos formulados por Ana María Tambellini Arouca y una multiplicidad de estudios sobre la práctica de salud, siendo estos:

Medicina y sociedad, de Maria Cecília F. Donnangelo (1973); *Las instituciones médicas en Brasil y Estrategia y hegemonía*, de Madel Terezinha Luz (1979); *La cuestión de la salud en Brasil*, de José Carlos Braga (1978); *Salud, medicina y trabajo en Brasil*, de Cristina Posses (1980); *La industria de la salud en Brasil*, de Hésio Cordeiro (1980); *La cuestión de los medicamentos en Brasil: producción y consumo*, de Geraldo Giovanni (1980); *Asistencia médica y relaciones laborales en la empresa: el modelo de los convenios con la Seguridad Social*, de Regina Marsiglia Giffoni (1981); *La cuestión de la puericultura en Brasil*, de Hillegonda Maria D. Novaes (1979), además de los estudios de Roberto Machado, Jurandir Freire Costa y Joel Birman. (Donnangelo, 1983, pp. 32-33)

Finalmente, entre los trabajos presentados, aún existía un esfuerzo de sistematización teórica del campo, articulado a los avances de los estudios mencionados. Son ellos:

Dilema Preventivista: contribución para la comprensión y crítica de la medicina preventiva, de Sérgio Arouca (1975); *Salud y sociedad*, de Maria Cecília F. Donnangelo (1976); *La salud y los conceptos*, de Ricardo Lafetá Novaes (1977); *Medicina interna y cirugía: la formación social de la práctica médica*, de Roberto Passos Nogueira (1977); *Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico*, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979); *Contribución al estudio de la educación médica*, de Lilia Blima Schraiber (1980). (Donnangelo, 1983, p. 33)

De este cuadro, se deduce que la producción del Departamento iba avanzando, involucrando estudios sobre la enfermedad de Chagas, área que acercó a Guilherme Rodrigues a sus primeros orientadores en el Departamento de Medicina Preventiva, a partir de técnicas en el campo epidemiológico⁶:

⁶ Primeros estudios orientados por Guilherme Rodrigues da Silva en el Departamento de Medicina Preventiva: *Enfermedad de Chagas y el proceso migratorio*, de Júlio Litvock (1973-1977), *Enfermedad de Chagas y trabajo en área urbana*, de Moisés Goldbaum (1974-1976), y el doctorado *Desnutrición y estructura social brasileña*, de Luci Moreira da Silva (1973-1979).

...pudo, con el amplio y seguro dominio que tenía sobre la metodología epidemiológica y sus técnicas cuantitativas, describir factores relacionados con los diferentes cuadros evolutivos de los individuos portadores de infección chagásica. Trasladó sus líneas de investigación de Bahía a São Paulo, adaptándolas a la realidad paulista, ya sea en la dimensión presentada en área urbana, como es la capital São Paulo, o en la dimensión rural, época en la cual ya se obtenían buenos resultados en el control de la transmisión vectorial de la enfermedad en ese estado. Para ello, interactuando con investigadores e instituciones paulistas, organizó un grupo de investigación que pudo producir valioso conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y analizar sus repercusiones en un entorno distinto al existente en su estado natal. Concomitantemente, demostraba su amplio dominio sobre la metodología epidemiológica, incluyendo sus aspectos relacionados con las técnicas cuantitativas. (Vieira da Silva *et al.*, 2011, p. 33)

Sin duda, si las investigaciones sobre la enfermedad de Chagas en São Paulo apuntaban hacia las áreas del interior y rurales del estado, el conjunto de trabajos orientados por Guilherme Rodrigues traía una novedad: el impacto de la enfermedad en una metrópoli como São Paulo, en un intenso proceso migratorio interno desde el año 1930 (Silva *et al.*, 1980). Moisés Goldbaum, en su tesis, reflexiona sobre el impacto de este proceso y sobre un cambio importante en relación con la tripanosomiasis pensada en su dimensión urbana:

...la larga duración y persistencia de la infección chagásica la convierten en un problema relevante en grandes centros urbanos, punto de convergencia de los movimientos migratorios. La posibilidad de transmisión por mecanismos artificiales que dependen de la presencia del vector natural, como la transfusión sanguínea y la transmisión congénita, comienza a desempeñar un papel importante en la historia natural de la enfermedad. (Goldbaum, 1976, p. 55)

Júlio Litvoc identificó en el proceso migratorio paulista, entre el paso por la Hospedaria del Inmigrante y la llegada de esta fuerza de trabajo al interior, un número significativo de personas contaminadas, además de aquellas que se contaminarían en el lugar de destino, fruto de la deforestación y de la falta de control sanitario:

...en el período de diciembre de 1970 a diciembre de 1971, se estudió un grupo de migrantes internos, en tránsito, compuesto por 5.046 personas alojadas en el Centro de Triagem y Encaminhamento de Migrantes Internos en São Paulo. Los datos indicaron que este era un grupo donde predominaban personas jóvenes (58,6% menores de 30 años), de estratos inferiores de la sociedad. La prevalencia de infección chagásica, investigada en 3.556 personas, alcanzó el 7,5%. (Litvoc, 1977, p. 59)

Cabe recordar también que, en el año 1985, hubo un último trabajo en el Departamento que se podría considerar parte de la serie descrita: el de José Eluf Neto. Estudiando cómo reaccionarían los migrantes de la industria mecánico-metalúrgica de la Región Metropolitana de São Paulo ante el modo de producción impuesto y sus limitaciones frente a la enfermedad, seleccionó una muestra de trabajadores con infección chagásica para evaluar sus funciones cardíacas, concluyendo que había entre ellos un número significativo con alteraciones cardíacas (Eluf Neto, 1985, p. 128).

En el campo teórico y filosófico, dos trabajos fueron presentados al Departamento en el año 1976, adoptando líneas teóricas distintas. Uno de ellos, de Ricardo Lafetá Novaes (1946-1998) y orientado por Guilherme Rodrigues, es considerado uno de los primeros estudios brasileños en medicina con perspectiva filosófica de base althusseriana. En su presentación sobre la práctica y la formación médica, observó:

...el cuadro de una práctica y de una formación médica sensualmente pintado como problema es apenas una vivencia y una percepción posible y, decimos ahora, si esta posibilidad existe es porque ella misma ya está inscrita en el campo del pensar y del actuar médico. Si connota con fuerza un "idealismo", es necesario procurar aclararlo y, sobre todo, buscar las condiciones de determinaciones históricas de su pensamiento y mantenimiento, en el momento presente de nuestra vivencia. Con esto queremos decir que la medicina, en tanto cuerpo conceptual y conjunto de procedimientos técnicos, posee una historia y solo puede ser comprendida en la dimensión histórica de su presencia, al tomarse su pasado. (Novaes, 1976, p. 3)

El otro trabajo, orientado por Donnangelo y concluido en 1976, fue *Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico*, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1940-1996). Ante la falta de investigaciones sobre la dimensión de trabajo

socialmente determinado de la práctica médica, ese texto de base marxista gramsciana procuró:

...contribuir al conocimiento de la medicina en tanto práctica social. La selección de este objeto de estudio resultó de la disposición de adherir a la posición establecida en el campo de la medicina preventiva y social, según la cual la comprensión de los fenómenos ligados a la salud y a la enfermedad, en la medida en que expresan otras tantas dimensiones de las prácticas sociales de los grupos humanos, puede y debe ser complementada por el estudio del sentido de esas prácticas sociales por referencia a los conjuntos históricos que se estructuran. (Mendes-Gonçalves, 1976, p. 1)

Finalmente, también bajo la orientación de Donnangelo, corresponde destacar la tesis de Lilia Blima Schraiber, *Contribución al estudio de la educación médica*, defendida en 1980, que realiza un análisis de la formación escolar médica dentro de la estructuración capitalista y de los elementos que conformarían la especificidad de esa formación:

...caracterizada por el privilegio de campos progresivamente parciales del saber médico. Este privilegio, por un lado, aparece como consecuencia inmediata del desarrollo técnico y científico y, por otro lado, habría sido reforzado por la organización de la educación médica, que se centró en el hospital-escuela, el cual, no estando orientado, salvo de forma secundaria, a la prestación de servicios médicos a la población en general, habría propiciado la selección de los pacientes asistidos en función de las prioridades de la investigación, tomando sobre todo como objeto de atención a los portadores de las enfermedades más raras y complejas, de donde habría derivado la incorporación masiva a la enseñanza de procedimientos instrumentados por técnicas relativamente más sofisticadas. (Schraiber, 1980, p. 147)

Si en el campo de la investigación teórica y metodológica el Departamento intentaba encontrar su camino de reflexión, atrayendo investigadores e intereses institucionales, le correspondió presentarse como formador del alumno de medicina, desafío de la mayor importancia, sobre todo ante los expurgos y las persecuciones que vivía la institución. Para eso, optó por una experiencia pedagógica significativa e innovadora, que sacudió las estructuras de la institución y dio lugar a la amenaza de extinción del propio Departamento.

El Curso Experimental y el Curso Tradicional: la preventiva va a la escuela médica, 1967-1982

La elaboración de un nuevo proyecto curricular para la FMUSP, denominado Curso Experimental (CEM), habría nacido de la presión del gobernador del estado, Abreu Sodré, que habría exigido a la Facultad más vacantes en la graduación. Ese pedido implicó:

...reuniones informales que se realizaron en el año 1966 en el anfiteatro de la Clínica Médica, por invitación del profesor Alípio Correa Netto, quien en determinado momento solicitó al profesor Isaías Raw y a Eduardo Marcondes que presentaran una idea básica esquemática para la creación del curso médico experimental para 50 alumnos. La idea presentada fue discutida y aprobada por los presentes y se constituyó en una solicitud al Sr. Director, suscrita por nueve profesores. (Machado, 1969, p. 2)

Firmada por nueve profesores⁷, la carta enviada al director de la FMUSP, João Alves Meira, solicitaba el envío al CTA de la Facultad de la siguiente propuesta:

Considerando 1) el interés de esta Facultad en innovar su curso médico conforme a las tendencias observadas en todas partes; 2) la necesidad de formar profesionales y docentes en las cátedras básicas; 3) el interés de la Universidad y del Gobierno en aumentar el número de vacantes; 4) la imposibilidad de transformar la estructura actual del curso médico; 5) la necesidad de ampliar y mejorar las actividades de posgrado, se propone: la creación de un curso médico experimental para 50 alumnos, seleccionados mediante el mismo examen de habilitación (Cescem) en opción especial para esta modalidad de curso. (Bastos *et al.*, 17 oct. 1966)

Habría una motivación central para la creación del CEM: el aumento de vacantes, considerado urgente e indispensable, cumpliendo tres requisitos básicos:

⁷Eran ellos: Adherbal P. M. Tolosa, Alberto Carvalho da Silva, Alípio Correa Netto, Antônio Barros de Ulhôa Cintra, Carlos da Silva Lacaz, Eduardo Marcondes Machado, Eurico da Silva Bastos, Luiz Vênere Decourt e Isaías Raw.

...la enseñanza diferente, mayor número de alumnos y ubicación en el campus. De hecho, pronto serán 200 los graduados por la FMUSP, la mitad sometida a experiencias didácticas seguramente válidas y recibiendo formación integrada con otras instituciones universitarias, según, además, normas aprobadas para la reforma de la Universidad de São Paulo. Cualquier otra solución no atendería, en nuestra opinión, de manera tan completa los tres objetivos, que realmente se funden en uno solo: el engrandecimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. (Bastos *et al.*, 17 oct. 1966)

Ante la novedad del acto, los alumnos que fueran admitidos por el examen de ingreso serían divididos en dos grupos y podrían elegir entre el curso tradicional, que seguía las directrices ya formuladas por la Facultad en períodos anteriores, y el curso experimental, con su nueva propuesta de enseñanza para la formación médica.

También se formalizó la estructura del curso médico, comprendiendo los siguientes ciclos:

1) Biología celular tisular: citología, citofisiología, desarrollo, diferenciación, bioquímica, biofísica, fisiología general, bacterias y virus como seres vivos, genética y bioestadística. 2) Estudio de sistemas: histología, anatomía, fisiología y propedéutica de los diferentes sistemas y aparatos, cibernética. 3) Mecanismos de agresión y defensa: patología general, microbiología, inmunología, parasitología, farmacología y psicología médica. 4) Estudio del medio: levantamiento de una comunidad. Teniendo en cuenta: estructura social, demografía, saneamiento, condiciones nutritivas, escolaridad, índices de morbilidad y mortalidad. 5) Medicina integral en ambulatorios y salas de hospitalización: práctica tipo “clerkship” en medicina, cirugía y especialidades más importantes. 6) Internado: cirugía, medicina, pediatría y obstetricia. (Bastos *et al.*, 17 oct. 1966)

El 28 de marzo de 1967, João Alves Meira aprobó la formación de una Comisión de Orientación Didáctica del Curso Experimental de Medicina (Codcem)⁸ y, el 5 de enero de 1968, su memoria fue enviada al gobernador

⁸ Comisión formada por los profesores Alípio Correa Netto (presidente), Alberto Carvalho da Silva, Bernardino Tranchesí, Eduardo Marcondes Machado, Eros Abrantes Ehart, Guilherme Rodrigues da Silva, Irany N. Moraes e Isaias Raw y por el académico Djalma da Cruz Gouveia.

del estado solicitando la liberación de fondos especiales para la instalación del primer año de sus actividades, además de la construcción de un hospital universitario. El nuevo proyecto curricular del CEM intentaría justamente basarse en esta nueva coyuntura. Según la opinión de sus firmantes, debería entenderse:

...antes que nada, como un laboratorio de enseñanza. En ese sentido, pretende introducir y probar nuevos currículos, con secuencia de disciplinas diferente a la utilizada hasta ese momento, enfatizando aspectos de la enseñanza médica que nos parecen prioritarios y que hasta la fecha no pudieron ser incluidos en los programas de la Facultad: por ejemplo, el énfasis de la enseñanza clínica de la FMUSP está en la medicina curativa, organicista e individual correspondiente al paciente internado, cuando, en realidad, lo curativo no puede separarse de lo preventivo, lo orgánico de lo psicológico, lo individual de lo colectivo, el paciente internado del paciente del ambulatorio. (Machado, 1969, p. 1)

Las referencias internacionales en el proyecto acercaban al CEM a experiencias consideradas exitosas:

...se pensaba en proponer una estructura de enseñanza más actualizada, basada en el modelo integrado de enseñanza por bloques, que la Universidad de Western Reserve, en Cleveland, Estados Unidos, venía experimentando desde hacía muchos años, con amplia difusión internacional a través de varios trabajos en revistas especializadas. Así, nació la propuesta con dos objetivos: integración con la universidad y modernización del currículo. (Silva, 2001, p. 15)

También habría en la propuesta dos tendencias fundamentales en la orientación de los currículos médicos: “la preparación del profesional para actuar en hospitales y su preparación para actuar en la comunidad, entendida esta como un agrupamiento social, de diferentes franjas socioeconómicas, capaz de presentar problemas de salud tanto a nivel individual como colectivo” (Machado, 1975, p. 175).

Una vez conformado, el Curso Experimental presentó la siguiente organización disciplinaria:

...1) curso introductorio general, 2) integración vertical en el estudio de sistemas y aparatos, 3) énfasis en la enseñanza de medicina ambulatorio-

ría en centro de salud, precedido por las disciplinas conexas indispensables, 4) énfasis en la enseñanza de clínica médica en la formación hospitalaria, y 5) régimen de internado de dos años, rotativo en el 5° año (último año curricular) y electivo en el 6° (internado propiamente dicho). Los objetivos generales del CEM eran los siguientes: 1) educativos, en relación con los estudiantes: a) mediante técnicas de enseñanza adecuadas, contribuir al desarrollo de la capacidad para estudiar, razonar y trabajar en grupo, sin desatender el adiestramiento práctico-manual indispensable para el ejercicio de la medicina; b) ofrecer al estudiante condiciones para ampliar sus opciones respecto a las modalidades de ejercicio de la profesión; c) en especial, brindar oportunidades para el desarrollo de una mentalidad médica global, valorando (en la planificación de la enseñanza del 1° al 5° año, áreas generales más que especializadas y al individuo como un todo psicosomático más que la parte enferma. 2) de planificación de la enseñanza, en relación con la Facultad de Medicina: a) probar nuevos métodos de enseñanza en el currículo de pregrado médico, proporcionando bases para una constante renovación de las técnicas docentes; b) promover la integración de la Facultad de Medicina en la Universidad de São Paulo; 3) de política universitaria, en relación con la Universidad de São Paulo: a) contribuir a una nueva formulación de la enseñanza integrada de todos los currículos pertinentes a la salud (dentro del sector biológico), siendo indispensable, para este fin, la existencia del Hospital Universitario. (Raw, 2012, pp. 136-137)

Sobre el Hospital Universitario, se preveía:

...su construcción en el *campus* de la Ciudad Universitaria, con una estructura tal que deberá integrarse en la comunidad de los barrios de Butantã, Pinheiros y adyacencias. Todos los habitantes de la región serán registrados y podrán utilizar el HU si así lo desean, independientemente de su condición social, todos pagando según su situación. Médicos estudiantes atenderán a los pacientes en sus domicilios siempre que sea necesario. (Machado, 1969, p. 8)

Según el proyecto acompañado por los profesores Eduardo Marcondes, Marcello Marcondes, Guilherme Rodrigues da Silva e Irany N. Moraes, se realizaron una serie de visitas a la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, donde ya se estaba construyendo el hospital escuela, así como también consultorías

en el campo de la administración hospitalaria y de especialidades clínicas. La idea nacida preveía:

...1) ambulatorios, servicios auxiliares de diagnóstico y terapéutica, patología, servicios básicos hospitalarios, 4 pisos; 2) salas de internación, 7 pisos, cada una con capacidad para 50 pacientes; 3) centro quirúrgico; 4) módulos para laboratorios de investigación, medicina experimental, etc.; 5) residencia. (Machado, 1969, p. 19)

Una aproximación a la dimensión pedagógica de este curso señala dos núcleos centrales en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El primero se refería a:

...ciclo básico fundamentado en disciplinas generales, orientado a nivelar el conocimiento del ingresante y a aculturarlo al Curso, así como a promover una base de articulación donde los conocimientos específicos del área médica pudieran asentarse. Se debe destacar la introducción de matemática y ciencias sociales en este momento inicial, que, aunque señaladas como de bajo impacto en la formación, se consideran como diferenciales; y la bioquímica, disciplina considerada modelo del Curso en varios sentidos: metodológico, relacional, aculturador. A continuación del ciclo básico, los contenidos constituían lo que se denominó “Bloques”, cuya presencia se determinaba por la proximidad con el sistema corporal y no por la frontera disciplinar, lo que llevó a un reordenamiento en las disciplinas y al cuestionamiento de los territorios disciplinares. Desde esta organización en bloques, el alumno pasaba al ciclo clínico, cuando se llamaba a la práctica clínica simultánea a la formación teórica, acercándolos a la práctica profesional, con énfasis en Clínica Médica, Medicina Preventiva, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría. (Tavano, 2015, p. 243)

Una de las características fundamentales del CEM era la proximidad entre profesores y alumnos, con alta participación del alumnado en las orientaciones del curso en los llamados “foros”:

Los Foros tenían, entonces, regularidad, pero no necesariamente predeterminación –pues ocurrían al cierre de un período y no en una fecha significativa preexistente– y reunían a los alumnos y profesores que se encontraban en ese período para discutir las materias, los contenidos, los métodos, las relaciones, con participación intensa

de los alumnos. Aunque los Foros eran lugares de discusión y sin poder deliberativo, podían influir en la CODCEM para que tomara decisiones e iniciara cambios en el Curso, y también influir en los profesores para que propusieran modificaciones en sus propias prácticas y contenidos. (Tavano, 2015, p. 245)

El Curso sistematizó poco material didáctico dirigido a los alumnos, hasta el punto de que se seguían *pari passu* todas las clases y lecturas. Eso se debía a que las clases se definían en el propio proceso de formación. Los contenidos didácticos del Departamento de Medicina Preventiva y Experimental se tradujeron en las contribuciones de sus profesores, mediante textos indicados y mimeografiados, el trabajo pedagógico propuesto y algunos ejercicios para los estudiantes de grado, habiendo acceso solo al material didáctico correspondiente al año 1972, lo que permite tener una visión, aunque resumida, de sus temáticas y estrategias pedagógicas. En ciencias sociales y planificación, los textos teóricos de referencia adoptados en el curso fueron:

El cambio social global (Tamas Szmrecsanyi), El urbanismo como modo de vida (Louis Wirth), Acerca de las ciudades y los campos (George Friedman), De la sociedad industrial (Raymond Aron), La familia brasileña (Antonio Candido), Estructura burocrática y personalidad (Robert King Merton), Sociedad afluyente en perspectiva, el estado del bienestar social: un estudio comparativo (T. H. Marsall), Desarrollo y subdesarrollo latinoamericano (Gunder Frank), Subdesarrollo y política global de desarrollo (Francisco Zamora). (Curso de Ciencias Sociales y Planificación, 1972, p. 1)

Además de las clases teóricas, los alumnos debían desarrollar proyectos de investigación, 40 horas por alumno en cuatro semanas, sobre los siguientes temas:

a) Profesión médica (expectativas antes y después de la formación, estudio comparativo entre alumnos del 1° año del curso y médicos residentes); b) Indicadores de salud (tasas de morbilidad de enfermedades de mayor prevalencia, estudio comparativo entre institución hospitalaria gubernamental e institución hospitalaria privada); c) Demografía (recolección de datos de políticas poblacionales, estudio comparativo entre teorías maltusianas y anti-maltusianas). (Curso de Ciencias Sociales y Planificación, 1972, p. 1)

Los textos elegidos por el área de epidemiología eran de dos tipos: el primero aparentemente escrito por los profesores, con la compilación de varios autores y ejercicios para desarrollar en clase. Eran ellos: “Indicadores de frecuencia de enfermedades”, “Consideraciones iniciales sobre enfermedades crónicas”, “Planificación en salud” y “Epidemiología analítica – estudios epidemiológicos tipo caso-control”. De otro tipo eran fragmentos de obras como la traducción libre del capítulo I, “Introduction to Epidemiology”, de Fox J. P. *et al.* En el año 1972, las clases de Epidemiología se impartieron los días 20, 22, 23 y 26 de abril, con los siguientes temas: “a) Presentación e introducción a la epidemiología – el objeto de la epidemiología, los indicadores de frecuencia; b) Indicadores de frecuencia y ejercicios sobre el tema; c) Epidemiología analítica y ejercicios sobre el tema; d) Concepto de ‘causa epidemiológica’ y discusión” (Curso de Epidemiología, 1972, p. 1).

De las actividades del Departamento de Medicina Preventiva en el Centro de Salud de Lapa en el año 1972, también se encontró un material didáctico sobre salud mental dirigido a los alumnos: un texto mimeografiado redactado en nombre del Departamento, que contenía los siguientes temas:

a) Introducción a la Salud Mental, b) Acciones Preventivas en Salud Mental, c) Procedimientos Fundamentales, d) Tipos de entidades utilizadas y sistemas especiales en Salud Mental, e) Epidemiología de las enfermedades mentales y recursos disponibles para las actividades de Salud Mental – algunos datos disponibles, f) Resultados de la adopción de nuevos métodos de trabajo en Salud Mental, g) Fragmentos del Informe presentado al V Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 1971 por Luiz Cerqueira, referente a Brasil en el trabajo “Resistencias a las prácticas comunitarias”. (Unidade-Saúde Mental. 1972)

Ese material debió haber suscitado polémica entre ciertos grupos de la Facultad de Medicina, porque contradecía las teorías hospitalocéntricas y asilares implementadas por el profesor y director del Instituto de Psiquiatría del HCFMUSP, Antônio Carlos Pacheco e Silva. El texto defendía el fin del régimen asilar y denunciaba la inadecuación de los servicios prestados a la población, señalando la quiebra del sistema psiquiátrico brasileño y paulista, al mismo tiempo que presentaba los primeros movimientos de reforma psiquiátrica, que ocurrían en Europa y en América Latina. Sobre el Hospital de Juqueri, decía:

...el 31/2/1964, tenía 13.345 enfermos. En 1970, llegó a tener 17.000 enfermos. En 1965, uno de los tristes récords del Hospital de Juqueri era su tiempo medio de permanencia, estimado en 1.863 días. La tasa de fallecimientos en esa institución ha sido, durante años consecutivos, mucho más alta que la expectativa compatible con hospitales psiquiátricos. Parece que $\frac{1}{4}$ de las altas salen de allí en un ataúd. (Unidade-Saúde Mental. 1972)

El fin del Curso Experimental

El 30 de agosto de 1974, Carlos da Silva Lacaz, uno de los firmantes de la creación del CEM-USP en 1966 y paradójicamente su mayor líder opositor, fue conducido a la dirección de la FMUSP y, en su discurso de posesión, anunció su primera medida: el cierre del Curso Experimental. Una evaluación más profunda de lo ocurrido en ese curso revela una serie de cuestiones entrelazadas que pueden explicar ese cierre. Aunque posiblemente no agoten el tema, los motivos aquí indicados tal vez ayuden a comprenderlo. Serían ellos los político-institucionales, infraestructurales y pedagógicos. En esa compleja red de hechos, se puede seguir también cómo el Departamento de Medicina Preventiva se vio atrapado en el proceso.

Inicialmente, cabe señalar el nuevo escenario que la política educativa de la enseñanza superior imprimió en la FMUSP con la Ley 5540/1968, reorganizando las áreas de enseñanza e investigación, creando institutos de ciencias básicas, asignando profesores a departamentos y estableciendo las Directrices y Bases de la Educación Nacional de las materias en ciclo básico y profesionalizante con matrícula semestral e introducción del sistema de créditos. Ese contexto provocó un inmenso malestar en la FMUSP, que experimentó un cambio inesperado y abrupto de sus actividades, además de perder un poder que se concentraba en manos de un grupo muy preciso de profesores. Según el análisis de Favaretto:

...hubo aceptación, oposición y perplejidad. Al fin y al cabo, la Reforma Universitaria establecida por un gobierno militar autoritario, que atendía a los anhelos de los medios académicos en ciertos aspectos, frustrando las expectativas de los partidarios del gobierno, explica el largo período de tensiones y disputas que involucró su elaboración. (2017, p. 93)

Con tal cambio, la FMUSP fue:

Obligada a ceder sus cátedras básicas al Instituto de Ciencias Biomédicas de la USP, que no solo era la organización donde se agruparían todos los profesores de los diversos cursos de la Universidad, sino que también estaba geográficamente ubicada lejos de la sede de la Facultad, pues se encontraba en la Ciudad Universitaria. Además, los catedráticos fueron destituidos de su cargo y de la vitalidad y, junto a sus asistentes, fueron asignados a los departamentos. Aunque la acción fue gradual, porque el Instituto de Ciencias Biomédicas fue creado por ley, pero no había espacio físico para albergar a todos de inmediato, y muchos profesores permanecieron en sus unidades de origen hasta que los espacios estuvieron disponibles, ya en 1969 la nueva organización estaba regulada y en aplicación, y se exigieron nuevas relaciones de poder. (Favaretto, 2017, p. 93)

En su informe sobre las actividades de la FMUSP en 1969, João Alves Meira, su director, dejaba claro que la Reforma del año anterior había sido una ingrata sorpresa, aunque en un principio había contado con su apoyo:

...es necesario aclarar desde el principio que mi posición no fue contraria a la Reforma Universitaria, sino favorable a que sus principios sanos e innovadores se aplicaran sin poner en riesgo a las instituciones, como la Facultad de Medicina, que por su organización venía cumpliendo fielmente su papel en la conservación de las unidades. (Meira, 1970, p. 1)

Se refería sobre todo a la salida de las áreas básicas hacia la Ciudad Universitaria:

...me parece difícil aceptar, sin cuestionamiento, que se desintegre lo que estaba integrado para intentar una integración sobre bases aún carentes de experiencia y de sólida argumentación. Y esta separación se hará de golpe, sin un período razonable de transición que justifique, por sus resultados, una cautelosa alteración gradual del estado anterior. (Meira, 1970, p. 1)

Con el Experimental en marcha, otro hecho que merece destacarse fue el impacto de la dictadura civil-militar, que generó una serie de interpretaciones ideológicas e intereses corporativos. Por un lado, con la salida repentina de

los profesores responsables de la organización del curso, debido a las jubilaciones compulsivas:

Alípio Corrêa Neto se jubiló. De repente, por decisión del Acto Institucional número 5, el AI-5, específico para la USP, fueron jubilados decenas y decenas de profesores. El AI-5 es de diciembre de 1968, la destitución fue en abril de 1969. El profesor Isaías Raw, que entonces era coordinador del Experimental, fue destituido. El director de la Facultad era el profesor João Alves Meira, y él debía designar un titular como coordinador de la comisión. El profesor Guilherme, de Preventiva, no tenía la menor posibilidad, porque la Facultad de Medicina nunca aceptó al Departamento de Medicina Preventiva. Entonces, me tocó a mí, como se dice. (Machado, 2010, p. 10)

Por otro lado, según la interpretación de Guilherme Rodrigues da Silva, con la llegada de Carlos da Silva Lacaz al poder, ya sea como secretario de Salud del Municipio de São Paulo en la gestión de Paulo Salim Maluf, en 1970, o como director de la FMUSP en 1974, habría ocurrido una crisis provocada, que involucró sus intereses:

...era director de la unidad el profesor Carlos da Silva Lacaz, que decidió postularse ante el gobierno militar para el Ministerio de Salud. Él optó por abrir un proceso político que garantizaría –al menos eso pensó él, aunque los militares pensaron lo contrario– su designación al Ministerio. Lacaz decidió, como director, proponer la eliminación del curso con el argumento de que se trataba de un grupo de comunistas. ¿Por qué se usó ese argumento tan extraño? Llamar comunista a Isaías Raw es algo fantástico. Llamarme a mí, por suerte, pero llamar comunistas a Isaías y a Eduardo Marcondes era algo incomprensible, si no hubiera algo de ese tipo detrás. (Silva, 2001, pp. 16-17)

Finalmente, si hubo una sinergia entre profesores y alumnos, versión que parece acompañar una memoria de toda esa generación, el día a día del Experimental transcurrió, desde el punto de vista infraestructural, sin la inversión esperada o, al menos, no a la velocidad requerida:

...el gobernador ofreció recursos modestos, en parte usados para contratar algunos asistentes y para completar un laboratorio de histología en la Ciudad Universitaria. A diferencia de la vieja Casa, no tendríamos 400 microscopios, 100 para cada disciplina. Usábamos

aulas en el Instituto de Química y en el galpón de histología de la Universidad. En marzo de 1968, estábamos funcionando, sin inversiones en edificios ni en personal (se contrató un único empleado administrativo que fue asignado a mi laboratorio y me ayudaba en el Curso Experimental). En la reunión semanal, acordábamos el currículo. Discutía con Junqueira cuándo él enseñaría mitocondria para que yo enseñara bioenergética, y así sucesivamente, eliminando cursos aislados del curso tradicional. Teníamos incluso un horario flexible, sin horas dedicadas rígidamente a cada uno de ellos. (Raw, 2012, p. 137)

También, en la visión de Eduardo Marcondes, hubo limitaciones infraestructurales en el campo burocrático, destacándose un área considerada central: el programa de medicina comunitaria, primera experiencia que involucró la enseñanza clínica fuera del Hospital de Clínicas, con entrenamiento en un centro de salud:

El Centro de Salud de Lapa, el Dispensario de Tuberculosis de Ipiranga y el Hospital Municipal de Tatuapé representaron lugares de enseñanza de gran valor. Sin embargo, no fue posible presentar a los alumnos un enfoque verdaderamente comunitario de los problemas de salud de una colectividad, a pesar de algunos intentos realizados (visitas domiciliarias, proyectos de investigación para desarrollar fuera del centro, presencia de los alumnos en algunas actividades del centro) debido a: 1) la imposibilidad de poner el Centro de Salud bajo el mando de la Facultad de Medicina; 2) la falta de delimitación de una comunidad real, de dimensiones claras y población definida; 3) la falta de una definición integrada de objetivos educativos por todas las disciplinas. (Machado, 1969, p. 191)

El Hospital Universitario fue construido bajo una serie de contratiempos de orden político y presupuestario a partir del año 1968. Fue inaugurado el 6 de agosto de 1981 y, según su superintendente, entre 1986 y 1988:

...la activación del HU respondió a los reclamos de la comunidad vecina y, de a poco, se pusieron en funcionamiento algunas camas, primero en pediatría y después en obstetricia. Cuando llegué, el hospital, que es para cuatrocientas camas, tenía apenas setenta camas activadas. (Fusco, 2010, p. 101)

Fue dentro de ese encuadre y con el apoyo de la Congregación de la Facultad que, ya en su discurso de toma de posesión, Carlos da Silva Lacaz pedía la constitución de una Comisión para proceder al cierre del proyecto del CEM-USP y su incorporación al curso tradicional, por medio de un proyecto llamado *fusión curricular*, a partir del año 1976. En una carta enviada a los alumnos, Carlos Lacaz hizo una larga crítica a la coyuntura vivida y, entre líneas, se manifestó sobre cómo entendía la propuesta del CEM-USP:

La Congregación de la Facultad de Medicina, reuniendo a la mayoría de su cuerpo docente, constituida por profesores de la estatura moral y científica de un Décourt, de un Zerbini y de su decano, el profesor Cintra, deseaba salvaguardar el nombre de la gran institución, ya tan sacrificada por la reforma universitaria, que la había vaciado de sus cátedras preclínicas. Era urgente la reformulación del currículo de la Facultad de Medicina, cuya enseñanza venía siendo perjudicada en estos últimos años, desmotivando a los alumnos y llevándolos incluso a abandonar el curso de medicina. (Lacaz, 1976)

Frente a esa posición, en la que ya estaba implícita una crítica a la división de las cátedras entre clínicas y básicas, con la Reforma de 1968, el Curso Experimental no fue preservado. Presidida por el profesor João Alves Meira, dicha Comisión⁹ elaboró un programa único, previendo que en el año 1979 todos los alumnos estarían unificados por un único currículo, como de hecho ocurrió (Meira, 1976, p. 1). En la presentación del curso de grado en medicina en 1976, se hacía mención a la nueva reestructuración curricular:

...el 30 de agosto de 1974, la Congregación de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo decidió constituir una Comisión para llevar a cabo los estudios orientados a la unificación de los Cursos Tradicional y Experimental de medicina, a partir de 1976. La decisión se derivó de la aprobación, por parte del entonces Colegio de Enseñanza, de una propuesta que le había sido presentada por el profesor José Ferreira Fernandes, del Instituto de Química, quien sugería la creación de una Comisión de Fusión de los dos cursos

⁹ Integrada por los profesores Eduardo Marcondes, Emílio Mattar, Guilherme Rodrigues da Silva y Sebastião de Almeida Prado Sampaio de la Facultad de Medicina, por el profesor Wilson da Silva Sasso, del Instituto de Ciencias Biomédicas, y por los académicos Antônio Tadeu Fernandes y Alberto H. Kanamura, con asesoría de D. Helena Martins Nesse y D. Egle M. Bonecker.

ofrecidos por la Universidad de São Paulo. La Comisión está presidida por el profesor João Alves Meira e integrada por los profesores Eduardo Marcondes, Emílio Mattar, Guilherme Rodrigues da Silva y Sebastião de Almeida Prado, de la Facultad de Medicina, por el profesor Wilson da Silva Sasso, del Instituto de Ciencias Biomédicas, y por los académicos Antonio Tadeu Fernandes y Alberto H. Kanamura. (Curso de Graduação em Medicina, 1976, p. 1)

Sin duda, se intentó formular un discurso capaz de neutralizar las posibles divergencias ocurridas en el proceso, al decir en la Introducción que el curso debía formar al médico tanto en áreas relativas:

...a la colectividad, en la aplicación de acciones preventivas y curativas, así como contar con una sólida formación científica, debe ser capaz de una renovación constante de conocimientos por medio de un proceso de aprendizaje continuo y estar capacitado, sin ninguna restricción en su campo de visión, para realizar estudios más sistematizados mediante programas de entrenamiento orientados a la formación especializada. (Curso de Graduação em Medicina, 1976, p. 3)

Otro punto interesante fue la reintegración del lugar central del Hospital das Clínicas y de sus institutos, pero también del Hospital Universitario en construcción y la sustitución del Centro de Salud de Lapa, usado hasta entonces, por el Centro de Salud Escuela de Butantã.

Se había garantizado al Departamento de Medicina Preventiva una asignatura de 90 horas, que ya venía siendo impartida en el Curso Experimental y que tendría continuidad en el Curso de Fusión: la de Ciencias Sociales. Esta tenía como objetivo:

...profundizar, con referencias en la sociedad brasileña, el análisis de las relaciones entre salud y estructura social, propuestas de forma general por el curso de Ciencias Sociales. Favorecer la comprensión de la política de salud y sus formas actuales de organización de la atención médica en el proceso de desarrollo social. Contribuir para que el alumno visualice, a partir de las condiciones actuales, las alternativas futuras para el desarrollo de las prácticas médicas y de las condiciones de integración del médico en la estructura de la atención médica. (Curso de Graduação em Medicina, 1976, p. 42)

Sin embargo, durante el proceso de instalación del Curso de Fusión, los dirigentes de la institución reaccionaron ante esa asignatura, lo que abrió espacio para una comprensión más amplia de las motivaciones que llevaron al cierre del Experimental.

La figura de Guilherme Rodrigues da Silva ganó centralidad en la conducción de la participación del Departamento de Medicina Preventiva en el CEM-USP. Cuando llega como profesor catedrático, el curso ya había sido creado, pero pronto fue ubicado como uno de los articuladores que debía acompañar de forma cotidiana el desarrollo del curso, junto a los profesores Alberto Carvalho da Silva, Alípio Corrêa Neto, Antônio de Barros Ulhôa Cintra, Eduardo Marcondes e Isaías Raw. Al investigar las bases curriculares del Curso Experimental, Patrícia Tavano entrevistó a exalumnos y profesores que vivieron el período, los cuales no dejan dudas sobre la presencia y la oposición que enfrentó Guilherme Rodrigues da Silva. Su origen “mulato” y sus convicciones “comunistas” fueron los atributos que más lo pusieron bajo sospecha:

...algunos profesores fueron perseguidos, y Guilherme Rodrigues fue uno de ellos, era de Medicina Preventiva. Había otro, Euclides Castilho, que también era de Medicina Preventiva. Ese grupo que tenía una actividad más, digamos, social, ellos [los agentes de la dictadura] los vigilaban de cerca. Realmente fueron perseguidos. La situación de Guilherme era algo extraña, porque era bahiano, negro, profesor titular, y era abiertamente comunista. Entonces, tenía todo en contra para que la dictadura lo persiguiera. Fue una persona que fue algo perseguida. (Tavano, 2015, p. 112)

En cuanto al abordaje de cuestiones de la salud por medio de las ciencias sociales —lo que llegaría a caracterizarse como una sociología de la salud—, en consonancia con la perspectiva más práctica y de enseñanza integral del CEM-USP, la opción recayó en una asignatura para el primer año que, para discutir las teorías sociales, se valía de investigaciones operacionales y de campo con temas médicos, impartida por la profesora Cecília Donnangelo, del Departamento de Medicina Preventiva. La FMUSP utilizó un recurso anterior para superar esa cuestión: indicó al Departamento de Medicina Legal como oficialmente responsable de esa asignatura, cuestión que venía desde la creación de la cátedra de medicina preventiva, en 1967:

...el profesor de Medicina Legal, Hilário Veiga de Carvalho, logró crear mecanismos para asegurar la inclusión, dentro del conjunto de su área, de asignaturas típicamente del campo de la medicina

preventiva y social, tales como Salud Ocupacional, Medicina del Trabajo y Medicina Ocupacional. En esa época, la Medicina Legal contaba con apenas un profesor catedrático y un docente, con muchas dificultades para desarrollar las actividades de Medicina Legal y Ética. No obstante, el profesor Hilário logró incorporar a la Cátedra (y más tarde al Departamento, creado con la reforma de 1968) las asignaturas mencionadas e insertar en los reglamentos la referencia nominal al Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social y del Trabajo. Tal situación ofreció justificación para la transferencia de la vinculación funcional al Departamento de Medicina Legal, del Servicio de Salud Ocupacional del Hospital das Clínicas, que había sido creado por el gobierno Montoro, por propuesta del Departamento de Medicina Preventiva. (Silva, 2002, p. 26)

Fue así que, al inicio de las clases, en 1976, hubo una acción abierta vinculada a la asignatura de ciencias sociales, que puso fin a esa experiencia formativa en la graduación. Esto se debió a que, junto con el proyecto de fusión curricular, se envió al entonces coordinador de la Cámara de Graduación de la USP un alegato sobre el hecho de haberse permitido:

...distorsiones evidentes de la estructura curricular actual que no han atendido a las necesidades de la enseñanza, cuyo nivel, según los docentes, ha venido cayendo de forma alarmante. Asignaturas no pertinentes para la formación del médico, como “Ciencias Sociales”, han sido impartidas [...] [y se pedía la urgente] supresión de la asignatura de Ciencias Sociales, cuyo contenido impartido se identifica con el impartido en un departamento de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas. (Lacaz, 1976)

La intención era cerrar la disciplina existente y ubicarla en el Departamento de Medicina Legal, Medicina Social y del Trabajo y Deontología Médica. Un documento, también un borrador, pero en papel membretado y bajo la rúbrica del mismo departamento, declaraba que dicha disciplina no sería de Ciencias Sociales, sino de Medicina Social, o sea:

...una posición intermedia entre ciencias de la salud y ciencias sociales, por lo tanto, es válido considerarla como un ramo del saber y del hacer que tiene como objetivo formal al hombre, en tanto ser social en relación con las necesidades de salud [...] y, en el campo de la enseñanza, tiene principalmente los siguientes ítems: la percepción

de la salud; la medicina en las diversas sociedades; el médico y la comunidad; la subcultura médica: los requisitos profesionales, científicos y sociales para el ejercicio de la profesión; la interacción social entre el médico y su cliente; la división de la sociedad y del trabajo: el sector salud y la profesión médica; el acto antisocial, la sanción social y la ley – el papel del médico; la acción antisocial: la infracción y la legislación sanitaria; la patología médico-social; la organización del sector salud en las diversas sociedades: la medicina popular, la medicina científica y la medicina socializada. (Departamento de Medicina Legal..., s/f, p. 3)

Evidentemente, esa transferencia implicaría anular los tópicos provenientes del Departamento de Medicina Preventiva y sustituirlos por cuestiones de carácter individual, moral y comportamental, incluso con base eugenésica, como ya se venía tratando en la disciplina de Medicina Social y del Trabajo en tiempos anteriores. Eran algunos de ellos:

a) Medicina sociológica: ética individual, vida desordenada, desajuste social e inestabilidad social, alcoholismo y toxicomanías; b) Ética sexual: educación sexual y orientación prenupcial, prostitución y parálisis; c) Medicina del trabajo: biotipología del trabajador, orientación y selección profesional, inmigración y transmigración, desempleo y ausentismo, patología del trabajo, infortunios del trabajo. (Programas e horarios..., 1969, pp. 17-18)

En una carta enviada al director de la Facultad el 1 de octubre de 1976, un grupo de 36 profesores sugirió cambios curriculares ante los desdoblamientos de la fusión entre el Experimental y el Tradicional. Proponían colocar “el curso de Ciencias Sociales integrado a las disciplinas de Medicina Legal Problemas Brasileños” (Carta [...], 1976). Al leer esa propuesta, el Centro Académico Oswaldo Cruz y la representación estudiantil de la FMUSP en la Congregación convocaron una asamblea y distribuyeron un material con el título: *La más nueva amenaza al curso médico de la FMUSP*. El texto trataba de la extinción del sistema de bloques, de la reducción de la carga horaria de matemática y estadística, de la rapidez de la resolución, que entraría en vigor ya en 1977, y, finalmente, “de la virtual extinción del Curso de Ciencias Sociales, con eventual transferencia al Departamento de Medicina Legal” (Convocatoria [...], 1976, p. 1). En oposición a las medidas tomadas y a la alteración curricular propuesta, se inició un movimiento de huelga del alumnado de varios años. Para la representación estudiantil, las medidas de la Congregación:

...están siendo tomadas, cuyo alcance no podemos evaluar, dado que las reuniones entre los profesores se han realizado a puertas cerradas, excluyendo la representación estudiantil. Esta actitud ocurre en el momento en que los estudiantes contactan a la dirección de la FMUSP con el fin de organizar el FÓRUM GENERAL para la evaluación de la reestructuración del currículo médico. El FÓRUM, que abre caminos para una discusión democrática del tema, contrasta con la forma arbitraria mediante la cual se intenta implantar una visión unilateral de la enseñanza médica. (A mais nova..., 1976)

Tiempos de consolidación: entre avances y retrocesos

En ese contexto, se difundió por los pasillos de la Facultad la amenaza de que quizás se cerrara el Departamento de Medicina Preventiva. Los rumores llegaron a profesores e investigadores que, al presentir la posibilidad de perder sus puestos de trabajo, buscaron asistir al curso para sanitaristas que ya se había mencionado y que impartían la Facultad de Salud Pública y el gobierno del estado. Este hecho es sumamente importante para comprender históricamente la formación de médicos sanitaristas, por las diversas movilizaciones y las intenciones más variadas, tanto en relación con la formación profesional como en el ámbito político-institucional.

El intento de asegurar el lugar del Departamento en la FMUSP fue un documento oficial de la jefatura de Medicina Preventiva, escrito por Guilherme Rodrigues da Silva y dirigido al director de la Facultad, que preconizaba:

...la necesidad de informar acerca del trabajo que se ha desarrollado en este Departamento, dado que el sentido de esas actividades ha sido objeto de suposiciones, interpretaciones incorrectas e incluso imputaciones capaces de confundir a la opinión pública, lo que puede derivarse de una deficiencia de información al respecto. No pretende, por lo tanto, reabrir la discusión sobre la materia aprobada. (Silva, 1976)

Para aclarar la importancia del Departamento en la formación médica, enlistó:

...1) la necesidad de proveer al futuro médico de elementos capaces de permitir un conocimiento preciso del perfil epidemiológico de la sociedad brasileña; 2) la necesidad de familiarizarlo con el proceso de racionalización en el uso de recursos de salud que se ha propuesto de

forma continua en los sucesivos planes nacionales de desarrollo; 3) la necesidad de prepararlo para comprender y actuar técnicamente frente a las formas de organización de la asistencia médica que se han vuelto regresivamente impositivas, en vista de las tendencias de extensión de los servicios y del aumento de costos. (Silva, 1976)

En cuanto a la disciplina de Ciencias Sociales, aclara sus objetivos:

...introducía al alumno en el conocimiento de la problemática epidemiológica, mediante actividades de iniciación a la investigación en forma de pequeños proyectos didácticos, para lo cual siempre contaba necesariamente con la participación de docentes con formación básica en medicina y recurría a amplia literatura elaborada por médicos. Los temas de investigación: mortalidad infantil, estado nutricional en escolares, esquistosomiasis en áreas urbanas, patrones de consumo de medicamentos, utilización de servicios por la población, absorción de especialistas por el mercado laboral, se informaban mediante clases, seminarios y material bibliográfico seleccionado entre textos de amplia circulación, con el objetivo de caracterizar los vínculos entre la organización social, la situación de salud y las formas de prestación de servicios médicos, con énfasis particular en la sociedad brasileña. (Silva, 1976)

Incluso con esta solicitud y con la fuerte movilización estudiantil en apoyo a la disciplina, esta se suprime entre 1976 y 1977¹⁰. Esta nueva coyuntura cambia la vida académica del Departamento, que pierde una cátedra obligatoria, y la de Donnangelo, quien pasa a desarrollar, sobre todo, actividades didácticas a nivel de posgrado¹¹, incluso asumiendo la coordinación de ese

¹⁰ Hubo huelga de los alumnos desde el 15 de octubre de 1976 hasta el 11 de noviembre de 1976. Entre los motivos de esta paralización estaban los cambios curriculares propuestos por la Congregación de la Facultad, incluido el fin de la disciplina de Ciencias Sociales.

¹¹ Entre la década de 1970 y el inicio de la de 1980, Cecília Donnangelo prestó asesoría y coorientación a Chester Luiz Galvão César (maestría), Eleutério Rodrigues Neto (maestría), Joaquim Alberto Cardoso de Mello (doctorado), Julio Litvoc (maestría), Luci Moreira da Silva (doctorado), Maria Bernadete de Paula Eduardo (maestría), Maria Mercês Santos (maestría), Moisés Goldbaum (maestría y doctorado), Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (maestría) y Solange L'Abate (maestría), y orientación a Ana Cecília Lins Silveira Sucupira (maestría), Emerson Elias Merhy (maestría), Hesio de Albuquerque Cordeiro (doctorado), Lilia Blima Schraiber (maestría), Luiz Cordoni (maestría), Luiza Sterman Heimann (maestría), Regina Maria Ferreira de Almeida (maestría) y Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (doctorado).

curso. La huelga realizada ese mismo año por alumnos y residentes, centrada también en el fin del Curso Experimental y en la suspensión de la disciplina de Ciencias Sociales de la Salud, alcanzó nivel nacional, pues alertaba sobre un problema que sería crucial en las décadas siguientes: el tipo de médico que pudiera servir al país. Para el médico Carlos Gentile Mello, en un artículo publicado en el diario *Folha de S. Paulo*:

La polémica surgida en torno al currículo que debe ser adoptado por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo no puede considerarse como una cuestión de naturaleza local o regional. Por el contrario, debe ser motivo para amplios estudios de profundidad, a nivel nacional, con el objetivo de decidir qué tipo de profesional de la medicina debe formarse para atender los intereses de los programas de protección de la salud. (Mello, 1976, p. 8)

La cuestión de la privatización de los servicios médicos, que involucraría al médico especialista en el mercado laboral, estaría socavando la propia constitución de una medicina basada en necesidades más amplias y generalistas de la atención a la población, por eso, en su percepción:

...es cierto que la formación médica y su especialización dependen básicamente del mercado laboral. Mientras el especialista sea valorado, la Universidad estará siendo presionada para preparar personal altamente calificado, pero sin vinculación con la realidad nacional de salud. En este aspecto, la Seguridad Social, el gran comprador de servicios asistenciales médicos, tiene responsabilidad directa. En la medida en que prevalezca la política de privatización, privilegiando a los productores en el campo de la medicina de mercado, la medicina del lucro, las escuelas médicas tendrán enorme dificultad para reformular su orientación. En cualquier caso, todos los estudiosos del problema de la educación médica están siguiendo de cerca los acontecimientos de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Su desenlace tendrá repercusión nacional. (Mello, 1976, p. 8)

La huelga duró 28 días, bajo amenaza de desaprobación masiva y la determinación de que todos volvieran a sus actividades, y tuvo finalmente una respuesta institucional clara. El profesor Ulhôa Cintra escribió en el diario *O Estado de S. Paulo* un artículo en el que reflejaba la visión de la Facultad sobre todo el proceso vivido hasta ese momento:

...No se puede admitir que la clínica y la cirugía queden amputadas en sus horas de enseñanza en un currículo *excesivamente* orientado a problemas sociales. [...] La realidad brasileña no incluye solo las áreas de pobreza e ignorancia. En Brasil existen todas las demás enfermedades que requieren medicina de alta calidad. Y hay evolución, con progreso rápido y continuo, que impulsa, desafía y responsabiliza a todos los brasileños. La respuesta que São Paulo da a las demandas de salud pública está en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Allí deben realizarse los estudios profundos y la profesionalización especializada para atender las necesidades del país y los intereses de quienes desean especializarse en materia de salud pública. [...] Testimonio la excelente calidad del médico de tantos y tantos residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Tan buenos de hecho, que el problema de la enseñanza médica en São Paulo, tan apasionadamente discutido, no se ha planteado en sus términos reales. Es un caso para preguntarse: ¿cómo sería posible que la enseñanza tan duramente criticada permita formar médicos tan buenos? Es un “Derecho Humano” inalienable tener acceso a la atención médica. No se puede abdicar, en nombre de ese derecho, cualesquiera sean las convicciones políticas o religiosas, de darle una respuesta adecuada a través de una buena escuela médica, con currículo equilibrado, puertas abiertas para toda la ciencia, presente y futura, sin prejuicios “sociologísticos” ni presunciones desafortunadas y demagógicas. (Ulhôa Cintra, 1976, p. 22)

Fue en ese mismo contexto que, en 1978, por inspiración de la Asociación Brasileña de Enseñanza Médica (Abem) y de la Fundación Kellogg, Mário Sayeg presentó un extenso estudio sobre la constitución del médico hiperespecializado, publicado originalmente en la revista de la propia Abem. A través de variables como las motivaciones de la elección profesional, las influencias académicas y tecnológicas y las presiones del mercado laboral a las que estaría sometido ese profesional, el autor formula cuestionamientos basados en la profundización de la especialización y en cierta pérdida del “arte” que implicaría la profesión. Sin embargo, las presiones para la formación de ese especialista involucraban, ante todo, al propio Estado. De manera ejemplar, en 1976 hubo un concurso para seleccionar médicos para el servicio público federal con el fin de cubrir los puestos del Inamps exclusivamente con médicos especializados:

...el concurso se realizó para numerosas especialidades, ya que los servicios del Inamps estaban organizados para ofrecer esas especialidades a sus asegurados y dependientes. Además de la prestación directa de asistencia médica, el Inamps también compra servicios a terceros en 41 especialidades, como consta en la Ficha Catastral de Terceros. (Sayeg, 1987, p. 65)

Finalmente, cabe señalar que, en medio del turbulento debate, el Departamento de Medicina Preventiva quedó con una disciplina de pregrado para el 3° año. En su programa de 1982, sin ninguna referencia —ni bibliográfica— a Cecilia Donnangelo, anunciaba los objetivos de:

...proveer elementos para que se pueda caracterizar no solo la situación de salud de la población brasileña, sino también comprender los determinantes socio-biológicos que configuran dichas situaciones. Pretende también proveer información acerca del proceso socio-histórico que está en la base de la forma actual de organización de los servicios médico-sanitarios brasileños para que se pueda, de modo más claro, comprender sus problemas, el carácter de sus resultados y, finalmente, sus limitaciones. (Programa da Disciplina MPR 310, 1982, p. 2)

Esos temas buscaban contemplar las preocupaciones de la salud colectiva articuladas al trabajo médico. Quedaría evidente que, incluso ante retrocesos institucionales, el Departamento de Medicina Preventiva daría continuidad a su proyecto didáctico, a saber, el de atender a la dimensión social en la formación del profesional médico, afirmando su posición frente a la institución, lo que fue de gran valor para los grupos que, más silenciosos, apoyaban la movilización hasta ese momento. Serían ellas:

1) Atención Médica: con el propósito de discutir de qué forma los servicios de salud han sido distribuidos en Brasil, a partir de las diferentes clases sociales existentes, abordando también el significado de la diferenciación presente en la atención médica ofrecida a la población; 2) Salud Mental: se presentarán informaciones básicas sobre Salud Mental, sus aspectos epidemiológicos y la organización de sus servicios; 3) Nutrición: se ofrecerán informaciones que fundamentan el análisis de los determinantes de la desnutrición como problema de la salud colectiva; 4) Demografía y Salud Materno-Infantil: se procurará presentar y discutir los determinantes de la dinámica

poblacional y sus relaciones con los patrones de la salud materno-infantil; 5) Salud Ocupacional: se pretende ofrecer informaciones básicas sobre las disciplinas que integran la Salud Ocupacional, así como las condiciones de salud de los trabajadores brasileños y del sector industrial. (Programa da Disciplina MPR 310, 1982, pp. 3-4)

No siempre perdiendo: un superintendente inesperado en tiempos de redemocratización

La década del 1980 resumiría al Departamento como un espacio académico y de servicios relevante para el campo de la salud colectiva, con sus profesores e investigadores asumiendo posiciones e influyendo en el debate de la Reforma Sanitaria, pero también para el área de medicina preventiva de la Facultad, incorporando nuevos docentes y llegando a 21, cinco de ellos en el Instituto de Medicina Tropical¹². Las actividades docentes lograron ampliarse con el curso de Perfeccionamiento Médico en régimen de residencia, el curso de Perfeccionamiento Médico para profesionales no médicos y el curso de posgrado *stricto sensu* (maestría y doctorado). Esas actividades departamentales eran compartidas por convenio con la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, para el funcionamiento del Centro de Salud Escuela Samuel B. Pessoa, por convenio de investigación con organismos financiadores oficiales como USP-Finep, USP-CNPq y Opas, y en la dirección de tres Laboratorios de Investigación Médica (LIM) (Departamento de Medicina Preventiva, 1986). Fue también en la década del 1980 cuando ingresaría una nueva generación de profesionales médicos y de la salud de diversos puntos del estado y del país, buscando un espacio de formación en residencia médica en el Centro de Salud Escuela de Butantã o, en paralelo, integrando el programa de posgrado. En fin, fue un período de vigor entre los pares, vivido entre avances y retrocesos, pero con cierta consolidación académica.

El año 1983 se abrió con dos eventos capitales para la reestructuración departamental y su campo de fuerzas dentro de la FMUSP. El primero fue la muerte trágica y precoz de Cecília Donnangelo¹³, en un accidente automovi-

¹² Eufrosina Setsu Umesawa, Herminia Yohko, Ione Irulegui Gomes, Kanamura Kawada, Maria Carolina Soares Guimarães y Waultraut Helene Lay.

¹³ El Departamento sufrió otras pérdidas precoces, de docentes que fallecieron en la plenitud de la carrera: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, en 1996, a los 49 años, Ricardo Lafetá Novaes, en 1998, a los 52 años, y Paulo Eduardo Mangeon Elias, en 2011, a los 59 años.

lístico el día 25 de enero de 1983, lo que tuvo un inmenso impacto en todo el campo de la salud colectiva. Cuando fue lanzada, la revista *Saúde e Sociedade* publicó un breve texto de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves sobre la personalidad de Donnangelo y su importancia como educadora e investigadora:

En la dimensión de educadora y militante de su trabajo, enteramente solidaria con la de investigadora, es donde mejor se reveló la grandeza de su ejemplo. Pues todos los que convivimos con ella aprendimos una lección que se puede aprovechar mal, pero no se puede olvidar: la búsqueda racional de la Verdad es indisociable de la búsqueda del Bien. El vigor apasionado con que se lanzaba a la defensa del rigor metodológico encontraba su justificación profunda en la conexión entre el Bien y la búsqueda de la Verdad; la indignación conmovedora con que ponía el amor por la humanidad por encima de cualquier Verdad teórica fundamentaba la justa relación entre ambos. En algunas generaciones de alumnos y compañeros quedó grabada esa postura ética como un imperativo de conciencia absolutamente irrenunciable. Por la fuerza de su presencia, ahora mediada por las prácticas de toda una multitud de trabajadores en salud que ayudó a formar, directa e indirectamente, Cecília Donnangelo es uno de los pilares sobre los cuales se constituye la salud colectiva brasileña como área de trabajo vivamente atenta a las relaciones entre las pulsaciones de los compromisos sociales y las exigencias de la seriedad profesional. Mientras así sea, ella permanece viva. Que las páginas de esta revista puedan contribuir para la permanencia de esa tradición. (Mendes-Gonçalves, 1992, pp. 4-5)

Ante esa coyuntura inesperada, se impuso la necesidad de reacomodar a profesores, alumnos y cursos¹⁴, así como de rearticular la jerarquía entre los miembros del Departamento y del Centro de Salud Escuela de Butantã. Otro hecho importante, en el mismo año 1983, ocurrió en un espacio bastante

¹⁴ Amélia Cohn, Ana Maria Pitta Hoisel, Edith Seligman da Silva, Euclides Ayres de Castilho, José Eluf Neto, Judith Kardos Kloetzel, Julio Litvoc, Lília Blima Schraiber, Luci Moreira da Silva, Marcília de Araújo Medrado Faria, Maria Zilda de Aquino, Moisés Goldbaum, Nelson Bedin, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Ricardo Lafetá Novaes, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves y Wanderley Nogueira da Silva. Las diversas atribuciones de Donnangelo fueron redistribuidas: en la coordinación de la Comisión de Posgrado, fue reemplazada por Euclides Ayres de Castilho y sus auxiliares Ricardo Lafetá Novaes y Amélia Cohn; como representante libre docente del Consejo Departamental, fue designado Clóvis Takiguti; y la asignatura del curso de posgrado Planificación y Cambio Social quedó a cargo de Amélia Cohn.

particular y valioso para la comunidad médica de la FMUSP: la Superintendencia del Hospital de Clínicas. Ese período estaba marcado por la llamada apertura política con, de un lado, la movilización de sectores organizados de la sociedad civil que pedían el fin del régimen dictatorial y, del otro, los conductores del régimen que insistían en la idea de una “sedimentación de su ideario de democracia”, dando seguimiento al proceso de aceptabilidad del régimen. Según Rezende:

...la tentativa del régimen de proyectarse hacia el futuro, como quedó evidenciado en el período de apertura, indicaba que los militares se estaban empeñando en crear las condiciones para que la dictadura no llegara a su fin, sino que sobreviviera bajo otra forma y/o fuera solamente suspendida con carácter definitivo o no. Esto atravesó de manera sutil todo el proceso de paso de la dictadura hacia la llamada Nueva República (1985-1989). (2001, p. 323)

En el caso de las universidades, la lucha por la democratización se traducía en el cuestionamiento de los procesos de elección de sus dirigentes: “el cambio en las universidades era aún más significativo, ya que no se trataba de restablecer formas de participación ultrajadas, sino de crear mecanismos inexistentes” (Motta, 2014, p. 347). Fue en ese contexto polarizado que se posicionó el recién asumido gobernador Franco Montoro¹⁵, proponiendo la democratización de los procesos de elección en instituciones públicas del Estado, incluyendo en este caso al Hospital de Clínicas, que hasta entonces recibía su designación a partir de una terna formulada únicamente por la Congregación de la FMUSP. A tal propósito, el director de la Facultad, Silvano Raia, envió a los miembros de la Congregación una carta argumentando contra la elección directa, basado en la constitución del Consejo Deliberativo y exigiendo que la Asamblea Legislativa del estado presentara un proyecto que reestructurara la previsión de una participación comunitaria, asunto que venía siendo debatido y aguardado por la institución desde 1979. Con ese argumento, pedía la aprobación de la siguiente moción:

La Congregación no reconoce validez a la elección propuesta por varias asociaciones para la elección del Superintendente del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y, por lo tanto, decide no enviar a los representantes solicitados para la

¹⁵ André Franco Montoro (1916-1999) fue gobernador de São Paulo de 1983 a 1987.

respectiva Comisión Electoral. Sin embargo, autoriza al Sr. Director de la Facultad y a los miembros del Consejo Deliberativo del Hospital de Clínicas a reunirse con representantes de las entidades que constituyen la comunidad del Complejo HC-FMUSP con el fin de elaborar la terna reglamentaria para la elección del Superintendente. (Raia, 1983)

Sin embargo, esa posición no impidió que se abrieran las inscripciones y tres candidatos manifestaran interés por el cargo: Rui Telles Pereira, pediatra y especialista en administración hospitalaria; Olival Oliveira Santos, profesor y doctor en servicio de endoscopia; y Guilherme Rodrigues da Silva, entonces jefe del Departamento de Medicina Preventiva. En el material de propaganda de campaña de Guilherme se presentaba un resumen de sus propuestas para el Hospital, entre ellas: 1) la autogestión de recursos humanos, luchando por la justa atención a las reivindicaciones salariales de los médicos y demás empleados, así como creando una carrera para el médico del HC con el fin de que tuviera condiciones de progresión similares a las del cuerpo docente de la FMUSP; 2) administración de recursos materiales, desarrollando una política de sustitución de materiales importados y de utilización de la capacidad industrial local, descentralizando la ejecución presupuestaria por instituto, simplificando el proceso de compra y dotando al servicio de radiología de equipos modernos; 3) enseñanza e investigación, identificando los anhelos de la comunidad para garantizar una integración armónica entre el Hospital y la Facultad, valorizando el trabajo de investigadores no médicos; 4) asistencia médica, encontrando mejores usos para las áreas ociosas o desocupadas del Instituto Central, promoviendo la adecuación de recursos humanos, humanizando y modernizando la relación con pacientes y sus familiares; 5) el HC y las entidades, apoyando a las entidades representativas de la comunidad HC en el perfeccionamiento y el envío a la Asamblea Legislativa de su propuesta alternativa de transformación del HC en una autarquía especial (Figura 1).

Los intentos de los candidatos por promover debates fueron rechazados, habiéndose prohibido el uso de los espacios de la institución. Ese fue el caso de Rui Telles, que intentó reunir a los trabajadores del hospital en uno de los anfiteatros de la Facultad, pero fue impedido de entrar:

...aunque logró atraer a parte del electorado, permaneció afuera, distribuyendo los folletos de su campaña. Triste por esa situación, Telles Pereira consideró el impedimento una forma de opresión. Algunos de los empleados atraídos al debate decían que es la Ley Falcão funcionando dentro del Hospital de Clínicas. (*Jornal da Tarde*, 5 mar. 1983, p. 9)

ELEIÇÕES NO H.C.

dias 22 e 23 de março

JUNTOS, MUDAREMOS O HC

Vamos eleger nosso
superintendente

PELA

DEMOCRACIA

PARTICIPAÇÃO

DESCENTRALIZAÇÃO

Vote Prof. Guilherme

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é uma instituição em franca decadência. A razão desse estado de coisas é o descaço que seguidos governos têm tido com a população em geral e a marginalização dos funcionários nas decisões que lhes dizem respeito.

O abandono do Hospital das Clínicas pelo governo e a desestimulação do trabalho do funcionário, pelo autoritarismo interno, geram um quadro que só tem uma solução: uma administração participativa, na qual a comunidade de funcionários do H.C. tenham real e direta participação.

Só nos envolvendo diretamente com as ações que nos dizem respeito seremos capazes de col-

ocar o Hospital no seu devido lugar e responder de fato às necessidades de saúde da população. Em outras palavras: só racionalidade administrativa, conhecimentos administrativos e propostas técnicas e não o uso do poder.

É necessário antes de tudo uma disposição imensa para o diálogo, precisamos descentralizar e democratizar o uso do poder. Temos que ter uma história de participação nessas lutas gerais da sociedade.

Tudo isso remete o nosso apoio e cobrimos a pessoa impar do **PROF. GUILHERME RODRIGUES DA SILVA** — democrata de todas as horas e grande responsável pela mudança de ver e

1) Albertina Duarte - Med. ICHC; 2) Adílio de Souza - Exer. PAMB; 3) Antonio Luiz Junqueira - Med. ICHC; 4) Ambelinda Fonseca de Oliveira - Med. Res. ICHC; 5) Alberto Hisaki Karamura - Med. ICHC; 6) Ana Maria Mallick - Med. PA; 7) Armando da Costa - The PG; 8) Angélica Moreira Ribeiro - Exat. ICHC; 9) Angela Ciccarelli Pinha - Aten. ICHC; 10) Ana Elia Roddes Helms - Exat. ICHC; 11) Augusto José da Silva - Secret. LIM; 12) Beatriz Helena Lefevre - Fisic. ICHC; 13) Harlio Langer - Prof. FMUSP; 14) Cleusa Th. Inohashi - Nutri. ICHC; 15) Cleusa Francisca de Aguiar - Aten. INCOR; 16) Cláudio Pinto Melo - Eng. INCOR; 17) Carlos Caralhad Pereira - Adm. INCOR; 18) Cláudia Regina Leal - Ass. Soc. INCOR; 19) Cláudia Riccio - Ass. Soc. INCOR; 20) Cláudio Meneghetti - Med. INCOR; 21) Carmelita Brás Bahia - Of. Adm. ICHC; 22) Clóvis K. Targuier - Prof. FMUSP; 23) Carlos Eduardo Corbett - Prof. FMUSP; 24) Cristiano Zerbini - Med. ICHC; 25) Cláudio Panatieri - Med. ICHC; 26) Cláudio Romero Moreira - Reser. ICHC; 27) Dagoberto Collares - Med. ICHC; 28) Domingos Braga Santana - Ex. Pres. ASHC; 29) Denise Scholtz - Med. Res. PREV; 30) Domingos Paulo Infante - Med. ICHC; 31) Célia Toyama - Exat. ICHC; 32) Erci Aparecida Silva - INCOR; 33) Eduardo Marcondes Machado - Prof. FMUSP; 34) Elizabeth Lima Nicodem - Med. ICHC; 35) Edna Machado - Med. ICHC; 36) Eduardo Juan Trueta - Med. ICHC; 37) Elina Fernandes Teixeira - Exat. ICHC; 38) Edouard Boudet - Exer. INCOR; 39) Francisco Pereira Araújo - Exer. ICHC; 40) Fábio Leopoldo Pinheiro - Med. ICHC; 41) Fernando Cotez Bessa - Oliveira - Med. ICHC; 42) Fernando Brides - Med. ICHC; 43) Francisco José Basso de Aguiar - Med. ICHC; 44) Grazianna Rodrigues de Lima - Aten. ICHC; 45)

Gerison Zanetti da Lima - Med. ICHC; 46) Gláucia Mussi Correa - Exat. ICHC; 47) Gláucia Porto - Med. ICHC; 48) Giovanna Guido Cerr - Med. ICHC; 49) Genaro da Silva Gomes - Exer. SAMSS; 50) Henrique Grunbaum - Med. ICHC; 51) Ivana Carmem Dal Quercio Basso - Med. ICHC; 52) Iracema Conceição Ferreira do Carvalho - Assist. ICHC; 53) Irene Abramovich - Med. ICHC; 54) José Pinheiro Crouch - Med. Res. Cirurg; 55) Jorge Henri - Med. Res. PQ; 56) José Carlos do Carmo (Kali) Med. Res. Prev; 57) Expedito da Lima - Med. Res. Prev; 58) João Alair Gergel - Med. Res. ICHC; 59) Joséolina Magalhães Andrade Cordeiro - Med. ICHC; 60) Joel Vile Nova - Cont. Portuário ICHC; 61) Job Pereira de Oliveira - Tec. de CC; 62) José Meneses Rodrigues - Ass. Soc. PAMB; 63) João Roberto Mendes - Adm. INCOR; 64) José Antonio Moural Quirós - INCOR; 65) José Manoel de Souza - Exer. INCOR; 66) José Murilo Zetunas - Med. ICHC; 67) José Anahis Biscardo - Prof. FMUSP; 68) Julius Weinberg - Med. ICHC; 69) João Paulo Basso - Med. ICHC; 70) Jorge Marlar Junior - Med. ICHC; 71) José dos Santos - Exer. INCOR; 72) Judith Klotzel - Prof. FMUSP; 73) Lilian Lopes Rossi - Nutri. ICHC; 74) Lilian Hansen Penando - Ass. Soc. ICHC; 75) Lidia Helena Alcantara Mendes - Biolog. ICHC; 76) Lucila Ferro Bricks - Med. ICHC; 77) Lincoln de Assis Moraes - Eng. INCOR; 78) Luis Sergio Pacheco - Med. ICHC; 79) Luis Augusto Marcondes Fonseca - Med. ICHC; 80) Maria Esther Jurefat Ceccon - Med. ICHC; 81) Maynard Yamamoto - Med. ICHC; 82) Maria Heloisa Lopes - Med. ICHC; 83) Maria Helena Kuroki - Med. ICHC; 84) Mathias Papadopoulos - Med. INCOR; 85) Márcia Emílio Vazante - Med. ICHC; 86) Maria Adelaide Albuquerque Pereira - Med. ICHC; 87) Marília Cristina Loggia Embaldi - Med. ICHC; 88) Marco Aurélio Pereira - Lima - Med. ICHC; 89) Marcia Nery - Med. ICHC; 90) Maria Cecilia Matos Bragat - Ass. Soc. INCOR; 91) Marcia Schlüssinger - Ass. Soc. INCOR; 92) Mario Muniz - Med. Res. MI; 93) Maria Cristina P. Pereira - Med. Res. Preventivo; 94) Maria Aparecida Basso - Aten. ICHC; 95) Maria do Carmo Santos - Aten. ICHC; 96) Maria Elizabeth Benfatti Kolbinger - Med. ICHC; 97) Marlene Silveira Alves - Exat. ICHC; 98) Maria José Paredote - Ass. Soc. ICHC; 99) Milton Lucchesi - Med. ICHC; 100) Nilis Cappocchia - Ass. Soc. ICHC; 101) Otávio Henrique Mibach Lemos - Presp. MI; 102) Orlando Cesar Oliveira Barreto - Prof. FMUSP; 103) Odete Gahera - Ass. Soc. FMUSP; 104) Píro Luis Montenegro - Prof. FMUSP; 105) Patrício Malheiro - Med. ICHC; 106) Paulo Feres - Med. ICHC; 107) Paulo Van Arruda - Prof. FMUSP; 108) Rosemary de Arruda Puzzi - Med. ICHC; 109) Ricardo Nóbrega - Med. ICHC; 110) Rui Pinheiro de Barros - Med. ICHC; 111) Sérgio Parnian - Eng. INCOR; 112) Sérgio Rosenburg - Prof. FMUSP; 113) Silvio Saravia - Med. ICHC; 114) Schellena Zetunas - Med. ICHC; 115) Sueli Rodrigues Morano - Med. ICHC; 116) Sérgio Marinho - Prof. Pamb - Med. ICHC; 117) Silvia Reus - Med. Res. MI; 118) Suelmi Maria Cellioli Zaccariello - Med. ICHC; 119) Sandra Josefa Grist - Med. ICHC; 120) Thales de Brito - Prof. FMUSP; 121) Teodoro Bacchella - Med. ICHC; 122) Thelma H. Sasaki - Educ. Pública ICHC; 123) Uta Roberto - Med. Res. PQ; 124) Virgílio Guerra - Ass. Soc. ICHC; 125) Vicente Amato Neto - Prof. FMUSP; 126) Virgílio Maurício Pommer - Med. Corg; 127) Vera Lucia Alves Cardoso - T.O. INCOR; 128) Wanderley da Silva - Prof. FMUSP.

Figura 1. Material de campanha electoral de Guilherme Rodrigues da Silva, 1983

Fuente: Fondo Documental Personal Guilherme Rodrigues da Silva, Caja 3.

Sin embargo, el día 10 de marzo, al mediodía, 300 empleados lograron reunir a los tres candidatos en un área externa al HC y promover un debate. La elección fue los días 22 y 23 del mismo mes¹⁶, y el resultado mereció la siguiente nota:

El más votado del HC quedó fuera de la terna, a pesar de haber ganado las elecciones en el Hospital de Clínicas, con 5.095 de los 7.695 votos en disputa, el profesor Guilherme Rodrigues da Silva no tuvo su nombre incluido en la terna que se debía someter al gobernador Franco Montoro para la elección del superintendente del hospital.

¹⁶ Guilherme Rodrigues da Silva tuvo 5.095 votos (68%), Rui Telles Pereira, 2.171 (29%), y Olival Oliveira, 179 (2%).

La lista, además, fue enviada el lunes, dos días antes de la elección. Un miembro del Consejo Deliberativo del HC recordó ayer que, de los tres candidatos, el elegido para integrar la terna fue el médico asistente Rui Telles Pereira (segundo colocado). (*Folha de S. Paulo*, 25 mar. 1983, p. 10)

La reacción de las entidades que apoyaron las elecciones no tardó en llegar. En una carta abierta a la población titulada *Comunidad HC contesta a la congregación*, buscaban dar repercusión al hecho:

La Asociación de Médicos del Hospital de Clínicas, la Asociación de Empleados del Hospital de Clínicas, la Asociación de Docentes de la Universidad de São Paulo (sección Facultad de Medicina), la Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Clínicas, el Centro Académico Oswaldo Cruz y el Centro Académico Arnaldo Vieira de Carvalho, representando a la comunidad del Hospital de Clínicas de la FMUSP, vienen a aclarar públicamente que: uno de los muchos problemas que el HCFMUSP siempre enfrentó fue la falta de participación de su comunidad en decisiones vitales para su funcionamiento. Conscientes de ello y tras un importante movimiento reivindicativo a comienzos de 1979, y preocupados por las precarias condiciones de trabajo en el HCFMUSP, contra las cuales luchábamos, participamos en el grupo de trabajo que, entre junio de 1979 y octubre de 1981, convocado por el entonces Secretario de Salud, intentó elaborar una propuesta alternativa de reforma del HCFMUSP [...] posteriormente, en mayo de 1982, fuimos sorprendidos por la Congregación de la FMUSP, que por primera vez se manifestó públicamente con una propuesta de transformación del HCFMUSP en Fundación. Aclaramos que nuestras entidades no participaron en la elaboración de esa propuesta ni fueron consultadas sobre su contenido, con el cual discrepamos frontalmente, pues en ella está implicada la privatización del HC. Por otro lado, entre mayo y octubre de 1982, nos ocupamos en elaborar un anteproyecto de transformación de la autarquía especial, que contempla con modificaciones importantes la estructura funcional del HC. La Congregación de la FMUSP fue, el 12/01/83, oficialmente invitada a participar en el proceso de la Comisión Electoral que lo dirigirá, pero, lamentablemente, la respuesta negativa surgió sólo 45 días después... (Comunidad HC..., 1983)

La cuestión superó los muros de la Facultad y del HC, ganando la presencia de 54 sindicatos de varios puntos del estado en apoyo a la candidatura de Guilherme Rodrigues. Decía el documento redactado:

...el patrimonio máspreciado para el trabajador, muchas veces su única posesión, es la salud. Sabemos que una necesidad importante de la clase trabajadora en la actualidad es una asistencia médica eficiente y de buen nivel. En este sentido, el Hospital de Clínicas de São Paulo, a pesar de las restricciones que sufrió con las malas administraciones, es de importancia fundamental para el pueblo en general y para los trabajadores en particular. Por otro lado, ilustre profesor, reconocemos su preocupación, interés y compromiso con la lucha por la mejora de las condiciones de salud del pueblo. Su inteligencia y competencia profesional han contribuido mucho en la lucha del movimiento sindical en defensa del trabajador. De esta forma, los dirigentes sindicales abajo firmantes vienen a prestar apoyo a su candidatura a superintendente del Hospital de Clínicas de São Paulo, convencidos de que su designación responde a los intereses de los trabajadores paulistas. (Abaixo-assinado, 1983, p. 1)

Firmaron el documento representantes de las siguientes entidades:

Sindicato de los Trabajadores en las Industrias Metalúrgicas, Mecánicas y de Material Eléctrico de São Paulo, Cruzeiro, Araçatuba, Jaboticabal, Lorena, Araras, Bauru, Botucatu, Bragança Paulista, Jaú, Jundiaí, Laranjal Paulista, Limeira, Matão, Mococa, Mogi das Cruzes, Pinhal, Presidente Prudente, Piracicaba, Ribeirão Preto, Araraquara, São Carlos, Ourinhos, Sorocaba, Taubaté; Sindicato S.T.I. Producción de Gas de São Paulo, Sindicato de los Trabajadores de la Industria de la Purificación de Aguas y en Servicios de Alcantarillado de São Paulo; Sindicato de Trabajadores I. Energía Eléctrica de São Paulo, Federación de los Trabajadores en las Industrias Urbanas del Estado de São Paulo, IPOTT-PTTI, Oficina Interamericana, Sindicato de los Trabajadores en las Industrias de la Construcción de Mobiliarios de Santos; Sindicato de los Estibadores de Santos, São Vicente, Guarujá y Cubatão, Sindicato de los Trabajadores en las Industrias Metalúrgicas y de Material Eléctrico de Santos; Sindicato de los Trabajadores de las Industrias Metalúrgicas, Mecánicas y de Material Eléctrico de Guarulhos; Sindicato de los Trabajadores en

las Industrias Químicas y Farmacéuticas de Guarulhos. (Abaixo-assinado, 1983, pp. 3-4)

Por otro lado, los periódicos intentaban reflejar la posición de la Congregación y sus motivos para impedir la elección:

...las elecciones del Hospital de Clínicas constituyen una violación de la autonomía e independencia del campus de la USP, una afrenta a la competencia de la universidad paulista y brasileña, un motivo de preocupación que trasciende el campo de las demagogias pseudo-democráticas-participativas. La sociedad vacila cuando elige a un neófito en administración hospitalaria para administrar el mayor hospital del continente, comentó ayer un miembro de la Congregación de la Facultad de Medicina. (*Jornal da Tarde*, 25 mar. 1983, p. 12)

El impasse recayó sobre el gobierno Montoro, que fue duramente acusado por la prensa de promover un “desorden” en la máquina pública paulista con sus “medidas democratizadoras”. La elección en el HC formaba parte de la contienda. En el intento de resolver la crisis, se promovió una reunión entre el gobierno del estado y Guilherme Rodrigues da Silva, pero resultó aparentemente inútil, por la respuesta evasiva que él mismo dio al diario:

...hicimos solo una primera valoración del problema político, dijo Guilherme, pero creo que hay grandes posibilidades de que mi nombre sea incluido, porque la voluntad del 86% de la comunidad que acudió a votar no puede ser dejada de lado. (*O Estado de S. Paulo*, 26 mar. 1983, p. 8)

Cabe recordar que el segundo colocado en la lista indicada, Rui Telles Pereira, afirmó que, si fuera elegido, debido a la postura del Consejo Deliberativo en todo el proceso no aceptaría asumir el cargo por un hecho que consideró central: “el Consejo intentó de todas las formas crear obstáculos para la realización de la elección, no permitiendo que se usara el anfiteatro del Hospital, además de ordenar que la seguridad quitara carteles y avisos sobre la elección” (*O Estado de S. Paulo*, 26 mar. 1983, p. 8).

El tema comenzó a ser abordado por el propio gobernador Franco Montoro, formando una comisión¹⁷ para evaluar el caso, que emitió el siguiente parecer:

Señor Gobernador André Franco Montoro,

La Comisión designada por Su Excelencia, compuesta por los diputados estatales y futuros Secretarios de Estado que firman a continuación, propone que el Gobierno del Estado que será asumido reconozca como válido el proceso en curso en el I.A.M.S.P.E y en el Hospital de Clínicas, para la elección de superintendentes y directores, como forma experimental de participación, y cuyo resultado sea recibido como sugerencia y merezca la debida consideración al momento de designar los nombres para dichos cargos. (Mesquita *et al.*, 1983)

Semanas después, el gobernador envió una carta, en tono de apelación, al presidente del Consejo Deliberativo del Hospital de Clínicas, Silvano Raia, intentando dar un desenlace a la situación:

Señor Presidente,

Como es de su conocimiento, uno de los tres nombres que constan en la lista triple enviada por el Consejo Deliberativo, para la designación del Superintendente del Hospital de Clínicas, decidió no aceptar. Por otro lado, los empleados del Hospital de Clínicas indicaron un nombre para ser incluido en la lista triple. En estas circunstancias, y deseando preservar la armonía de una institución a la que dedico el mayor respeto, tanto por su valor científico y universitario como por la importancia de la asistencia que presta a la comunidad, hago un llamado a Su Señoría, que solicito extender al Consejo Deliberativo del Hospital de Clínicas y a la Congregación de la Facultad de Medicina, para que consideren la posibilidad de incluir, en una nueva lista, el nombre del profesor GUILHERME RODRIGUES DA SILVA. Me parece, Señor Presidente, que, una vez más, el Hospital de Clínicas puede ejercer su vocación de pionerismo. Es decir, intentar integrar las tradiciones de una institución del porte de la Facultad de

¹⁷ Antonio Carlos Mesquita (futuro secretario de Administración), João Yunes (futuro secretario de Salud), Waldyr A. Trigo (diputado) y Geraldo Alckmin (diputado).

Medicina con las tendencias actuales de nuestra sociedad, dentro de los principios de jerarquía y autoridad inherentes a todas las actividades universitarias. Seguro de la importancia de los resultados que podrán derivar de esta experiencia –y deseando participar de cerca en ella–, recomendaré a los órganos competentes que mantengan al Hospital de Clínicas administrativamente subordinado a mi Gabinete, hasta la evaluación de los trabajos de la Comisión, que será presidida por Su Señoría, destinada a proponer soluciones definitivas para la indispensable reestructuración jurídico-administrativa del Hospital de Clínicas. Finalmente, con la intención de favorecer el ambiente de armonía al que me referí, deberán mantenerse los criterios actuales de elección y designación de los cargos de jefatura del Hospital de Clínicas, hasta que la propuesta presentada a la Comisión de Reestructuración sea evaluada. Confiando en el alto espíritu de los miembros del Consejo Deliberativo del Hospital de Clínicas y de la docta Congregación de la Facultad de Medicina, le presento los protestos de estima y consideración. (Montoro, 1983)

Frente al posicionamiento directo del gobernador, el Consejo Deliberativo cedió y, el 4 de abril de 1983, asumió la Superintendencia Guilherme Rodrigues da Silva, con la propuesta de reestructurar el Hospital de Clínicas, formando, según lo prometido por Montoro, un grupo de trabajo¹⁸. El grupo de trabajo no tenía ningún profesor del Departamento de Medicina Preventiva, lo que marcó el tono de la relación impuesta, ya fuera por centralismo de Guilherme, por impedimento de la FMUSP o para evitar cualquier sospecha de favoritismo; lo cierto es que fue una gestión con absoluta ausencia departamental. La nueva gestión democrática enfrentó desafíos de toda índole, desde infraestructurales hasta políticos, ya que Guilherme sufrió la oposición de parte de la propia FMUSP. Sin duda, el apoyo del gobierno Montoro fue decisivo para que una serie de emprendimientos resolviera asuntos pendientes del día a día del hospital, lo que abrió márgenes de maniobra durante su gestión.

¹⁸ Grupo presidido por Silvano Raia y compuesto por los profesores Antranik Manisadjian, Emilio Mattar, Ernesto Lima Gonçalves, Fúlvio José Carlos Pileggi, Guilherme Rodrigues da Silva, Luiz Edgard Puech Leão y Sebastião de Almeida Prado. También fueron invitados los médicos Eurico Andrade Azevedo y Humberto Moraes Novais, un representante de la Asociación de Médicos del Hospital de Clínicas, de la Asociación de Docentes de la Universidade de São Paulo y dos Empleados del Hospital.

En líneas generales, el Servicio de Emergencias presentaba la infraestructura más deteriorada, ya que, desde su creación, en 1944, enfrentó una serie de limitaciones frente a una demanda siempre creciente. Con la escasa cantidad de servicios de atención inmediata en la ciudad, esta fragilidad alcanzaba su punto máximo. Una documentación consistente, compuesta por cartas dirigidas a la dirección del Servicio de Emergencias en los años 1983 y 1984, reportaba transferencias indebidas de pacientes de varios hospitales al HC y sobrepoblación derivada de la falta de personal en las salas de internación, principalmente en el período nocturno:

...creo que la Dirección Clínica debe tomar medidas urgentes para disciplinar y racionalizar el flujo de pacientes politraumatizados, de lo contrario persistirá esta situación de verdadero caos, de trabajo agotador e infructuoso. También recuerdo que otros servicios, como la Municipalidad de São Paulo, no aceptan estos casos alegando siempre falta de cupos, actitud que considero deshonesto, pues en numerosas ocasiones insistimos en que deberían repartir el excedente proporcionalmente entre todos. (Manreza, 1983)

En abril de 1984, se envió una carta directamente a la superintendencia, señalando el drama vivido por el Servicio de Emergencias, resumido en los siguientes aspectos:

...1) exceso de derivaciones; 2) derivaciones realizadas por hospitales municipales de la ciudad de São Paulo, hospitales del Gran São Paulo, hospitales propios del Inamps y hospitales conveniados con el Inamps; 3) derivaciones hechas sin comunicación previa y con frecuencia de varios pacientes a la vez; 4) pacientes graves trasladados sin acompañamiento médico; 5) pacientes graves trasladados sin condiciones clínicas y sin medidas mínimas de seguridad respecto a aspectos hemodinámicos y principalmente respiratorios, en ambulancias sin recursos técnicos que puedan ser utilizados, incluso si está presente el médico; 6) sobrepoblación del Servicio de Emergencias. (Lima, 1983)

Las acciones de Guilherme alcanzaron varias áreas, siendo la primera involucrar a la Secretaría Municipal de Salud presentando un informe con el contenido narrado por los médicos del Servicio de Emergencias del HC, solicitando mayor integración en ese tipo de acción. En carta enviada al entonces secretario de Salud Municipal, José da Silva Guedes, decía:

...para reiterar nuestra preocupación por las necesidades de una coordinación eficaz de los servicios de emergencia en el área Metropolitana y con el fin de colaborar con Su Excelencia en los esfuerzos por mejorar esos servicios en la Municipalidad de São Paulo, estamos enviando para su consideración el documento adjunto, proveniente del Servicio de Neurocirugía del Servicio de Emergencias del Instituto Central de este Hospital de Clínicas. (Silva, 1984)

Las inversiones del gobierno del estado permitieron una serie de acciones, renovando ciertas áreas del complejo. En el campo tecnológico médico, se compraron equipos considerados de avanzada: por ejemplo, para el Incor, un aparato de cinecoronariografía biplano, que examina el corazón en funcionamiento y, al mismo tiempo, graba en *cintas* ese examen. El servicio de radiología fue totalmente renovado, recibiendo dos aceleradores lineales, una bomba de cobalto y decenas de otros equipos. El hospital recibió dos tomógrafos computarizados, además de la reforma eléctrica de todo el edificio y de una serie de obras en el Instituto de la Niñez, en el Instituto Central, en el Instituto del Corazón y en el Instituto de Ortopedia y Traumatología (Superintendência..., 1986, p. 1).

También hubo obras de ampliación del Pronto Socorro en varios institutos, principalmente en el Instituto Central, incluyendo instalaciones de nutrición y dietética, el ambulatorio general y atención inmediata, y las instalaciones de psicología, servicio social y de la división de anestesia, con un total de 14.460 mil cruzados. Guilherme Rodrigues también buscó inversiones para los hospitales de retaguardia de Suzano y Cotoxó, para equilibrar mejor el número de pacientes internados y provenientes del sector de emergencia. Fueron acciones que redujeron la presión, pero no resolvieron completamente las dificultades del sector, con números de internación sin cambios en los dos últimos años de gestión, indicando la persistente sobreocupación.

Los resultados finales de la gestión de Guilherme Rodrigues da Silva fueron presentados en el informe de actividades de 1986, haciendo un balance de los cuatro años de ejercicio y concluyendo con una evaluación considerada positiva, frente al panorama encontrado. El informe comienza con una apreciación del propio gobierno:

El gobierno Montoro permitió que se iniciara un amplio proceso democrático de participación autocontrolada que, poco después de marzo de 1983, propició la eliminación del clima de opresión, desánimo y pesimismo que dominaba entre los servidores. Con la institucionalización del proceso participativo, mediante la creación de

comisiones en cada una de las unidades del complejo y la progresiva extensión de este proceso a la amplia comunidad de usuarios representada por la sociedad paulista, a través de métodos adecuados de comunicación social y amplia colaboración de la prensa escrita y audiovisual, se logró un cambio radical en la imagen de la institución, que era marcadamente negativa, y se logró sacar a la institución de la crisis permanente en la que se encontraba a fines de 1982. (Superintendência..., 1986, p. 1)

Sobre la atención médica, los indicadores mostraban algunas oscilaciones:

...el porcentaje de camas en funcionamiento (2.109), en relación al total de camas existentes (2.317), fue del 91%. El número de internaciones fue de 35.844 en 1985, lo que corresponde a un número de pacientes-día de internación que bajó de 597.000 en 1984 a 571.589 en 1985. Esta caída tuvo como causa principal la paralización de los empleados por huelga. La duración promedio de la estadía aumentó a 16,3 días en el conjunto de los varios institutos del complejo hospitalario, y la tasa de ocupación bajó de 75,8% a 74,3% entre 1984 y 1985. Mientras el número de consultas ambulatorias se redujo, pasando de cerca de 501 mil en 1984 a 496 mil en 1985, el número de atenciones en el pronto socorro se mantuvo en niveles prácticamente sin cambios entre 1984 y 1985. (Superintendência..., 1986, p. 3)

No siempre ganando: del concurso para profesor titular

En 1984, la jubilación del profesor Wanderley Nogueira da Silva abrió una vacante de profesor titular en Medicina Preventiva. En un documento enviado el 7 de diciembre por el entonces jefe del Departamento, Euclides Ayres de Castilho, a la Congregación de la FMUSP, se presentó su programa, que fue aprobado en marzo de 1985. En ese documento se comprende no solo el perfil esperado del profesor, sino también las líneas de investigación que el Departamento desarrollaba en el campo de la salud colectiva:

...los fundamentos científicos de la explicación epidemiológica; métodos analíticos en epidemiología; la formulación de estudios epidemiológicos: cuestión de muestreo; la formulación de estudios epidemiológicos: modelos de terminación; la formulación de estudios epidemiológicos; planificación del análisis cuantitativo; modelos

probabilísticos en el campo biológico; cuantificación en investigación médica: modelos lineales; dinámica de las poblaciones: políticas poblacionales y atención médica; aspectos técnicos y metodológicos de la investigación epidemiológica de enfermedades crónicas; desnutrición en Brasil: orientaciones teórico-metodológicas y estrategias de abordaje de investigación empírica; enfermedades endémicas en Brasil: análisis de la tendencia histórica y de sus determinantes; epidemias: métodos de identificación y evaluación para apoyar medidas de intervención; epidemiología de las enfermedades ocupacionales: problemas técnicos y metodológicos; desarrollo de la organización de los servicios de atención médica en Brasil; medicina preventiva y educación médica en la sociedad brasileña: perspectivas históricas; medicina preventiva como área de conocimiento científico: construcción y delimitación de su objeto; planificación social y políticas de salud en Brasil: medicina preventiva y desarrollo del campo de la salud colectiva en Brasil. (Programa que..., 1984, p. 1)

Según el *Diário Oficial del Estado* del 23 de marzo de 1985, el primer candidato, inscrito el 13 de septiembre, fue José da Rocha Carvalheiro¹⁹. En el apartado de su currículum sobre la carrera docente:

...comenzó en 1956, aún como estudiante, en los cursos preparatorios para la universidad. De 1963 a 1973, en el Departamento de Parasitología y, desde 1973, en el Departamento de Medicina Social; en régimen de dedicación exclusiva, desarrolló intensa actividad docente, alcanzando todos los grados de la carrera, hasta llegar a Profesor Adjunto de Medicina Social. En la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, participa activamente en los cursos de grado, posgrado y especialización... (Processo do..., 1985, p. 50)

¹⁹ Graduado por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (1961), es profesor de la FMUSP-Ribeirão Preto desde 1963, donde obtuvo los títulos de doctor en parasitología (1970), libre docente (1975), profesor adjunto (1980) y profesor titular (1987).

El segundo candidato, inscrito el 17 de septiembre, fue Ernesto Lima Gonçalves²⁰, quien también presentó su carrera académica:

...comenzó como estudiante monitor en 1948, y el candidato ascendió, con perfecta continuidad, por todos los escalones hasta llegar a Profesor Adjunto de la disciplina de Técnica Quirúrgica. Participó en numerosas actividades en la Facultad de Medicina y en la Universidad, destacándose en la Coordinación del Grupo de Trabajo para implementar los cursos de posgrado en los diferentes departamentos y la División de Salud del Coseas. (Processo do..., 1985, p. 55)

Para ese concurso, Guilherme Rodrigues da Silva presentó al director de la FMUSP, Silvano Raia, la elección del Consejo del Departamento de la Comisión Examinadora. Ese documento debía ser llevado a la Congregación de la institución, esperando, *como de costumbre*, su aprobación. Formaban parte del Consejo:

Miembros de la Facultad de Medicina: Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva (presidente) y Prof. Dr. Horácio Martins Canela, Suplente: Prof. Dr. Eduardo Marcondes Machado. Miembros de otras instituciones: Prof. Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira (Facultad de Medicina de Minas Gerais UFMG), Prof. Dr. Frederico Simões Barbosa (Escuela Nacional de Salud Pública), Profa. Dra. Cecília Magaldi (Facultad de Ciencias Médicas de Botucatu, UNESP). Suplente: Prof. Dr. Roberto Baruzzi (Escuela Paulista de Medicina). (Ofício N° 79, 1985)

Sin embargo, hubo un giro en las expectativas respecto al desarrollo del concurso, pues, si los nombres indicados dejaban clara la necesidad de reafirmar el campo de la salud colectiva, la FMUSP quiso presionar para abrir espacio, dentro del Departamento de Medicina Preventiva, para otra especialidad, la cirugía. Así fue como se indicó solo el nombre de Guilherme Rodrigues da Silva como presidente del tribunal, y todos los demás recomendados por el Consejo del Departamento fueron rechazados por la Congregación. La sesión de la Congregación del 11 de octubre fue descrita con el director de

²⁰ Ernesto Lima Gonçalves (1925-2015) se graduó en la Facultad de Medicina de São Paulo en 1949, con experiencia profesional desarrollada en el Departamento de Técnica Quirúrgica y Cirugía Experimental. En la FMUSP, obtuvo el doctorado en 1959, fue profesor adjunto (1962), libre docente (1965), titular en Medicina Preventiva y Social (1985) y profesor emérito (2004).

la Facultad confirmando la entrega de la lista sugerida por el Departamento a los profesores congregados, cuando pidió la palabra el Prof. Fábio Goffi y, en tono de sugerencia, modificó todos los nombres indicados y presentó otra lista, manteniendo solo el nombre de Guilherme.

Pidió la palabra por separado el profesor Vicente Amato Neto, diciendo que el contenido y la forma de la sugerencia crearían un “espíritu de gran contradicción”, ya que la práctica era aceptar tácitamente los tribunales indicados por los departamentos, además de opinar sobre la presencia de Ernesto Lima Gonçalves en el concurso: “en el caso especial del concurso para titular de Medicina Preventiva, hasta lamento que no exista una etapa preliminar que pudiera corresponder a un examen de suficiencia, porque uno de los candidatos no es un elemento afín al área” (Ata da..., 11 oct. 1985, p. 100). Pasando luego a tratar la modificación del tribunal sugerido, agregó el profesor:

...me tomo la libertad de decir con esta franqueza que la propuesta del prof. Fábio Goffi puede estar representando un prejuzgamiento en este concurso, admitiendo que el tribunal propuesto ya tendría su candidato electo y por eso está siendo confrontado, lo que no me parece realmente justo. (Ata da..., 11 oct. 1985)

Después de un acalorado debate entre los profesores, en defensa o en contra de la elaboración de una segunda lista, el director logró una votación cerrada y consiguió, por 23 votos contra 17, que se anulara la primera. El 11 de octubre, en un documento sellado como APROBADO POR LA CONGREGACIÓN, se indicaron exactamente los nombres sugeridos por la Congregación, a saber:

Guilherme Rodrigues da Silva, Adib Domingos Jatene; Suplente: Sebastião de Almeida Sampaio. Miembros de otras instituciones: Digo Pupo Nogueira (Facultad de Salud Pública-USP); Lourdes Freitas de Carvalho (Facultad de Salud Pública-USP); Magid Yunes (Escuela Paulista de Medicina); Suplente: Nagib Haddad (Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-USP). (Medicina Preventiva, 1985)

El concurso fue programado para los días 26, 27 y 28 de noviembre de 1985, ocurriendo, por supuesto, bajo la tensión que la Congregación ya había demostrado meses antes y que se reflejaría en el desarrollo del proceso. Esa situación parece haber sido insostenible, cuando, en el acta de la reunión de la Comisión Evaluadora, el día 28 a las 19:00, el presidente del tribunal, Guilherme Rodrigues da Silva, no presentó el resultado del concurso, convocando

a Silvano Raia, director de la Facultad, para resolver lo que fue llamado un “impasse”:

...declaró que el Consejo del Departamento de Medicina Preventiva, reunido hoy, decidió por unanimidad solicitar a la Congregación de la Facultad de Medicina de la USP la suspensión del concurso, con base en el artículo número 64, inciso IX del Reglamento General de la USP. Esta decisión del Consejo se debió a irregularidades, tales como la falta del título de profesor adjunto del candidato Ernesto de Souza Lima Gonçalves y la falta de identificación precisa de su producción en los últimos 5 años. Declaró también estar dispuesto a redactar la solicitud de suspensión en nombre del Consejo del Departamento que él presidía. Insistió ante el director de la escuela en que suspendiera, así, el concurso en ese momento. Sin embargo, varios miembros de la Comisión Evaluadora discreparon sobre la oportunidad de la solicitud, ya que la aceptación de la inscripción es atribución de la Congregación de la Facultad. (Processo..., 1985, p. 70)

El 29 de noviembre de 1985, se realizó un seminario promovido por la Asociación de Médicos Sanitaristas del Estado de São Paulo (AMSESP) en el que se hizo una declaración pública referente al concurso, que fue publicada en un panfleto en los siguientes términos:

...no nos causa extrañeza que varios colegas médicos, que iniciaron sus carreras en otras especialidades, se propongan dedicarse al campo de la medicina preventiva y social. Nos resulta extraño, sí, que un colega que se ocupó durante la mayor parte de su carrera académica del campo de la Técnica Quirúrgica, y más recientemente del área de Administración Hospitalaria, pretenda iniciar por el nivel más alto de la carrera con una incursión en el campo de la medicina preventiva. Nos resulta aún más extraño que un miembro del tribunal, también vinculado al área quirúrgica, se atribuya el papel de discriminador del contenido y de las formas de la producción en salud colectiva, y además el de disciplinador de los campos de salud pública y de medicina preventiva, faltando el respeto y descalificando todo el conocimiento allí producido. Llevó a cabo tal descalificación guiado exclusivamente por un juicio de valor fundado en su concepción política e ideológica personal acerca de la salud colectiva, término que trató de forma burlona... (Saúde Pública ..., s/f)

También en ese evento, se decidió el envío, en nombre de la AMSESP, de una carta a Adib Jatene, miembro de aquel jurado examinador, cuya minuta decía:

...por decisión unánime de los médicos sanitaristas presentes en el seminario promovido por su Asociación el 29/11/1985, nos dirigimos a V.S. con el fin de manifestar el extrañamiento y el repudio de la categoría frente a algunos comentarios que V.S. realizó sobre los médicos sanitaristas, en calidad de miembro de la Comisión Examinadora, en el concurso para profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva, el 28 de noviembre pasado. La posición de la categoría de los médicos sanitaristas respecto a dicho concurso consta en el documento que adjuntamos a la presente para su conocimiento. Consideramos profundamente irrespetuosas hacia nuestra competencia técnica y el compromiso histórico efectivo con las luchas por la mejora de las condiciones de salud de la población y por el perfeccionamiento de los servicios, las manifestaciones de V.S. sobre la práctica de los médicos sanitaristas en general, y en particular sobre hechos ocurridos durante su gestión al frente de la Secretaría de Estado de Salud (Campolio y Proyecto del Banco Mundial). A pesar de que varios médicos sanitaristas, incluso miembros de la directiva de la AMSESP, presenciaron esos hechos, las características del evento académico no nos permitieron rechazar de inmediato sus acusaciones, motivo por el cual ahora nos dirigimos a V.S. Finalmente, aclaramos que los médicos sanitaristas nunca se negaron al debate sobre su práctica profesional, siempre que este se desarrolle dentro de principios éticos y democráticos. Firma: Álvaro – Escribano-presidente de la AMSESP (Diretoria da ..., 1985).

El 6 de diciembre se reunió la Congregación, casi exclusivamente para discutir el asunto. Otro debate largo y acalorado, con ánimos evidentemente alterados por los motivos que habrían llevado al hecho. Aunque contaba con argumentos y se mantuvo firme en sus respuestas en defensa del Consejo del Departamento, Guilherme Rodrigues da Silva fue vencido. La Congregación decidió, en primer lugar, validar el concurso y luego convocar, para el 27 de diciembre, a los miembros del jurado para que presentaran su evaluación y notas públicamente. El presidente del concurso se retiró oficialmente, y en su lugar asumió Adib Jatene. Todos dieron sus notas, y el resultado fue así registrado:

...la Comisión Evaluadora, en su conjunto, considera el concurso concluido y ha indicado por mayoría de votos al Prof. Dr. Ernesto Lima Gonçalves para el nombramiento en el cargo de Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. (Ata da..., 27 dic. 1985, p. 161)

La reacción final del Departamento de Medicina Preventiva fue presentar una Carta a la Comunidad Académica para ofrecer aclaraciones, discutir los criterios que deberían regir un concurso público en la universidad y posicionarse respecto al concurso:

...queremos dejar explícito que nuestras referencias al comportamiento de los miembros de la Comisión Examinadora no implican ninguna sospecha sobre su integridad moral, ni constituyen acusación alguna de deshonestidad manifiesta. Buscamos identificar la utilización de criterios que distorsionan la naturaleza del juicio, por no ajustarse a la realidad de la medicina preventiva como área de conocimiento. (Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, s/f, p. 5)

A partir de esa premisa, comienza a relatar su preocupación, anterior al concurso, cuando el jurado sugerido por el Departamento fue rechazado por la Congregación, sentando un precedente para no evaluar la debida calificación académica de los candidatos:

...debemos señalar la grave insuficiencia demostrada por uno de los candidatos, el Prof. Ernesto Lima Gonçalves, durante la realización de su prueba didáctica [...] la clase impartida, además de estar claramente situada a nivel de pregrado, no solo dejó de abordar el tema propuesto, sin mencionar los aspectos fundamentales que lo rodean en la actualidad, sino que ni siquiera cubrió el tema a nivel de pregrado, al limitarse a consideraciones sobre Epidemiología Descriptiva, cuando esperábamos el desarrollo del tema de los modelos de determinación en la elaboración de estudios epidemiológicos, conforme al punto sorteado. (Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, s/f, p. 2)

También menciona al propio jurado examinador, del cual dos miembros desconocían el área que abarca la medicina preventiva, dedicando gran parte del tiempo a comentarios considerados meramente formales en el análisis de los memoriales:

...extrañamos, aun más, que esos dos miembros de la Comisión Examinadora no se refirieran ni a la producción científica de los candidatos en el campo de la medicina preventiva, ni a su contribución al desarrollo de la investigación, la docencia y la formación de recursos humanos en ese mismo campo, ni a su actividad académica, ni tampoco a su trabajo de extensión de los servicios derivado del conocimiento producido en ese mismo campo hacia la comunidad, y hayan limitado sus argumentos a meras felicitaciones generales sobre la riqueza de ambos memoriales. (Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, s/f, p. 4)

Finalizarían su carta afirmando la necesidad de luchar por el mantenimiento de la calidad científica, académica y de la importancia que el Departamento ya tenía en el desarrollo de la medicina preventiva en Brasil y América Latina. Firmaron el documento 17 profesores²¹. Ernesto de Souza Lima asumió inmediatamente sus funciones como profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva.

Aprendiendo a jugar: el centro de salud de Butantã

En 1982, el Departamento de Medicina Preventiva presentó su Programa de Enseñanza e Investigación. En la introducción, dejaba claro el impacto del fin del Curso Experimental, considerado fundamental para el trabajo en torno al cambio social en el que el médico estaría involucrado, de ahí la investigación y el estudio sobre la dimensión social de la práctica médica y las determinaciones sociales de la organización de esa práctica. En ese contexto:

...la extinción del Curso Experimental, en 1976, creó serios problemas de supervivencia para el departamento dentro de la institución, ya que necesitaba orientar su práctica docente, a partir de entonces, exclusivamente en base a criterios definidos internamente, pues fue colocado en una posición de marcada marginalidad dentro de la filosofía educativa que se expresaba con el regreso al currículo

²¹ Amélia Cohn, Ana María Pitta Hoisel, Clóvis Kiomitsu Takiguti, Edith Seligman Silva, Herminia Kanamura Kawada, Hillegonda Maria Dutilh Novaes, José Eluf Neto, Júlio Litvoc, Lilia Blima Schraiber, Luci Moreira da Silva, Marcília de Araújo Medrado Faria, Maria Carolina Soares Guimarães, Miriam Bruna Debert Ribeiro, Nelson Bedin, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves y Ricardo Lafetá Novaes.

tradicional de antes de 1968. Esa dificultad solo se superó gradualmente en la medida en que, aún como consecuencia de su compromiso con el Curso Experimental, el Departamento comenzó a contar, desde mediados de 1977, con un dispositivo institucional propio para desarrollar sus programas de enseñanza, el Centro de salud Escuela de Butantã. (Programa de Ensino e Pesquisa..., 1982, p. 4)

Según Guilherme Rodrigues da Silva, la concreción de ese proyecto exigió la delimitación de roles entre la Facultad de Salud Pública y el Departamento de Medicina Preventiva en la instancia directiva de un centro de salud. El impasse residía en la negativa a una solicitud de la Preventiva, que reclamaba un espacio de trabajo en el Hospital de Clínicas. Según el proyecto académico original del recién creado Departamento, en 1967, se desarrollarían actividades en el Hospital de Clínicas y en una comunidad cercana, conforme al documento:

...en el Hospital, se instalará un servicio propio para atención ambulatoria, que complementará el programa de atención médico-sanitaria a desarrollarse en una comunidad, donde, tomando a la familia como unidad de observación, el estudiante tendrá la oportunidad de formarse para el ejercicio de la actividad profesional que comprende no solo el tratamiento de la enfermedad sino, principalmente, la aplicación de medidas destinadas a la preservación y mantenimiento de la salud de los individuos y las colectividades. (Silva, 1968, p. 11)

Sin embargo, el proyecto fue rápidamente refutado, existiendo una divergencia entre los dirigentes de la FMUSP y las propuestas que ubicaban en el campo del preventivismo, sobre todo la tentativa de ligar las actividades hospitalarias con las de salud comunitaria. Frustrada esa iniciativa, el Departamento desarrolla, junto con el Departamento de Pediatría, entre los años 1968 y 1976, un programa extramuros llamado Medicina en Centro de Salud. No obstante, si el Centro de Salud Escuela fue incorporado por la gestión de Leser, la dirección de sus actividades estuvo en intensa disputa:

...entre 1969 y 1974, cuando se implantó el Centro de Salud Escuela Profesor Samuel B. Pessoa, ya con edificio construido por el FUN-DUSP y tras un gran esfuerzo del Departamento de Medicina Preventiva y de Pediatría (incluyendo la planta física del Centro de Salud, la gestión para obtener recursos, etc.), el entonces director de la Facultad de Salud Pública cuestionó, ante la administración central de la Universidad, la pertinencia de un centro de salud vinculado a

una Facultad de Medicina, defendiendo la tesis de que “solo la Facultad de Salud Pública tendría competencia para dirigir un centro de salud”. Esta situación, continuada por el director siguiente, retrasó por cerca de dos años la inauguración del programa y resultó en un proceso administrativo de 600 páginas (y en una pérdida de tiempo y de esfuerzo no justificable). El centro de salud solo pudo ser inaugurado (aprobado por la Universidad) después de que el secretario de Salud, profesor Walter Leser, enviara al entonces Magnífico Rector un oficio en el que ponía a disposición de la Facultad de Salud Pública “tantas unidades locales como la institución pudiera desear añadir a las dos ya mantenidas por ella mediante convenio”, insistiendo en que el convenio entonces en examen se destinaba a apoyar al Departamento de Medicina Preventiva. Mencionaba también la posibilidad de que la Secretaría determinara que la unidad fuera integrada a su red de unidades locales si, después de un plazo específico, la unidad de la Universidad no fuera capaz de resolver la cuestión. (Silva, 2002, p. 26)

Fue en esa confluencia del proyecto experimental que se cerró, aunque dejando marcas como el proyecto del Centro Salud Escuela de Butantã y el convenio que Walter Leser venía articulando entre las escuelas médicas y los centros de salud bajo la propuesta de la Programación, que, en reunión del Consejo Departamental del 12 de abril de 1977, se comunicó:

...la firma del convenio entre la USP y la Secretaría de Salud para la utilización del centro de salud de Butantã²² como Centro de Salud Escuela, tomando las primeras medidas para la implantación del Consejo Director del Centro, como la designación, por unanimidad, de Nelson Bedin para el cargo. (Ata da..., 12 abr. 1977, p. 44)

Según el convenio establecido, el Centro de Salud Escuela desarrollaría actividades “de la Programación en Salud” en los siguientes niveles:

...control de enfermedades transmisibles, higiene materna y infantil, asistencia médico-sanitaria, programa de control de tuberculosis, control de hanseniasis, odontología sanitaria, nutrición, epidemiología y estadística, enfermería, educación sanitaria, laboratorio, administración, salud mental. (Leser & Paiva, 1977, p. 3)

²² Nombre cambiado, por la Ley 583, a “Centro de Salud Escuela Samuel B. Pessoa”.

Para la dirección de la FMUSP, ese documento inspiraba, para bien o para mal, una desconfianza respecto a las intenciones de los profesores de Preventiva en el Centro de Salud Escuela. Por ejemplo, existe un curioso manuscrito, en papel almazo, sin firma ni fecha, dirigido al director de la FMUSP bajo el título Proyecto de Acción de la Facultad de Medicina-USP en el Centro de Salud de Butantán. Con un lenguaje de inclinación policial y en tono grave, el documento “denuncia” una amenaza que estaría sufriendo la FMUSP: “el cuerpo docente del Departamento de Medicina Preventiva está compuesto en su *totalidad* por elementos politizados, entrenados en propaganda política y que ya utilizaron el centro de salud de Lapa para sus objetivos antinacionales”, (Projeto de Ação..., 1976, p. 2)

Según esa narrativa, el grupo ubicado en las capilaridades del Departamento había tomado el centro de salud de Butantán, considerado un nuevo polo de subversión comunista, amenazando a la población y a los alumnos que asistían a sus asignaturas:

...la población a ser atendida por el centro de salud de Butantán ronda las 70.000 familias, de nivel socioeconómico bajo, constituida primordialmente por obreros. Sabemos que, entre las tareas a emprender por el centro de salud de Butantán, está un programa de salud mental. Sabemos también que los responsables del área de salud mental del Departamento de Medicina Preventiva son elementos reconocidamente subversivos y con entrenamiento psicopolítico. Queda claro, por lo tanto, el peligro que tal hecho representa, pues es notorio que esos elementos se aprovecharían de la situación para inocular en la mente de esa población desfavorecida ideas radicales e instigadoras de rebelión [...] la carga horaria de la asignatura de medicina en el centro de salud es de 360 horas. Por lo tanto, queda claro que los alumnos de la FMUSP pasarán mucho tiempo en el centro de salud de Butantán y, si sus docentes fueran solo del departamento de Medicina Preventiva y Pediatría, quedaría muy facilitada la tarea de adoctrinarlos con ideologías subversivas, dado que nadie estaría allí para oponerse a tal acción. (Projeto de Ação..., 1976, p. 3)

Una última parte del documento hacía una serie de indicaciones con el propósito de impedir que los dos departamentos citados pudieran actuar libremente:

...los siguientes departamentos estarían obligados a destacar personal para el centro de salud de Butantã: Obstetricia, Ginecología, Clínica

Médica, Dermatología, Enfermedades Infecciosas, Psiquiatría. De esta forma, con personal *seleccionado y de confianza*, la influencia de la Preventiva y de la Pediatría sería contrarrestada. Así, Obstetricia sería responsable del Programa de Prenatal; Ginecología del Programa de Prevención del Cáncer Ginecológico; Dermatología de la prevención sanitaria de las dermatosis; Enfermedades Infecciosas de los aspectos sanitarios de las enfermedades tropicales y Psiquiatría del Programa de Salud Mental. (Projeto de Ação..., 1976, p. 5)

Ante este razonamiento, el responsable del documento concluía:

...a través de la iniciativa precoz y emprendedora, la Dirección de la FMUSP podrá desbaratar un importante plan de infiltración de la medicina brasileña. Protegiendo a los estudiantes de la FMUSP y a la población de Butantã del proselitismo anarquista, la Dirección de la FMUSP evitará futuras acusaciones de haber favorecido tal infiltración. Creemos que, concientizando a los distintos Departamentos que enviarían personal al centro de salud de Butantã sobre la importancia de la medicina comunitaria para nuestra población, pero libre de la influencia nefasta de oportunistas politizados, y seleccionando rigurosamente el personal destacado, estaríamos contribuyendo decisivamente al engrandecimiento de nuestra facultad y a la defensa de la nación brasileña, (Projeto de Ação..., 1976, p. 6)

La gestión de la unidad correspondería al Departamento de Medicina Preventiva y parte del Departamento de Pediatría, y su programación estaría orientada a la integración docencia/atención médica²³, abarcando todos los niveles de organización de los servicios: acciones primarias ofrecidas en el centro de salud, a partir de medidas de mantenimiento de la salud y prevención, sumándose a las acciones secundarias desarrolladas por el Hospital Universitario (HU) y las terciarias (y/o cuaternarias) ofrecidas por el complejo Hospital de Clínicas. Con esta propuesta, el 4 de julio se abrieron las puertas

²³ Diversos docentes de Medicina Preventiva tuvieron una participación importante en la creación y en el desarrollo del trabajo en el campo de la atención primaria, desde el centro de salud de Lapa hasta el Centro de Salud Escuela: son ellos Guilherme Rodrigues da Silva, Hillegonda Maria D. Novaes, José Eluf Neto, Júlio Litvov, Lilia Blima Schraiber, Maria Inês Battistella Nemes, Moisés Goldbaum, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Ricardo Lafetá Novaes y Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

del Centro de Salud Escuela Samuel Barnsley Pessoa a la población, estimada en ese momento en 60 mil habitantes, que abarcaba cinco núcleos de villas.

Declaraba, entre sus objetivos:

1) establecer bases de cooperación para la planificación y desarrollo conjunto de programas docentes, de investigación de interés para la salud pública y de extensión de servicios a la comunidad, 2) estimular el interés de los estudiantes por los problemas de salud de las comunidades y motivarlos para las carreras de Salud Pública, 3) familiarizar a estudiantes y profesionales con objetivos, técnicas y programas de salud comunitaria, preparándolos para participar en ellos, cualquiera sea la especialidad y el nivel de actuación profesional, 4) estimular la organización y el funcionamiento de sistemas de salud con integración de actividades y servicios, 5) organizar y desarrollar programas comunitarios de salud para la práctica y el aprendizaje de estudiantes y profesionales, 6) formar personal técnico y auxiliar en el campo de acción de la salud comunitaria. (Programa de Ensino..., 1982, p. 5)

El centro de salud inició sus actividades en el año 1978, registrando, 31.146 consultas y prácticas para 75 alumnos del 4° año, 175 alumnos del 5° año y todos los residentes del Departamento de Medicina Preventiva y de Pediatría de la FMUSP (Dificultad..., 1979, p. 2). Ese volumen considerable de demandas, servicios y enseñanza exigiría la contratación de un médico a tiempo completo para el Programa de Adultos y la incorporación de otro médico para un período de 40 horas. Sin embargo, en un texto redactado en el año 1978 por los empleados del CSE, titulado Dificultad de un Centro de Salud, se señalaron las restricciones presupuestarias, a pesar de las promesas de la Secretaría de Salud. Los efectos de esa política podían verse, según el relato del Programa de Salud Mental, en “una situación de casi insolvencia [de la Salud Mental] dadas las dificultades señaladas [...] tenemos la certeza de que la quiebra total, inminente, significará una pérdida irreparable, sea en el plano científico, sea en el plano de la inversión social, sea en el plano político” (Silva, s/f).

En el intento de resolver esa demanda, Guilherme Rodrigues da Silva envía una misiva al entonces coordinador de Salud Mental de la Secretaría del Estado de Salud, Raphael de Mello Alvarenga:

...en el momento en que tenemos condiciones para desarrollar plenamente el modelo originalmente propuesto de integración de la salud mental a los programas de una unidad local de salud (con la transferencia, en agosto pasado, del programa al área del Centro de

Salud Escuela de Butantã), cuando estamos a punto de montar una estructura más eficiente de apoyo para la formación de personal y cuando tenemos condiciones para iniciar, de inmediato, un programa de residencia en Salud Mental basado en actividades de una unidad local de salud, quedamos bastante frustrados con la decisión de la Coordinación, que propone para 1978 un presupuesto absolutamente insuficiente para mantener incluso los niveles actuales de la programación. (Silva, s/f)

En 1979, como resultado de una reunión de todos los centros de salud escuela del estado de São Paulo, se aprobó un documento en el que solicitan:

- 1) formación de una Comisión, con integrantes de la Secretaría de Salud y representantes de los CSE, para estudiar:
 - a) soluciones inmediatas de suplementación presupuestaria para cumplir con los compromisos financieros, en particular los salariales;
 - b) la uniformización de los ajustes periódicos de fondos, para todos los CSE, en el mismo mes de inicio del año;
 - c) la necesidad de que los ajustes acompañen adecuadamente los aumentos salariales anuales;
 - d) la agilización de la liberación de los ajustes periódicos;
 - e) la situación funcional y laboral de los profesionales del CSE;
- 2) reuniones periódicas de representantes del CSE junto con el señor coordinador de Salud de la Comunidad con una periodicidad máxima de tres meses. (Documento dos Centros..., 1979, p. 2)

La formación en Medicina Preventiva y Social: ¿hacia dónde seguir?

En ese mismo año, 1979, se realizó el I Foro de Debates en Residencia de Medicina Preventiva, en el que participaron varias instituciones universitarias del estado de São Paulo²⁴, con los temas: medicina preventiva y residencia

²⁴ Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP, Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP-Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina-UNESP-Botucatu, Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas-UNICAMP, Departamento de Medicina Preventiva-EPM.

médica, residencia médica y mercado laboral, es decir, cuestiones centrales que el preventivismo había acumulado hasta ese momento. Wanderley Nogueira da Silva, profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, abrió las sesiones recordando que, si el movimiento preventivista había creado escuelas médicas y departamentos bajo su perspectiva, habría surgido otro problema, el del mercado laboral médico, motivo de esta reunión:

...entonces haces una especialidad, que sería la medicina preventiva, y en verdad no existe campo de trabajo para ella? Surge la duda de la pregunta. Con todas estas dificultades [...] todos los departamentos han vivido, evidentemente, nosotros también hemos sufrido mucho con estas cuestiones, hasta que la Comisión de Residencia de este Departamento elaboró un programa, programa que fue enviado a los jefes de Departamento, que están presentes aquí en esta casa en este momento, y que es el programa que se está elaborando para el R-1 de este año; pero las dificultades continúan siendo serias, y fue por causa de esas dificultades que esta Comisión de Residencia sugirió la idea de realizar este encuentro para que, a través de él, pudiéramos discutir más libremente y, quién sabe, sacar de allí alguna conclusión satisfactoria. (Silva, 1979, p. 1)

Aun en el Foro, el profesor hacía una serie de consideraciones sobre el preventivismo, que ya se venían planteando en trabajos académicos, originalmente de Cecília Donnangelo y Sérgio Arouca, sobre las limitaciones de los marcos que lo informaban. Sin embargo, existía una síntesis de esas preocupaciones colectivas y, de acuerdo con otro documento relativo al mismo Foro, habría un desajuste histórico entre las propuestas y cierta interpretación en Brasil de la década de 1970:

Se identifica, pues, un cierto desajuste con la realidad del momento, en función del desarrollo de una política nacional de salud que favorece las exigencias de un mercado laboral médico orientado hacia la creciente necesidad de especialistas y hacia la obtención de lucro. Un reflejo de ese desajuste es, sin duda, la constatación de la relativa ineficacia de los Departamentos de Medicina Preventiva y/o Social para cumplir los objetivos programáticos inicialmente propuestos, quizá porque buena parte de las propuestas del proyecto preventivista, tal como surge en la década de 1940, puede ser identificada como de naturaleza utópica. (Residência en..., 1979, p. 1)

Yendo más allá, ya se mostrarían las nuevas pautas del pensamiento de la salud colectiva y su necesidad de implantación en las redes de servicios básicos, considerando una participación popular en el proceso y haciendo de ese médico un profesional capaz de transformar el orden social:

...las crisis por las que ha pasado el país han mostrado la creciente importancia de los movimientos populares y de los trabajadores y su potencial eficacia en la determinación de directrices políticas. En consecuencia, se hacen necesarias revisiones de los programas de Medicina Preventiva, tanto los predominantemente crítico-teóricos como los de tipo práctico-simplificador, como los que se han estado realizando en centros de salud escuela en el estado de São Paulo. Reaparecen, pues, bajo una nueva perspectiva, problemas relacionados con la participación de la comunidad en las actividades de promoción y recuperación de la salud, la forma en que deben ser reelaborados los conocimientos populares sobre tales cuestiones y las maneras de evaluar las necesidades y aspiraciones en el campo de la salud colectiva [...] en esa perspectiva, se haría más claro el doble papel que debe desempeñar el médico, el investigador y estudio, que es el de un intelectual técnicamente competente y capaz de participar activamente en el proceso de transformación social. (Residência en..., 1979, pp. 2-3)

Ante la pregunta formulada en el foro, ¿cómo desarrollar un programa de residencia médica capaz de acoger este tipo de trabajador médico, sustituyendo paulatinamente la medicina preventiva por la salud colectiva y dónde emplearlo? La respuesta fue precisa y de acuerdo con lo que planteaba la Reforma Leser:

...para el estado de São Paulo, los centros de salud estatales son los que han mostrado mayor capacidad de absorción de los egresados de la residencia, surgiendo como un elemento de mayor importancia actualmente. Sin embargo, se cree que funciones más propiamente administrativas y de planificación realizadas por las secretarías de Salud y el propio Ministerio de Salud se presentan como posibilidades concretas de inserción del residente en el mercado laboral. La propia universidad, como soporte del trabajo docente y de investigación, no parece ser un campo aún completamente agotado... (Residência en..., 1979, p. 4)

Cabe aquí un registro importante: este tema estaba en la agenda nacional de la salud colectiva. De forma ejemplar, la revista *Estudos de Saúde Coletiva, Abrasco* reunió una serie de discusiones, artículos, informes y seminarios en torno a la práctica pedagógica en el área de la salud, involucrando dos dimensiones: qué enseñar y cómo enseñar. Entre los temas de posgrado y especialización, ganó espacio la residencia médica, con la participación de varios autores²⁵ y una fuerte presencia de profesores del Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP²⁶, con tres trabajos centrales: el primero sobre el esfuerzo por sistematizar un conjunto de informaciones obtenidas de los coordinadores de los programas de residencia en Medicina Preventiva y Social de todo el país, preparando un material para el Encuentro de Posgrado en Salud Colectiva y Reforma Sanitaria de la Abrasco en 1987 (Elias *et al.*, 1988). El segundo estudio se dirige a la variada gama de relaciones laborales del médico bajo la referencia de la dimensión liberal de la profesión y cómo ese marco se relacionaría con la formación de un médico en particular, el de medicina preventiva (Schraiber, 1988). Finalmente, el tercer trabajo trata de la regulación de la residencia médica, tema más general, desde la perspectiva de las distintas instituciones representantes de la corporación, pero también de aquella relativa a las políticas nacionales de salud, que, en ese momento y para ese grupo, era un asunto de primera orden, referente a la Reforma Sanitaria (Elias, 1988).

Esta observación es necesaria porque, si existía una preocupación general con el tema, la Preventiva de la USP venía destacando, entre sus cuestiones formativas, sobre todo en el Centro de Salud Escuela, ya en 1982, su Programa de Residencia Médica, con el objetivo:

...de proporcionar condiciones que permitan al Residente una comprensión amplia de la problemática de salud en Brasil, capacitándolo para realizar análisis de situaciones concretas, para el ejercicio de una práctica médica no sofisticada y de Salud Pública y para un posicionamiento crítico frente a la dinámica del proceso médico-social. Objetivos: 1) proporcionar a los residentes oportunidades de entrenamiento clínico en áreas generales en servicios de atención primaria a la salud, habilitándolos para ejecutar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación en salud; 2) proporcionar

²⁵ Cornelis Van Stralen, Everardo Duarte Nunes, Maria Eliana Labra, Maria José Scochi y Regina Marsiglia.

²⁶ Lilia Blima Schraiber, Paulo Eduardo Mangeon Elias y Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

a los residentes adiestramiento en técnicas de salud colectiva, habilitándolos para la planificación, organización y administración de servicios de salud, incluyendo entrenamiento para la preparación y utilización de recursos humanos; 3) proporcionar a los residentes cursos para la formación de un repertorio conceptual que les permita ejercer actividad analítica sobre las juntas médico-sanitarias y sobre el proceso salud-enfermedad en su dimensión histórico-social, incluyendo las instituciones de salud médico-asistenciales; 4) proporcionar a los residentes oportunidades para el desarrollo de potencialidades de investigación y/o académicas, a través de su inserción en las actividades corrientes del Departamento y/o por medio del apoyo a iniciativas individuales o de grupos. (Programa da Disciplina MPR 310, 1982, p. 1)

La residencia médica se desarrollaría en dos años, abarcando las áreas temáticas de prestación de servicios básicos de salud, medicina preventiva y salud colectiva, y un tercer año de entrenamiento ofrecido a médicos interesados en la especialización del área programática, además de la participación didáctica en el curso de grado. En el primer año, los temas eran: entrenamiento en servicio, atención al adulto, atención al niño, planificación y administración, nivel local (centro de salud escuela), nivel regional (distritos sanitarios) y nivel central (vigilancia epidemiológica, registro de datos y coordinación general de servicios a la comunidad). En el segundo año, el tema era didácticos complementarios, con clases expositivas, seminarios y proyectos didácticos de investigación a partir del curso Introducción a la Medicina Preventiva (la salud como cuestión social, el capitalismo industrial y la redefinición histórica de las necesidades de salud, la estructura de producción y consumo de servicios de salud y las condiciones de emergencia y difusión de las propuestas de la medicina preventiva, medicina integral y medicina comunitaria, el significado de las propuestas de medicina preventiva y comunitaria frente a la estructura de las sociedades latinoamericanas, incorporación y desdoblamiento de las propuestas de medicina preventiva y medicina comunitaria en Brasil) (Programa da disciplina MPR 310, 1982, pp. 5-7).

Toda esa arquitectura de enseñanza, investigación y servicios de salud logró, en la década siguiente, la adhesión de una pléyade de residentes médicos procedentes de varias partes de Brasil, habiendo parte de ellos sido absorbidos por el centro de salud escuela de Butantã. En ese mismo período, se incorporaron otros profesionales de la salud de nivel técnico y de otras

áreas académicas: enfermería, pedagogía, etc.²⁷. Así, el Departamento de Medicina Preventiva ganaba un espacio académico también en la FMUSP, respondiendo tanto a las preocupaciones más políticas del grupo de profesores como a la estructura de la Secretaría de Salud. La experiencia del centro de salud colaboraría con la propia participación regional paulista en la salud colectiva, ya sea aportando una propuesta creativa e innovadora a partir de las referencias que venían siendo discutidas a nivel nacional, ya sea en el rasgo fundamental paulista, es decir, en una experiencia única, lo que generó reconocimiento y extrañeza entre los pares en la década siguiente.

En 1986, un trabajo se volvió referencial para repensar las tecnologías implementadas en el servicio del CSE: la tesis de doctorado de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

...más precisamente a mediados de la década del 1980, tuve la oportunidad de, junto con aquellos compañeros que trabajaban conmigo en el centro de salud escuela Prof. Samuel Barnsley Pessoa, iniciar un esfuerzo con el objetivo de constituir la tecnología del proceso

²⁷ Diversos docentes de Medicina Preventiva tuvieron una participación importante en la creación y en el desarrollo del trabajo en el campo de la atención primaria, desde el Centro de Salud de Lapa hasta el Centro de Salud Escuela, comenzando por el profesor Guilherme Rodrigues da Silva, quien creó condiciones políticas para que se inaugurara la unidad. En ese sentido, se destacan Hillegonda Maria D. Novaes, José Eluf Neto, Júlio Litvoc, Lília Blima Schraiber, Maria Inês Battistella Nemes, Moisés Goldbaum, Paulo Eduardo Mangeon Elias y Ricardo Lafetá Novaes. Cabe destacar, sin embargo, el liderazgo intelectual y técnico de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, especialmente a partir de la defensa de su tesis doctoral, en 1986, base de la profunda reorientación del trabajo desarrollado allí desde fines de la década del 1980, bajo la coordinación de la profesora Lília Blima Schraiber. Ya en los primeros años del Departamento, otros profesionales se fueron incorporando como docentes, así como al cuerpo docente-asistencial del centro de salud, en el sector entonces llamado Clínica del Adulto (actual Sector de Atención a la Salud del Adulto), y en el sector de Salud Mental, con participación activa en la docencia y en la investigación del Departamento, además de las actividades de extensión. Son algunos nombres: Ademir Lopes Junior, Alexandre Nemes Filho, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Ana Maria Fernandes Pitta, Ana Sílvia Whitaker Dalmaso, Ângela Maria Machado de Lima, Arnaldo Sala, Cássia Baldini, Cecília Amaro de Lolio, Cleuza Maria Borges de Castilho, Denise Schout, Diane Dedé Cohen, Dulce Maria Senna, Edmara Rodrigues, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Eleonora Haddad Antunes, Erandy Bandeira Albernaz, Ivan França Júnior, Joana Azevedo da Silva, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Lúcia Helena Barbosa, Luisa Augusta Jerônimo Rodrigues, Lygia Maria de França Pereira, Maria Rita Bertolozzi, Maria Thereza da Costa Albuquerque, Maria Zilda de Aquino, Mariana Arantes Nasser, Marina Peduzzi, Mary Franklin Gonçalves, Miriam Ribeiro Lima, Ricardo Rodrigues Teixeira, Roberto Coelho Lopes, Rubens Kon, Sylvio Giordano Jr., Uraci Simões Ramos, Wagner Figueiredo, Wilza Villela (Ayres & Mota, 2012, p. 132-133).

de trabajo, en sus múltiples aspectos, en el objeto de conocimiento nuclear que intentaríamos construir. Una secuencia de impactos negativos ha impedido que aquel trabajo alcance un grado de madurez suficiente para su despegue definitivo, pero la madurez traída por la vida aconseja pensar también en nuestras propias limitaciones como obstáculos muy importantes para alcanzar los objetivos pretendidos. El hecho es que aún no hemos logrado hacer de ese dispositivo de investigación y docencia una fuente regular de producción científica. En el esfuerzo por lograrlo, el trabajo cotidiano de esos años va sedimentando, con lentitud, en las puertas de la percepción de sus agentes, un conjunto difuso, pero estructurado, de ideas que configuran un amplio proyecto virtual de investigación. Sin ese trabajo y sin esos resultados imponderables, no habría sido posible que mi proyecto original de investigación para el Doctorado siguiera los caminos que terminó por seguir. Aunque ninguna de las evidencias empíricas directas que lo sustentan procede del Centro de Salud Escuela, todas las referencias intelectuales que permitieron el trabajo de obtener y elaborar esas evidencias fueron construidas allí. Esta investigación, por derecho de nacimiento y de maduración, quiere representar el trabajo colectivo de Butantã, y mi primer agradecimiento se dirige, por tanto, a todos los que allí se empeñan en la construcción de un objetivo común. En verdad, pido disculpas por agradecerles, porque la gratitud no representa de forma adecuada nuestra relación de trabajo: pido permiso para representarlos. Elaborado el proyecto inicial, en el año siguiente nos agregaríamos, yo mismo y los doctores Ricardo Lafetá Novaes y Maria Dutilh Novaes, y más tarde Lilia Blima Schraiber, en un plan ambicioso de investigación, bajo la coordinación de Cecília Donnangelo. A pesar de haberla perdido al inicio de nuestras actividades, creo que hemos logrado, en esos tres años, construir los cimientos de nuestro núcleo de investigación sobre Tecnología y Organización Social de la Práctica Médica. (Mendes-Gonçalves, 1986, p. III)

Según el análisis de Ayres sobre ese trabajo y la definición de *organización tecnológica del trabajo*:

...además del desarrollo conceptual, un estudio empírico cualitativo, que combinó la observación de servicios con entrevistas a profesionales, buscó aprehender la materialidad y la historicidad de las prácticas de salud en el contexto concreto de la salud pública paulista.

El marco teórico fue, entonces, puesto a prueba, y de modo exitoso. Ricardo Bruno identificó en ese estudio la polarización de los saberes operados de forma concreta en las unidades de salud en torno a dos modalidades-tipo de racionalidad aplicada: la clínica y la epidemiología. Demostró cómo esos polos abstractos están relacionados con procesos de trabajo que implican objetos, instrumentos y finalidades estructuralmente interdependientes, pero lo suficientemente diversos como para sancionar u obstaculizar diferentes perspectivas subjetivas y proyectos tecnopolíticos en disputa dentro de la organización de la atención en salud en construcción en el país. En ese sentido, la organización tecnológica del trabajo (OT) se constituye como una crítica potente tanto al empobrecimiento de la incorporación de la racionalidad epidemiológica a la atención básica, donde tendría un papel fundamental por cumplir, como a la proposición de acciones orientadas a la salud colectiva insensibles a la importancia de la racionalidad clínica en la construcción de prácticas con capacidad real de dialogar con las poblaciones y sus necesidades de salud. En otras palabras, deconstruyó el tecnicismo conservador que autonomiza y polariza esas dos esferas de saber y señaló la integración clínico-epidemiológica como un horizonte para superar comprensiones individualistas, naturalizadoras y tecnocráticas de la organización tecnológica de la atención primaria. (Ayres, 2015, pp. 909-910)

Desde la perspectiva de esta reflexión teórico-metodológica, en 1987 se presentó un proyecto de reformulación del trabajo interno del centro de salud, configurando una nueva experiencia, entonces definida *como acción programática de salud*. Decía su grupo de trabajo:

Hace cerca de tres años iniciamos un proceso de cuestionamiento del trabajo desde distintos ángulos que hoy tal vez se esté configurando como una nueva etapa (de este proceso en curso). Realizamos evaluaciones del desarrollo del servicio y proyectos de reorientación de partes del trabajo donde es posible vislumbrar cuestionamientos sobre el contenido y sus formas de organización. Pero el conjunto de las acciones desarrolladas en la clínica médica de adulto (CMA) aún mantiene una relación estrecha con su origen híbrido, con predominio del referencial de la clínica, y presenta una serie de problemas que podrían relacionarse de forma más o menos directa con el modelo adoptado: 1) más allá de una evaluación inicial del área y del servicio realizada en la implantación del CES, falta claridad

sobre cuáles son las principales necesidades de salud de la población y del seguimiento de la clientela; 2) el trabajo se ha organizado en torno a algunas estandarizaciones con enfoque principalmente clínico. Faltan evaluaciones y reordenamiento de propuestas; 3) los desencuentros en la uniformidad e integración entre las actividades que componen la atención al paciente han evidenciado la debilidad del equipo de salud; 4) hay una pérdida de la calidad del seguimiento al mismo tiempo que existe una cantidad elevada de ausencias y de consultas eventuales, estas sin definición clara sobre su articulación con el seguimiento programático. No existen criterios establecidos para la programación de los retornos, para la decisión sobre el alta o la derivación. En este conjunto de puntos, el trabajo tiende a organizarse de forma improductiva e insatisfactoria. (Encaminhamentos..., 1987, p. 2)

Por el cuadro presentado y considerando el hecho de que el centro de salud es también un espacio asumido como de investigación en salud colectiva, la intención de implementar una tecnología de trabajo más dinámica no se limita a la subordinación de la clínica a la epidemiología, sino, por sobre todo, a la instrumentalización de prácticas de salud de incidencia individual y colectiva:

...el trabajo programático puede ser una estrategia cuando se orienta por un diagnóstico de salud de la población, propone intervenciones y evalúa resultados a partir del análisis del colectivo. El conjunto de las acciones desarrolladas pasa entonces a estar subordinado a la orientación del programa (un ejemplo puede ser la atención eventual). La actuación de los profesionales organizada por un programa se homogeneiza, crea condiciones para una producción institucional susceptible de evaluación, además del suministro de material de investigación. (Encaminhamentos..., 1987, p. 2)

Las actividades programáticas preveían metas bastante claras a alcanzar y evaluar en el proceso:

...1) la viabilización de cuatro subprogramas justificados por las características de la demanda que hoy estamos atendiendo y por constituirse en temas de interés de investigación: crónicos, mujeres, adolescentes, personas mayores; 2) un cuestionamiento de la organización del trabajo definida en distintos momentos. Se incluyen aquí las actividades hoy en curso de preconsulta, consulta, posconsulta,

atención de enfermería y grupos; 3) considerando la investigación como principio general de trabajo del CSE, se ha optado por la producción de una suma articulada de investigaciones operacionales, que abarquen las principales áreas de investigación localizadas del CSE. (Encaminhamentos..., 1987, p. 5)

...como trabajo colectivo, intentamos explorar un modelo de producción de la atención primaria en salud que articulara la cobertura de una demanda espontánea de usuarios del servicio con la cobertura de grupos poblacionales específicos, destinatarios de programas de salud: los adolescentes, las personas mayores, los portadores de enfermedades crónicas y las mujeres. Además, dadas las exigencias propias de la intervención planificada, tal como las acciones de programas, pero sobre todo dada la conceptualización que hacemos de práctica programática, se exploró un polo de estructuración del trabajo: la incorporación de prácticas rutinarias de evaluación del servicio, constituyendo el sentido de los procedimientos sistemáticos de evaluación de las acciones y del servicio, además de una área parcial de investigación. (Schraiber, 1993b, p. 7)

Para eso, se realizó una encuesta poblacional en el área del centro de salud escuela a partir del grupo de epidemiología, para la cual habría:

...la necesidad de ampliar el conocimiento sobre la realidad de salud de los distintos grupos que componen la población objetivo con el fin de orientar de forma eficaz la intervención del servicio. El grupo pasó, así, a discutir los encaminhamientos concretos del trabajo que fueron, para fines operativos, divididos en dos vertientes: la primera tratará de la organización de los datos obtenidos a partir de registros internos del servicio y la segunda, de la organización de datos obtenidos a partir de encuestas sobre la población objetivo del CSE. (Anteproyecto de..., 1987, p. 1)

En 1988, se amplió el área de actuación del centro de salud, habiéndose presentado un Flujograma para la Organización del Centro de Salud Escuela que preveía una articulación entre los servicios de salud y de estos con las demás instituciones sociales involucradas en la determinación de las condiciones de salud de la población. Más que eso, existía un plan para articular tales demandas con la propia acción programática, lo que resultaría en una experiencia innovadora, pues intentaría equilibrar la asistencia médica de los

programas establecidos y la demanda espontánea, gran desafío para el funcionamiento del servicio del centro de salud. Según el documento:

...la propuesta de regionalización de las acciones de salud, más que facilitar el acceso de la población a los servicios, permite la planificación orientada a las condiciones locales, posibilitando el establecimiento de metas y criterios para la evaluación de los programas implementados. Los servicios básicos de salud parecen representar el espacio adecuado para la planificación de las acciones de salud que se deben desarrollar en su área de influencia. Se preconiza tomar como referencia las necesidades de salud de la población, los recursos disponibles y los proyectos institucionales para establecer los contenidos y niveles de jerarquización de los servicios. (Fluxograma..., 1988, p. 1)

Entre los varios puntos discutidos, algunos se consideraban prioritarios y debían ser observados por los trabajadores del servicio. Se presentan aquí brevemente, más como indicadores de los encaminamientos que por la profundidad de los resultados. No obstante, permiten seguir la lógica de la llegada del paciente y todas las instancias que deben participar en su acogida en el servicio:

...1) El archivo debe remitir al sector al paciente con la papeleta de triage usada para ese fin específico, con indicación del servicio de referencia y avisando al paciente que será *triado* y no *atendido*, salvo casos de urgencia médica; 2) Para la CMA, se prevén 44 casos nuevos por semana; este número total de casos representa un 30 % más que las plazas ofrecidas en diciembre de 1987; 3) dentro de la posibilidad (del horario y de la demanda), el mismo empleado debe realizar la preconsulta y los encaminamientos de los pacientes ya triados por el médico. Esto permite que un menor número de personas esté involucrado con el triage y atendiendo al paciente. (Fluxograma..., 1988, p. 9)

Una síntesis de todo ese recorrido y de los esfuerzos realizados por ese grupo de profesionales de la salud en esta primera década de funcionamiento del centro de salud-escuela fue recogida en dos publicaciones fundamentales. La primera es *Programación en salud hoy* (Schraiber, 1990), compilación que

reúne a algunos profesionales, docentes e investigadores²⁸ del Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, integrados en la red de prestación de servicios de la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo, y reflexiones generadas por y para el centro de salud escuela Dr. Samuel B. Pessoa a partir de tres ejes de construcción intelectual: la motivación, la recuperación conceptual y el intento de prácticas innovadoras en salud:

...esos tres ejes se combinan en cada uno de los textos que siguen, y aunque, en particular, se inclinan ora más hacia uno, ora más hacia otro de los ejes señalados, todos comparten las mismas expectativas de abordar la problemática de la igualdad social mediante la búsqueda de un modelo asistencial basado en una *tecnología colectiva*, es decir, una práctica que se aproxime a su objeto de intervención y lo transforme por medio de instrumentos de carácter colectivo, como el conocimiento epidemiológico y las técnicas derivadas de él. (Schraiber, 1990, pp. 31-32)

La otra obra es *Salud del adulto: programas y acciones en la unidad básica* (Schraiber *et al.*, 2000), fundamental por la reflexión teórico-metodológica sobre la producción del trabajo intelectual y práctico en un modelo asistencial de salud determinado. En este sentido, sus autores²⁹ representan parte de los trabajadores del centro de salud, ampliando en sus investigaciones y estudios el campo de visión sobre su área específica de actuación, pero concentrando cada vez más las preocupaciones institucionales en torno a la atención básica en salud que se establecía, o no. Este es uno de los dilemas que enfrentaría el centro de salud: ¿cómo repercutir los cambios traídos por la era SUS en la experiencia estatal de São Paulo?

El recorte temporal en la década de 1980, considerada época de consolidación del Departamento y de la propia salud colectiva, con su hito histórico

²⁸ Autores: Ângela Maria Machado de Lima, Arnaldo Sala, Elen Rose Lodeiro Castanheira, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptistella Nemes, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves y Ricardo Rodrigues Teixeira.

²⁹ Son ellos: Alexandre Nemes Filho, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Ana Silvia Whitaker Dalmaso, Angela Maria Machado de Lima, Arnaldo Sala, Diane Dede Cohen, Dulce Maria Senna, Edmara Rodrigues, Eduardo Marcondes, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Guilherme Rodrigues da Silva, Ivan França Junior, José João Lanceiro da Palma, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Lília Blima Schraiber, Luiza Augusta Jeronimo Rodrigues, Lygia Maria França Pereira, Maria Inês Baptistella Nemes, Marina Peduzzi, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Ricardo Rodrigues Teixeira, Rioko Kayano, Sylvio Giordano Junior y Tania Lilian Lippe.

de la creación del Sistema Único de Salud en 1988, impone un límite a esta investigación, ya que la década siguiente trajo nuevos contextos y actores, de naturaleza muy diversa, aunque siempre se pueda señalar esta o aquella permanencia. Si ese período puede entenderse desde esa perspectiva, sus desarrollos futuros alcanzan varias áreas, tanto en la acumulación de esas y otras experiencias compartidas por sus protagonistas, como en la ruptura de ideas y desconciertos, entrando en la década de 1990 en lo que Hobsbawm llamó la *era del desmoronamiento*, expresión absolutamente compatible con el nuevo contexto que se perfilaba en Brasil y, en particular, en el campo de la salud.

Memorias de los primeros, reflexiones sobre un tiempo

El tiempo anterior y el tiempo de la llegada

Esta narrativa sobre el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP deja entrever que trazar un discurso histórico coherente implica hacer elecciones. Es imposible agotar este o cualquier otro tema, como si existieran comienzos y finales definidos, aunque ciertas etapas puedan parecer claras u objetivas. Como ya señaló Paul Ricoeur:

...no es una aporía paralizante lo que debe desembocar en el debate incesante retomado entre las pretensiones rivales de la historia y la memoria de cubrir un campo abierto, detrás del presente, mediante la representación del pasado. Ciertamente, en las condiciones de retrospectión comunes a la memoria y a la historia, el conflicto permanece indecible. Pero sabemos por qué es así, ya que la relación del presente del historiador con el pasado se reubica como telón de fondo de la gran dialéctica que mezcla anticipación resuelta, la repetición del pasado y la preocupación presente. (2007, p. 403)

Por eso, retomar las memorias de los primeros profesores es buscar un cierto ajuste de esa narrativa, pero con un detalle importante: se busca abordar el proceso sin linealidades ni presunciones finalistas sino, al contrario, mostrar cuánto se logró tratar temas —centrales o no—, quizá para indicar que la historia de un Departamento puede contarse desde varias perspectivas.

Son pocos los registros del impacto del movimiento preventivista en la FMUSP antes de la constitución del Departamento, en 1967. El hecho de que sus primeras clases sobre el tema se hayan dado en otra institución —la Facultad de Salud Pública— quizá explique la casi inexistencia de menciones a tales cambios. Como vimos, fueron tímidos, pero marcantes, al menos para quienes vivieron el año 1956, cuando el Seminario de Viña del Mar reunió a decenas de profesores de medicina y directores de escuelas médicas, como João de Aguiar Pupo, entonces director de la FMUSP.

José da Silva Guedes¹, entonces estudiante de primer año y quien después sería uno de los profesores que impartirían una asignatura de Medicina Preventiva en los primeros años de la década de 1960, relata sus recuerdos de esa época:

...la clase inaugural para nuestra cohorte tuvo lugar el día 2 de abril de 1956, que es el aniversario de la Facultad, así que fue algo muy solemne, incluso. El director de la Facultad, João de Aguiar Pupo, que había estado en Viña del Mar, asistió a la Conferencia, escuchó las propuestas de cambio y pronunció el siguiente discurso en la apertura de nuestra incorporación: [...] “ustedes van a ser médicos diferentes, van a ser médicos de la era de la medicina preventiva. Acabo de volver de Chile, donde una conferencia internacional propone que haya esto, que haya aquello [...]”. No sé bien qué tipo de cosas mencionaba. Entonces, eso fue un hito [...] y la facultad en ese momento se preparó para la propuesta de Viña del Mar. Entonces, quien iba a enseñar Medicina Preventiva [...] en la facultad existía una Congregación [...] con las distintas cátedras del curso de medicina, y medicina preventiva era algo que en ese momento no estaba a cargo de un profesor de medicina [...]. Pasaron algunos meses, y estábamos cursando exactamente el mismo plan de estudios que la cohorte anterior. No había ningún cambio. Pero, un día, Pupo [...] se presenta en nuestra clase y dice: “les dije en la apertura que iban a ser diferentes, que la facultad iba a cambiar, no sé qué más [...] entonces,

¹José da Silva Guedes se graduó en medicina por la FMUSP en 1961, con especialización en Higiene y Salud Pública por la Facultad de Salud Pública-USP en 1963, período en el que fue profesor en el área de medicina preventiva de la FMUSP. En 1973, también en la FSP-USP, obtuvo el título de doctor con la tesis *Contribución para el estudio de la evolución del nivel de salud del estado de São Paulo: análisis de las regiones administrativas, 1950-1970*. Fue secretario municipal de Salud en 1983-85 y secretario estatal en 1995-2002. Actualmente es profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo.

estoy aquí para decirles que el primer cambio que va a suceder es la enseñanza de estadística. Ustedes van a ser la primera cohorte oficialmente con el curso de estadística, los sábados por la tarde". Y en un sábado por la tarde, en determinado momento, aparece nuestro profesor, nuestro primer profesor de estadística, Paulo Vanzolini. (Guedes, 2014, p. 13)

La llegada de médicos bahianos a São Paulo, entre las décadas de 1950 y 1960, principalmente a la facultad de Medicina de Ribeirão Preto, donde los estudios preventivistas y epidemiológicos eran considerados de vanguardia, se produjo tras la incorporación de Guilherme Rodrigues da Silva a la cátedra de Medicina Preventiva de la FMUSP. Poco después, el contacto con Cecília Donnangelo habría acercado más al grupo, y algunos de esos médicos realizaron sus estudios de posgrado en el Departamento y regresaron a su estado de origen (Vieira da Silva, 1990), mientras que otros permanecieron como investigadores y profesores. Entre ellos se encuentra Euclides Ayres de Castilho², quien relata en sus memorias la referencia del nombre de Guilherme Rodrigues ya en Bahía y su capacidad para atraer a parte de ese grupo hacia São Paulo:

El profesor Guilherme era docente de la cátedra de propedéutica médica, e incluso rendí examen práctico con él, en tercer año. Pero el curso de higiene lo dictaba Magalhães Neto. Consistía en saneamiento, algo bien tradicional. Y Guilherme fue incorporando la estadística después. Además de la estadística, introdujo la epidemiología. Pero fue en esa convivencia [...] después pasé a ser monitor, y había un grupo de la Rockefeller, había un grupo de salud de la familia, porque él defendía la tesis de que la unidad de observación, ante cualquier persona enferma, debía ser la familia [...]. Lo interesante es que recibí tres invitaciones. Guilherme había ganado concurso aquí en el año 67, y yo fui con una beca de la Milbank Foundation [para residencia médica en la Universidad del Valle, Cali, Colombia]. [José] Teruel era

² Euclides Ayres de Castilho se graduó en medicina por la Universidad Federal de Bahía en 1965. Realizó la residencia en medicina preventiva en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-USP y en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, en el periodo 1966-68. En 1971, obtuvo el título de doctor por el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP con la tesis *Toxoplasmosis en un análisis de regresión múltiple sobre bajo peso al nacer*, y obtuvo la libre docencia en 1976, con la investigación *Índice antropométrico: construcción por componentes principales*. Entre sus diversas actividades, fue vicepresidente de enseñanza de la Fundación Oswaldo Cruz en el periodo 1985-96. En 1968, ingresó al Departamento de Medicina Preventiva, donde es profesor titular senior.

docente en Ribeirão Preto. Ya estaba en Washington, pero pensaba que debía quedarme en Ribeirão Preto, que fue donde empecé, y me invitó. Roberto Santos, en ese momento, era rector en Bahía, me llamó diciendo que fue allá donde comencé. Entonces, Pauliceia vino a buscarme, el Dr. Guilherme aun más. La decisión de venir para acá fue por Guilherme y por Pauliceia. (Castilho, 2014, p. 14)

En el desencuentro de la dictadura civil-militar, el encuentro con lo social en la medicina

Este primer grupo de profesores llegó a São Paulo en el contexto tenso de la dictadura civil-militar. Lo que puede captarse aquí respecto de ese período es la necesidad de dar voz a quienes vivieron ese tiempo y de alguna forma fueron alcanzados por las iniquidades y por la violencia en sus distintas instancias, muchas desconocidas, pero capaces de afectar una cierta dirección del vivir:

...se trata, por lo tanto, de la necesidad de una transformación de espectadores en testigos, lo cual puede ocurrir cuando se escucha, cuando se recibe la experiencia “como un anillo”, cuando se comparte lo inenarrable, cuando se escucha la memoria de lo involuntario presente en la dimensión colectiva de las generaciones precedentes. Como señala Reyes Mate, el papel de la memoria es modesto. No promete ni garantiza ninguna solución capaz de resolver lo que permanece pendiente: apenas recoloca la pregunta y la actualiza, rescatándola de la indiferencia. (Silva Filho, 2008, p. 175)

Entre las experiencias que dan cuenta de ese período, Julio Litvoc³ aclara, por medio de sus memorias, sus motivos para acercarse a la propuesta del Departamento recién creado y el sentido de esa propuesta para sus propósitos más personales:

³ Júlio Litvoc se graduó en la Facultad de Medicina de la USP en 1968. En el Departamento de Medicina Preventiva, en 1977, desarrolló su maestría, *Enfermedad de Chagas y el proceso migratorio*, y en 1985, el doctorado, *Enfermedad de Chagas y estructura social*. De las investigaciones que desarrolla, se destacan la enfermedad de Chagas, la evaluación de intervenciones que buscan ampliar las prácticas de autocuidado de personas con diabetes atendidas en unidades de atención básica y la epidemiología de trastornos mentales en personas mayores. Ingresó en el Departamento en 1972, donde es profesor doctor sénior.

...tal vez para sorpresa de ustedes, en ese tiempo yo estaba mucho más involucrado con la lucha armada [...] no es que formara parte, pero era simpatizante, hinchaba con fuerza, y lo poquito que podía hacer, lo hacía. Estaba mucho más preocupado [...] en mi primer borrador, puse “política partidaria”, pero “política partidaria” puede parecer PMDB, esas cosas... Cuando me gradué, vine a la medicina preventiva porque era el lugar que más se aproximaba a esa postura mía. [...] el Departamento valoraba la presencia de lo social en el proceso de enfermar, en la concepción del proceso salud-enfermedad [...] particularmente cuando ingresé, tenía un perfil de epidemiólogo, y ya formamos un grupo. Éramos tres personas, el prof. Guilherme, Moisés y yo, estudiando enfermedad de Chagas. La enfermedad de Chagas incluso es muy propicia para discutir su dimensión social, pero también era una época del primer trasplante cardíaco [...] entonces, estaba Zé Boiadeiro, y todo eso iba generando contraste. Lo que aprendí de inmediato, que fue algo distinto, es que no bastaba con decir que lo social era importante. Como mínimo, era necesario intentar identificar las mediaciones que hacían que lo social fuera importante. Lo social entró en mi cabeza, en mi entusiasmo, como determinante. Ese era el término que usábamos en esa ocasión. (Litvoc, 2014, pp. 3-4)

Si existe una memoria ya conocida en el llamado *Libro Negro de la USP* sobre la jubilación obligatoria de varios profesores, como fue el caso de Florestan Fernandes, por ejemplo, otra narrativa, desconocida, explica el ingreso de la socióloga Amélia Cohn⁴ en el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP. La dictadura le había vetado las vacantes que existían en el Departamento de Sociología de la FFLCH-USP, de modo que se lanzó a la posibilidad de conocer otra experiencia universitaria, en una escuela médica:

Entonces, Luiz Pereira se me acerca y dice: “Amélia, esas vacantes no deberían cubrirse, los militares no van a permitirlo, me parece un

⁴ Amélia Cohn se graduó en 1967 en el Departamento de Sociología de la FFLCH-USP, donde también realizó la maestría (1972), titulada *Crisis regional y planificación: el proceso de creación de la Sudene*, y el doctorado (1980), *Previsión Social y populismo*. Rindió el concurso de profesora libre docente en la FSP-USP en 1992. Entre sus diversas actividades, presidió el Centro de Estudios de Cultura Contemporánea (Cedec) entre 1993 y 2005. Ingresó en el Departamento de Medicina Preventiva en 1971 y trabajó hasta 2009, cuando se desligó de sus actividades. En la actualidad, es profesora en el posgrado de la Universidad Santa Cecília, en Santos.

desperdicio, pero están buscando un científico social en Medicina, ¿querés ir para allá?” Claro que dentro [del Departamento de Sociología de la FFLCH-USP] también había mucha resistencia, porque Gabriel era profesor, nos habíamos casado en 1967, ya éramos marido y mujer. Fue así como, en agosto de 1971, llegué acá. Mirá, la llegada fue muy buena, era donde hoy está el Museo [4° piso]. Yo no sabía muy bien dónde me estaba metiendo, pero estaba Cecília Donnangelo. Cecília y Luiz Pereira son de Araraquara, así que se conocían. Fue ella quien le pidió a él la indicación de un científico social. Yo vine a dar clase en el curso Experimental. La leyenda decía que quien no entraba en el tradicional iba al Experimental. No era verdad, ¿cierto? En esa época, gran parte del alumnado del curso Experimental lo había elegido como primera opción. El curso se daba allá en los galpones, donde hoy está Psicología, o estaba, allá atrás del Rectorado. Todo era muy precario, las instalaciones eran extremadamente precarias. Y fue una experiencia fantástica. Varios de los sanitaristas, militantes, hicieron ese curso. Y dábamos, Cecília y yo, un curso de sociología. Claro que el objeto era salud, medicina, etc. (Cohn, 2015, pp. 3-4)

Tiempos de consolidación: ¿qué cambió?

Como vimos, con el proceso de redemocratización del país y el crecimiento del grupo que integraba el Departamento de Medicina Preventiva, la década del 1980 trajo, entre retrocesos y avances, la posibilidad de consolidación departamental en varios aspectos. Uno de ellos era el fortalecimiento del campo de la investigación, que abarcaba temas importantes del pensamiento social, de los servicios de salud y del propio campo médico. Habiendo sido impulsado antes por Guilherme Rodrigues y Cecília Donnangelo, ese trabajo de campo tendría repercusiones en tiempos posteriores, pero con un internacionalismo emergente, según las memorias de Hillegonda Maria Novaes⁵:

⁵ Hillegonda Maria Dutilh Novaes se graduó en medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp en 1971. En el Departamento de Medicina Preventiva realizó su maestría en 1979, uno de los primeros trabajos médicos de carácter histórico, *Puericultura en cuestión*, y en 1987 el doctorado titulado *Diagnosticar y clasificar: el límite de la mirada*. Tiene un posdoctorado por el Institut National de Santé et Recherches Médicales – INSERM-Paris, cursado entre 1990 y 1992. En 1980 ingresó en el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, donde es actualmente profesora libre docente y coordinadora del Núcleo de Vigilancia Epidemiológica del HC-FMUSP.

...esa cuestión del servicio de salud surgió con la propuesta de Cecilia, construida colectivamente, que considero muy importante rescatar, de enfocar una investigación en el sistema de salud, en los servicios, con recolección de datos empíricos. Ella había escrito los libros y quería recolectar datos empíricos. Y eso tenía toda relación con mi perfil, digamos, porque realmente me gustaba hacer cosas en la práctica. Además, como éramos amigos de Pellegrini⁶, que estaba en la OPS, comenzó con movimientos de Pellegrini [...] sobre evaluación de tecnologías. Hubo una primera reunión en la OPS en 1983, con varias personas, Jorge Peña, el propio [Juan César] García, que participaba no de forma central, pero también estaba algo en esa discusión [...] entonces, fue la primera reunión de la OPS para estudiar la incorporación de tecnologías en el sistema de salud, comprenderlo en su complejidad económica, pero también en la organización de la asistencia. Y cada vez que hablo con personas del área de evaluación, digo “miren, quedan muy pocas personas vivas que estuvieron en esa reunión, y yo estuve”. Y fue la primera vez que hubo una reunión que trató sobre evaluación de tecnologías. (2015, p. 10)

Cuando tratamos ese período de consolidación, debemos también referirnos a una consolidación de la propia salud colectiva como un área de conocimiento y prácticas que gana cada vez más espacio, conforme se establecen los cambios en el país. Todo el proceso de ruptura con una idea de salud pública biologicista o de una medicina absolutamente basada en el cuerpo biológico individual se desencadena a partir de la movilización de un grupo nacional —que incluía a los paulistas— y con contribuciones del Departamento de Medicina Preventiva.

⁶ Alberto Pelligrini Filho se graduó en medicina por la Facultad de Medicina de la USP en 1968 y obtuvo el doctorado en el Departamento de Farmacología de la Unicamp en 1976. Entre sus diversas actividades, fue coordinador de la Unidad de Promoción de Investigación OPAS-OMS de 1988 a 2004 e investigador en salud pública de la Fundación Oswaldo Cruz de 2006 a 2008. También fue delegado de Brasil en las Comisiones sobre Determinantes Sociales de la Salud del Mercosur y de la Unasur de 2009 a 2014.

El más antiguo del grupo y con una trayectoria entre la gestión, la política y la academia, Moisés Goldbaum⁷, conserva la siguiente referencia:

...pensando más desde el punto de vista académico [...] con la consolidación en la década de 1980 de los departamentos, de la salud colectiva como campo [...] se tienen, en esos departamentos, que fueron el inicio, los departamentos fuertes, los departamentos representativos de la llamada salud colectiva, en la década de 1970. Ahora, están bien establecidos y con una ampliación de líneas de trabajo académico. Es decir, la idea de salud colectiva quedó bien establecida. Ya no es aquella vieja salud pública. El espacio creció e incluso invadió la clínica. Actualmente, se discute, dentro de la salud colectiva, la clínica en otro nivel. Ya no es una oposición, sino que se discute de otro modo, con incorporación de nuevas líneas de investigación. Vea el Departamento, la variedad de líneas de investigación que tiene y que son bastante amplias, e incluyen la propia clínica dentro de la discusión. Incluyen organización del servicio de salud, política de salud, epidemiología, ciencias sociales, de forma bien establecida, clara, aunque no exista una articulación nítida entre los diferentes campos disciplinares. Seguimos siendo una unión de campos disciplinares. Pero solo se podría observar así, desde el punto de vista académico, la ampliación que tuvo a partir de la consolidación de estas áreas. (Goldbaum, 2015, pp. 23-24)

⁷ Moisés Goldbaum se graduó en medicina por la Facultad de Medicina de la USP en 1967. En el Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP, realizó su maestría en 1976, con la tesis *Enfermedad de Chagas y trabajo en área urbana*, y en 1981 obtuvo el doctorado con la tesis *Salud y trabajo: la enfermedad de Chagas en el sector industrial*. Fue presidente de la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (Abrasco) de 2003 a 2005, secretario de Ciencia y Tecnología e Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud de 2005 a 2007 y coordinador de Ciencia y Tecnología e Insumos Estratégicos de la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo de 2011 a 2013. Ingresó al Departamento de Medicina Preventiva de la FMUSP en 1970, donde actualmente es profesor doctor senior.



CALÇADO

Clark

Capítulo 4

La moderna ciudad de São Paulo y las enfermedades del progreso, 1930-1970

La función del historiador es
recordar a la sociedad aquello
que quiere olvidar.

Peter Burke

Es que Narciso encuentra feo
lo que no es espejo.

Caetano Veloso

El último capítulo de este estudio se dedica a las personas en la ciudad y a sus enfermedades. Esto se debe a que, después de todo un recorrido para comprender cómo se constituyeron en São Paulo las tecnologías de salud entre las décadas de 1930 y 1980, con el objetivo de reconocer el movimiento de la salud colectiva como una respuesta a esas tecnologías, aún existe la necesidad de una aproximación a la población de la que hablan esos profesionales: en qué espacio intentaban interactuar y cómo esas experiencias acumuladas en el tiempo podrían desmitificar los discursos de la máquina sanitaria paulista sobre hacerse cargo de la salud de su gente.

Entonces, cuando se retomaron los centros de salud distribuidos por la ciudad y los médicos sanitaristas llegaron con una nueva concepción de integración médico-sanitaria, conviene decir que encontraron una población abandonada y rehén de las migajas estatales que les ofrecían los servicios públicos médicos y de salud, hecho que necesita ser contextualizado para comprender los cambios conquistados y los límites evidenciados en ese cotidiano. Si existe una narrativa sobre el regionalismo paulista de la salud colectiva, también es importante narrar este encuadre, para que, al intentar evitar un mito *heroico* de la salud pública, no se incurra en otro, el de la *redención*.

Para ello, es necesario hacer inicialmente una aclaración fundamental que afecta a la historiografía sobre São Paulo: se trata de una confusión presente en muchas narrativas que abordan su historicidad como si no existieran

particularidades locales de las cuales emergieron cuestiones que deben entenderse dentro de contextos específicos. En ese sentido, discutimos aquí solo la capital, dejando claro que el impacto de las legislaciones y acciones médico-sanitarias fue siempre diferente y tuvo resultados distintos en los municipios y en las regiones de frontera. Después de todo, más que una idea de región unida y capaz de amalgamar la nación (Luca, 1999b), el estado de São Paulo es, sobre todo, un espacio fragmentado geográficamente y políticamente, con áreas por donde los intereses del capital pasan o no, lo que marcó toda la diferencia para sus instituciones médicas y de salud pública. Fue la capital la que organizó categóricamente los conceptos de tiempo, ciudad y urbanidad sobre São Paulo, lo que permite entender el camino que recorrió Milton Santos para hablar de la “ciudad y [en] lo urbano como espacio-tiempo”, dimensiones metodológicas que inspiran la mirada que se lanza a los temas discutidos aquí:

...la ciudad es al mismo tiempo una región y un lugar, porque es totalidad, y sus partes disponen de un movimiento combinado, según una ley propia, que es la ley del organismo urbano, con la cual se confunde. En verdad, existen leyes que se suceden, señalando el paso del tiempo y cambiando las denominaciones de ese verdadero espacio-tiempo que es la ciudad. Es a partir de estos dos datos que vamos a unir la ciudad y lo urbano. Así podremos intentar superar el misterio de las formas y buscar la construcción del método, mediante la fenomenología a adoptar, la aproximación de la contextualización, la reconstrucción de los escenarios de una realidad que en parte se perdió, la búsqueda del significado y de la memoria, una memoria que, a través de este enfoque histórico, encontraremos depurada al máximo de los filtros. De este modo, nos está permitido dirigir preguntas a la ciudad, indagando acerca de su formación, ya que la historia de la ciudad es la historia de su producción continua. La historia de una ciudad se produce a través de lo urbano que incorpora o deja de incorporar; ese urbano que en otros lugares puede tardar en llegar, y que en São Paulo siempre llegó casi de inmediato. Por eso se habla de la vocación irresistible de São Paulo por la modernidad. Pero, ¿qué modernidad? (1994, p. 71)

Una posible definición de modernidad es la de Koselleck:

... ¿Cuán nueva es nuestra modernidad? Para responder a esta pregunta, procederé en dos pasos. Primero, debo recordar que la

modernidad es, de hecho, nueva. Esta respuesta será fácil, pues ¿quién dudaría de eso? En un segundo paso, preguntaré *¿cuán* nueva es realmente nuestra modernidad? Esta respuesta no será fácil. Nos confrontará con dificultades que nosotros, historiadores, nos impusimos con la propia formulación del concepto. (2014, p. 209)

Al criticar las concepciones que podrían definir una historia como “más nueva” o “más vieja”, imponiendo categorizaciones de lo que es nuevo o viejo, el autor llama la atención sobre los estratos que componen determinado tiempo, a veces acelerados, otras lentos y más duraderos, lo que permite su repetición: “entonces, también podremos redefinir las épocas temporales que hacen *justicia* a la modernidad, pero sin excluir las otras épocas de nuestra historia” (Koselleck, 2014, p. 221).

La necesidad de este preámbulo se encuentra justamente con la São Paulo que se quiere comprender: una ciudad que busca la modernidad, pero cimentada sobre esos estratos temporales, lo que da lugar a una reflexión capaz de entender en ese proceso cómo se configuraron ciertas personas en esos tiempos y cómo las enfermedades producidas en ellas también forman parte de esos estratos temporales, a veces lentos o acelerados, a veces bruscos o en desarrollo, formadores de una concepción de lo urbano y de la vida en la sociedad paulista.

Cuestiones urbanas y poblacionales en la urbe paulista

Ciudad de São Paulo: ¿qué modernidad?

La Segunda Gran Guerra encerraría la llamada Era de las Catástrofes, señalando una nueva fase del desarrollo humano, cuando la economía mundial y el progreso social debían ser aliados para reconstruir el tejido social nacional mediante la incorporación de tecnologías y un Estado de bienestar capaz de incluir a quienes estuvieran fuera de sus órbitas. En el plano social, los grupos dominantes de otros tiempos fueron sustituidos por una intensa movilidad, encontrada en la expansión de los estratos medios y de un numeroso proletariado (Hobsbawm, 1994).

En el caso brasileño, al proceso de ese crecimiento económico se vinculaba la creencia en la viabilidad de un país civilizado, marcado por la concepción

de progreso junto con la de sociedad moderna, apoyada en el crecimiento económico del país, específicamente en el auge industrial que imprimiría transformaciones importantes en la sociedad brasileña, particularmente en la ciudad de São Paulo. El proyecto desarrollista impulsaba el ritmo de las actividades, provocaba cambios significativos, respaldaba el ideario del progreso y alimentaba la ilusión de que Brasil construiría los pilares de una sociedad moderna, tributaria del desarrollo (Arruda, 1997, p. 47).

En su clásico análisis del proceso de industrialización brasileño, en la década de 1940-1950, llena de oscilaciones y sometida a las adversidades internacionales, Caio Prado Jr. ratifica su tesis sobre la dependencia internacional brasileña y su carácter económico, casi siempre provisional y aún sostenido por productos primarios, como el caso del café. Según el autor, la tendencia del período fue de agravamiento:

...a través de crisis y disturbios financieros graves que afectan profundamente las condiciones de vida de la masa de la población brasileña. Es una rápida devaluación de la moneda y consiguiente alza desmedida y desordenada de los precios y costo de vida que, en general, acompañan los auges de la industria brasileña [...] el progreso se realiza así, paradójicamente, en medio de grandes perturbaciones que afectan a sectores considerables de la población. (Prado Jr., 1976, p. 331)

Evidentemente, la vida cotidiana de la ciudad de São Paulo ya mostraba desde hacía algún tiempo que ese cuadro revelaba las políticas que rodeaban la cuestión, así como sus incongruencias sociales, casi siempre sufridas por la población empobrecida y sin trabajo. La prensa paulista del período repetía que, finalmente, la tranquilidad había llegado a una sociedad rica y próspera, aunque se enfrentara diariamente a una imagen bastante distinta de la que se pregona:

...la posición de los liberales y anti-liberales frente a los desempleados no se diferenciaba en nada. Las propuestas de internación de los menores abandonados en escuelas, de los mendigos en asilos o cárceles buscaban aislar de la sociedad la parte considerada enferma. La presencia de los “marginales” en las calles ofrecía a todos un espectáculo de pobreza que representaba la negación de la imagen social proyectada por los dominantes: de equilibrio y paz. (Capelato, 1989, p. 133)

Ese momento lleva marcas particulares de la construcción mítica de São Paulo sin conflictos, a pesar de la relación entre el Estado y ciertos grupos populares considerados peligrosos. La calle recibió una función normatizada, la de paso y circulación, reservando a quienes permanecían en ella la acción controladora e higienizadora de los representantes del Estado, organizando la ciudad y “poniendo cada cosa en su lugar y en cada lugar una cosa, evitando aglomeraciones por un lado y los peligros del vacío, por otro” (Pechman, 1993, p. 33). Un ejemplo esclarecedor es de 1934, cuando empezó a funcionar en la capital la Delegación Especializada de Represión a la Vagancia, que tenía como objetivo contener a los grupos pauperizados en determinados lugares:

...aun dentro de la preocupación por la vigilancia y el control de la población pobre y desocupada que circulaba por la ciudad de São Paulo, se creó en 1934 la Guardia Nocturna de la Capital. La Guardia comenzó a vigilar las calles y los lugares frecuentados por las personas consideradas sospechosas, arrestando y enviando a los considerados vagos a la Delegación de Represión a la Vagancia, y a los mendigos a la Delegación de Vigilancia y Capturas. (Zanirato, 2000, p. 254)

En ese proceso, la región central estuvo en la mira de las autoridades con el objetivo de alejar, o controlar bajo estricta estructura policial, a determinados grupos, ya sea por ser pobres, ya sea por portar otras marcas estigmatizantes como, por ejemplo, el color de piel. Fue así que:

...en 1944, la policía inició la “limpieza” de la región central de la ciudad; cerrando salones de baile y disolviendo sistemáticamente aglomeraciones de negros. Después de sucesivos operativos policiales y de muchas protestas de las organizaciones negras, se logró un acuerdo con la policía, y la calle Direita continuó siendo una especie de territorio libre de la sociabilidad negra, pero permaneció bajo vigilancia policial permanente. (Paoli & Duarte, 2004, pp. 59-60)

Dentro de la lógica que se establecía y profundizaba, el ambiente era más de tensión que de paz, y ese sentido pronto empezó a figurar entre los grupos más sensibles a la cuestión. Uno de los que sufrió las contradicciones del discurso del equilibrio paulista fue la élite letrada e involucrada, en tiempos anteriores, con el proyecto modernista de convertir a São Paulo en un símbolo urbano, con capacidad de romper con los valores del pasado colonial permanente rumbo a una nueva civilidad. Ese emprendimiento pronto se mostró utópico, observándose la ciudad en su acelerado proceso de reafirmación de

las antiguas y nuevas desigualdades sociales disueltas entre rascacielos, avenidas y periferias abandonadas:

Es esa ciudad árida, ruda, aplastante, en la que latén millones de esperanzas solitarias, construida en un corto espacio de tiempo, en la cual latén múltiples expresiones de una sensibilidad coartada y tan evidente, en las fiestas animadas de los barrios populares y en el fútbol de las canchas periféricas, que Mário de Andrade canta en su “Meditación sobre el Tietê”, de 1945. Incorporando la imagen sinuosa del río, que serpentea silencioso por los barrios pobres, a la luz distante de los edificios y al plano rectilíneo de las vías expresas, él llora el destino frustrado de un sueño de emancipación que no se cumplió. (Sevcenko, 2000, p. 103)

Ese llanto por la promesa incumplida realmente llevaba en las palabras de Mário de Andrade un símbolo paulista muy representativo de esa ciudad, que veía ahora en su río, antes símbolo de la tranquilidad urbana, las aguas sucias y prohibidas como la reafirmación de sus contradicciones:

[...]

En la noche. Y todo es noche. Río, ¿qué puedo hacer?... Río, mi río... pero sin duda debe haber

Otra vida mejor del otro lado de allá

De la sierra! Y guardaré silencio

De este amor más perfecto que los hombres?...

Estoy pequeño, inútil, bicho de la tierra, derrotado.

Sin embargo, soy más grande... Siento una grandeza incansable!

Soy más grande que los gusanos y todos los animales.

Y todas las plantas. Y los volcanes vivos y los océanos,

Más grande... Más grande que la multitud del río encadenado,

Más grande que la estrella, más grande que los adjetivos,

Soy hombre! Vencedor de las muertes, bien nacido más allá de los días,

Transfigurado más allá de las profecías!

Rechazo la paciencia, el buey murió, rechazo la esperanza.

Me siento tan cansado en mi furia.

Las aguas solo murmuran hostiles, agua vil pero testaruda paulista

Que sube y se extiende, llevando las auroras repesadas

Al pecho de los sufrimientos de los hombres.

...y todo es noche. Bajo el arco admirable

Del Puente de las Banderas, muerta disoluta, débil,
Una lágrima apenas, una lágrima,
Sigo alga oscura en las aguas de mi Tietê. (Andrade, 1947, pp. 55-56)

Si las imágenes opuestas provocaron las lágrimas de una memoria urbana que se deslizaba rápidamente entre las manos de una clase elitizada, es de ese choque contrastante que se pueden comprender las nuevas representaciones de y por la ciudad, de un juego de sentidos que involucra progreso y tradición, formando lo urbano y lo rural en un inesperado imaginario urbano:

...a los populares desheredados del sistema, la dimensión de la esfera pública, en tanto representación, y el imaginario constituido sobre lo privado, las imágenes del espacio que contraponen el centro al barrio o incluso la propia visión de la calle, vista como lugar de paseo o de paso, contrapuesta a aquellos que viven en ella por no tener otra opción. (Pesavento, 1995, p. 286)

En ese sentido, buscamos aquí entender la ciudad como artefacto urbano, destinada a una modernidad construida por el tiempo inmediato, o sea:

...la ciudad es *artefacto*, cosa compleja, fabricada, históricamente producida. El artefacto es un segmento de la naturaleza socialmente apropiado, al cual se le impuso forma y/o función y/o sentido. Espacios, estructuras, objetos, equipamientos, arreglos generales, etc., sin embargo, fueron producidos por una fuerza que no es posible excluir del entendimiento: fuerzas económicas, territoriales, especulativas, políticas, sociales, culturales, en tensión constante en un juego de variables que es preciso acompañar. En última instancia, el artefacto es siempre producto y vector de ese campo de fuerzas en sus configuraciones dominantes y en las prácticas que él presupone. (Meneses, 1996, p. 147)

En el caso paulistano, es del estallido de esas relaciones pasajeras y de su reconfiguración en nuevos contextos, con sus representaciones e imágenes del progreso sin límites, que se configurarán la llegada de nuevas personas, la toma de tierras y formas de vida de una *otra* ciudad, con una fuerte marca a partir de la década del 1930, tomando dimensiones metropolitanas. Con una racionalidad cada vez más compleja, atravesando cambios que terminan por construirla y degradarla, la capital paulista sigue con su estructuración

administrativa fundada en límites presupuestarios, ineficacia administrativa y parálisis frente a la intransigencia de las maniobras especulativas:

...el crecimiento físico del área urbana no fue acompañado por los poderes públicos, tanto municipales como estatales, ocurriendo por la necesidad de los habitantes de la ciudad y por la acción de los especuladores inmobiliarios, que ocuparon y loteaban regiones del entorno de la ciudad, en un proceso que continúa hasta nuestros días. (Glezer, 2007, p. 173)

La llegada de los “cabezas chatas”: el proceso migratorio, 1930-1970

En el cambio del siglo XIX al XX, la llegada de nuevos pueblos implicó una explosión demográfica en la capital y, poco a poco, se logró una confusa acomodación entre inmigrantes y nacionales, dispersos en conventillos, con esfuerzos puntuales para crear viviendas obreras y desplazamiento hacia áreas menos valorizadas, como las márgenes de los ríos. Como bien definió Sevcenko, era una ciudad caracterizada por una identidad difusa y extraña:

...al fin y al cabo, São Paulo no era una ciudad ni de negros, ni de blancos, ni de mestizos; ni de extranjeros ni de brasileños; ni americana, ni europea, ni nativa; tampoco era industrial, a pesar del volumen creciente de fábricas, ni un entropuesto agrícola, a pesar de la importancia crucial del café; no era tropical, ni subtropical; no era todavía moderna, pero ya no tenía pasado. Esa ciudad que brotó súbita e inexplicablemente, como un colosal hongo después de la lluvia, era un enigma para sus propios habitantes, perplejos, que intentaban entenderla como podían, mientras luchaban para no ser devorados. (1992, p. 31)

La década de 1930 profundizó esa perspectiva, cuando la población establecida presenció un nuevo y súbito aumento poblacional, en función del proceso migratorio, ahora esencialmente interno y con destaque para grupos provenientes de Bahía, Pernambuco, Alagoas, Sergipe y la porción septentrional de Minas Gerais. Para comprender ese desplazamiento, es preciso subrayar, en particular, dos momentos del proceso. El primero aún está relacionado con la crisis de 1929 y con las necesidades de la producción cafetalera en el estado de São Paulo, cuando:

...al adquirir los excedentes de stock, construir una infraestructura de almacenamiento del producto y elaborar una política de desvalorización de la moneda nacional, el Estado se volvía socio de los caficultores, socializando, así, las pérdidas del sector por medio del encarecimiento de las importaciones y del endeudamiento externo. Sin embargo, después de la gran crisis, el gobierno tuvo que tomar medidas adicionales para mantener la viabilidad económica del sector. Estas políticas fueron, básicamente, la quema de parte del stock de café adquirido por el Estado y el subsidio para contratar trabajadores (esta vez, migrantes nacionales) con el fin de resolver el problema de la “falta de brazos” en los cafetales paulistas. (Silva, 2008, p. 19)

El gobierno estatal subsidió el proceso migratorio, lo que terminó, por un lado, contribuyendo a la recuperación de la caficultura y, por otro, promovió una acumulación de fuerza de trabajo industrial en las grandes ciudades, sobre todo en la capital. Poco a poco, disminuyó la producción cafetalera y surgió una creciente diversificación de cultivos en el oeste paulista, como el cultivo de naranja, caña de azúcar, frijol, maíz y algodón, lo que permitió el desplazamiento de parte de esa población hacia las grandes ciudades, iniciando la formación de una reserva de trabajo para las industrias y el sector de servicios:

...el entonces gobernador del estado de São Paulo, Armando de Salles de Oliveira, por medio de la Secretaría de Agricultura, reeditó, en el año 1935, una política de estímulo a la migración de trabajadores nacionales, en su mayoría bahianos y mineiros, hacia las plantaciones del interior. Los desplazamientos de esos trabajadores se realizaban con subvención oficial por medio de contrato con empresas particulares de inmigración y colonización, y quedaba a cargo del Estado el pago de los pasajes y del transporte de equipajes de los migrantes... [...] En el año 1939, ocurre un cambio significativo en la política migratoria del estado que desarticuló los intereses de las compañías privadas: la creación de la Inspección de Trabajadores Migrantes (ITM). Esa Inspección tenía una estructura propia de agentes contratantes, con oficinas en las ciudades con mayores flujos de migrantes interesados en entrar al estado de São Paulo, (Silva, 2008, p. 19)

Entre 1935 y 1939, de los 285.304 trabajadores y trabajadoras que ingresaron en la Hospedaría de los Inmigrantes, el 96,3% eran brasileños (Fontes, 2008, pp. 45-46). Un segundo movimiento, que de alguna forma dio continuidad al proceso, ya que no cesó la llegada de migrantes, sino que la intensificó a partir del posguerra, ocurrió con el proyecto nacional-desarrollista de Getúlio Vargas, y se profundizó con la planificación de Juscelino Kubitschek, en la década de 1950, con una fuerte inversión en el parque industrial brasileño. Esa nueva configuración de la actividad productiva industrial aumentó las oportunidades de empleo en los grandes centros urbanos y en el sector industrial paulista, que abarcaba la capital y ciudades vecinas, como el llamado ABC:

A diferencia del período anterior, el Estado ya no subvencionaría el reclutamiento ni el desplazamiento de la fuerza de trabajo que se dirigía hacia la metrópoli paulista y carioca. Se trataba de una “migración espontánea”, en la que los propios migrantes asumirían los gastos de la empresa [...] una realidad marcada por la expropiación, por la sequía, por la desestructuración del campesinado; en fin, no se trataba solo de una asignación óptima de los factores de producción del espacio, sino de un proceso social cuya base estaría marcada por contradicciones propias de un nuevo modelo de desarrollo económico cuyo eje estructurador era la industria moderna. (Fontes, 2008, p. 26)

Con el impacto de ese contexto, la atracción de trabajadores se intensificó, y adquirió la dimensión de un verdadero éxodo rural, impulsado, sobre todo, por las sequías en la región nordestina entre 1951 y 1953 y en el año 1958. Entre 1951 y 1955, el Departamento de Inmigración y Colonización registró la llegada de 762.707 migrantes a la ciudad, lo que representó un crecimiento de aproximadamente 60%. Con eso, el tamaño del municipio se triplicó, mientras que, en el mismo período, la población nordestina creció diez veces, y se empleó en masa en los diversos sectores de la industria y de los servicios, en plena expansión en la Región Metropolitana de São Paulo (Fontes, 2008, p. 26).

La prensa local señalaba esa llegada, pero con un desplazamiento discursivo importante: no se trataba solo de trabajadores y sus familias, sino de “cierta gente”, hasta cierto punto considerada nociva y amenazadora:

...quien mira las escenas fijadas en los clichés anteriores, piensa que se trata de criaturas alcanzadas por las crueldades de la guerra en algún lugar de una Europa devastada y hambrienta. Cuadros conmovedores, denunciando la miseria y el sufrimiento de seres olvidados

por Dios. Sin embargo, no es así. Son dolorosos cuadros captados en Brasil, incluso aquí en São Paulo, en la Estación Presidente Roosevelt. Son nuestros compatriotas, nuestros hermanos, que el destino de los órganos que supervisan la migración nacional arrojó, sin más ni menos, a las regiones de Piratininga. (*A Gazeta*, 4 mar. 1947, p. 1)

Días después de esa noticia, el diputado Miguel Petrilli proponía en la Asamblea Legislativa de São Paulo una representación para exigir a los órganos ejecutivos que tomaran medidas para amparar a esos grupos:

...familias enteras, niños maltratados y desnutridos que son vistos por ahí en la más negra miseria, al raso, sin que los poderes competentes tomen ninguna iniciativa, con el objetivo de amparar a nuestros “desgraciados” compatriotas que se desplazan desde sus lejanos rincones, acosados por el hambre y las enfermedades, en busca de una tierra en la que creían encontrar todas las facilidades para vivir. (*O Estado de S. Paulo*, 1947, p. 5)

El gobierno paulista parecía indiferente a lo que ocurría, incluso a la infraestructura necesaria para recibirlos institucionalmente, como fue el caso de la Hospedaria dos Imigrantes, oficialmente encargada de acoger y distribuir a las familias entre las regiones del estado donde hubiera necesidad de mano de obra. En el año 1952, el periódico *O Estado de S. Paulo* volvió a hablar de las oleadas de nordestinos que llegaban a la capital sin ningún control. Llegarían enfermos y desnutridos, con conjuntivitis, diarrea y tuberculosis, resultado del largo viaje realizado, y la Hospedaria, se decía, casi no prestaba los servicios adecuados:

...el servicio médico de la Hospedaria de Imigrantes es lo más precario posible. No dispone de nada, absolutamente nada, salvo la buena voluntad y dedicación de sus profesionales, que se encuentran en la dura contingencia de limitar el ejercicio de sus funciones a la verificación superficial del aspecto general de los trabajadores nordestinos que se dirigen allí, en la alarmante media diaria de 1.500 personas. (*O Estado de S. Paulo*, 1952, p. 8)

Yendo más allá, el periódico planteaba la necesidad de selección, ya que los enfermos y los insanos estarían profundizando la crisis, además de no corresponder a la fuerza de trabajo esperada, tanto para las cosechas del interior

como para el trabajo en la capital. Era necesario que esta gente llegara, pero no toda ella, solo los productivos y sanos:

...actualmente, existe la presunción, basada en verificaciones comprobadas en otros centros, de la entrada de trabajadores nordestinos portadores de enfermedades infecciosas. Pero, ¿qué se podrá hacer cuando tales enfermedades realmente se comprueben? ¿Podrá el Estado devolver a las regiones de origen a los individuos afectados y retener solo a los buenos? (*O Estado de S. Paulo*, 1952, p. 8)

Es de este movimiento contradictorio, que ora se refiere a trabajadores bienvenidos, ora a una masa inútil para el proyecto paulistano, que se fue configurando paulatinamente un complejo campo de fuerzas del cual emergía en el estado de São Paulo el prejuicio contra los nacionales en general y los nordestinos en particular. Es bueno recordar que esas insinuaciones no nacieron en ese momento, sino que venían siendo construidas en tiempos anteriores, ejemplarmente, como en los años que hicieron estallar la guerra civil de 1932, momento propicio para:

...el agudizamiento de las hostilidades contra los naturales de otros estados, a pesar de que la población de São Paulo está compuesta por familias provenientes de todas las partes de Brasil. Especialmente los nordestinos fueron víctimas de un prejuicio xenófobo, que en las semanas de conflicto asumió contornos peligrosos de odio explícito. (Santos & Mota, 2010, p. 71)

Ejemplarmente, en el año 1931, cuando Getúlio Vargas anunció al pernambucano João Alberto⁸ como interventor federal, la reacción paulista adoptó varias formas. Inmediatamente después de la nominación, el periódico *O Separatista* acuñó una expresión que se instalaría en el imaginario paulista: “cabeça chata”, significando implícitamente ignorante y semibárbaro:

...el primer número trae una pequeña historia, titulada “Aventuras de un cabeça chata”, sobre el cearense Aniceto de Menezes, “nacido hipotéticamente en la ciudad de Quixeramobim”, que al llegar a São Paulo consigue un empleo muy bien remunerado con su amigo, el

⁸ Interventor federal en el gobierno de São Paulo del 26 de noviembre de 1930 al 25 de julio de 1931.

interventor João Alberto. Al recibir su primer salario, Aniceto pensó que lo estaban engañando, pues había recibido billetes que consideraba falsos por no existir en ese valor. Según el periódico, “era la primera vez que un cabeza chata veía un billete de un *conto* de réis”. La provocación, el escarnio y la ofensa a los nordestinos fueron retomados en el tercer número de *O Separatista*, en los textos: “Monumento a Lampeão”, “Un cabeza chata” y “Sequía en el Nordeste”. (Santos & Mota, 2010, p. 72)

A las consecuencias de este tipo de narrativa en el convivio social paulistano se sumaría otra categorización, como vimos en capítulos anteriores, formulada particularmente a través de las lentes de corte eugenista del pensamiento médico-sanitario, que veía en esos nordestinos, casi todos mulatos, un símbolo de amenaza racial, pues estarían aprisionados en su degeneración física y social. La década de 1940 reafirmaría esta misma concepción para el público general, visión difundida de todas las formas, como en “Trapezio cerebral”, crónica de la prensa paulistana que cuenta la historia de dos protagonistas cuyo nombre no se divulga porque, según la autora, serían *reales*:

...son dos mulatos, dos seres marginales, como está de moda decir, ahora que la literatura ha empezado a tomar prestados términos de la sociología. Marginales en todos los sentidos, ya que, colocados fuera de la sociedad burguesa como niños de la favela, no se adaptaron, por otro lado, al medio en que habían nacido, muy por encima del cual se elevaba la superioridad intelectual revestida, evidentemente, de una justa ambición [...] al cabo de algunos años, ambos podían considerarse victoriosos, profesor uno, periodista el otro. Hasta aquí, el caso es edificante y simple, pero ahora surge el problema, asoma la punta de la nariz, guiña un ojo. La familia de los dos amigos –que lo eran e inseparables– no había acompañado ni de lejos esa ascensión. Los padres, los hermanos seguían siendo brutos, analfabetos, presos de su miserable condición. Entre ellos y los suyos no había nada en común, salvo la sangre cuya tan celebrada voz no siempre resulta audible. ¿Debían hacer una vida aparte o permanecer en la comunión familiar? (Pereira, 1946, p. 4)

En esa narrativa, el profesor que se apartó de su familia se volvió moderado, se casó con una mujer blanca, y la vida siguió a pasos largos. En cambio, el periodista, que decidió quedarse con su familia mulata, vio su vida decaer:

...se volvió impaciente, irritado, amargado. Aun lejos de los suyos, ya no tenía la antigua bonhomia. Sus artículos eran ahora mordaces, agresivos, dejando entrever la rabia que le cambiaba el temperamento. Moderado al principio, se hizo bohemio y comenzó a beber para olvidar sus tormentos. Era frecuente que llegara borracho, gruñendo improperios, insultando a los hermanos, a quienes culpaba de todo. Con la bebida, sufrió en el trabajo, conoció dificultades económicas, que intentó remediar con el juego, lo que contribuyó a detallar su degradación. Digamos de inmediato que, en un día de lúcida desesperación, resolvió que la comedia ya había durado demasiado y que había llegado el momento de la tragedia, es decir, del suicidio. (Pereira, 1946, p. 4)

En tal situación, términos estigmatizantes amalgamaban representaciones en torno a los nordestinos que comenzaron a habitar en la ciudad, todos denominados, con el tiempo, como “bahianos” —después de todo, “de Minas para arriba, todo es Bahía”—, generalización que resultó en una avalancha de definiciones despectivas, sumándose a las “plagas” que habrían traído en su equipaje, corroborando en:

...varias posibilidades de lectura del nordestino como mendigo, visto como falso en gran parte de las ocasiones; como indigente, como víctima flagelada o criminal, silenciando sobre su participación en la formación de la clase trabajadora de São Paulo, que garantizó el desarrollo del proyecto de modernización del país en la década de 1950. Y fue dentro de este marco, también como proliferadores de enfermedades, que se crearon nuevos significados para su presencia en la ciudad de São Paulo, muchos de ellos asimilados por los “paulistas”. Tal vez sea un buen ejemplo la declaración de la residente de Mooca, que, ante estas noticias que llegaban, vociferó en los años 1980: “Ellos contaminaron todo, deberían volver todo para allá”. (Romero, 2014, p. 10)

La ciudad que crece y la vivienda que desaparece: yo no tengo dónde vivir...

Fue Maria Isaura Pereira de Queiroz quien, en la década de 1970, ante lo que llamó la penumbra de los pocos estudios sobre las favelas y los procesos migratorios en Brasil, presentó una reflexión relevante sobre las favelas

urbanas y las favelas rurales. Históricamente, habría existido en Brasil, desde el Imperio hasta la Segunda Guerra Mundial, un crecimiento discontinuo de las ciudades, formando movimientos migratorios de mayor y menor envergadura que llegaban y dejaban de llegar:

...el éxodo rural-urbano no planteaba problemas importantes, y siempre daba lugar a la formación de conventillos, favelas, mocambos, que tejían cinturones alrededor de las ciudades, o bien se insinuaban por el interior, en los intersticios dejados vacíos por los bloques. Eran peculiares de las ciudades más grandes; las ciudades medianas y pequeñas no eran buscadas por los migrantes, pues nada les podían ofrecer desde el punto de vista del trabajo. (Queiroz, 1978, p. 214)

Era un momento en que los migrantes se integraban a la ciudad a través del trabajo regular que hacía prosperar el barraco y transformarlo poco a poco en una casita. Se pavimentaban las calles abandonadas, y los barrios populares nacían incrustados en la ciudad:

...favelas, mocambos, conventillos constituyeron, pues, un aspecto habitual del crecimiento de las ciudades más grandes. Su población acababa integrándose entre los ciudadanos y, si seguían existiendo, era porque nuevos contingentes de caipiras y tabaréus continuaban llegando. Todo se desarrollaba sin choques graves, el ritmo irregular de la llegada lo permitía. Esa cadencia de desarrollo de las grandes ciudades dejó de existir a partir de la década de 1930. El éxodo rural-urbano hacia las grandes ciudades, principalmente hacia aquellas en las que la industrialización se instalaba plenamente, tomó tal aceleración que ya no fue posible promover la digestión de favelas, de mocambos, de conventillos. Estos aumentaron rápidamente, tomando algunas ciudades aspectos aterradores. (Queiroz, 1978, p. 215)

Ese nuevo tiempo “aterrador” fue en São Paulo, cuando Brasil vivió una fuerte intensificación de la actividad inmobiliaria, impulsada por las dificultades de importación de equipos industriales durante la guerra y por el surgimiento de circuitos financieros asociados a la economía colectiva:

...así ocurre la expansión de los fondos de pensiones, de las compañías de capitalización, de las cajas de ahorro y de las empresas de seguros que ofrecen crédito inmobiliario, préstamos hipotecarios e invierten en construcciones tanto en grandes edificios comerciales y

residenciales para los grupos ricos y acomodados, como en conjuntos populares y terrenos. El capital incorporador se consolida como nueva fracción de capital en el proceso de producción del ambiente urbano. Además de estos factores, el congelamiento de los alquileres, establecido por la Ley de Inquilinato de 1942, refuerza la tendencia a la contracción del mercado de alquiler y amplía el mercado de compra y venta de viviendas. (Feldman, 2005, p. 669)

Como señala Raquel Rolnik:

...si la Revolución de 1930 fue realizada en nombre de los consumidores y productores de la ciudad irregular –las clases medias, los pequeños inversionistas urbanos, los obreros–, esta debía incorporarlos, de alguna forma, a la gestión urbana y a la provisión de los servicios. El dispositivo propuesto en 1932 es innovador: es posible reconocer lo que es irregular, sin embargo, las condiciones de reconocimiento no están predefinidas, dependiendo de los criterios técnicos municipales de la Dirección de Obras. En esta ocasión, se dio el paso fundamental para establecer un nuevo orden jurídico, donde la clandestinidad adquiere el *estatus* de una extra-legalidad dependiente de la intermediación del Estado. (1999, p. 13)

Fue así que, por la Consolidación del Código de 1934:

...el viejo orden no se transforma para incorporar otras formas de ocupación del espacio, en realidad, solo tolera –selectivamente– excepciones a la regla que, al ser reconocidas, son contempladas con el derecho de ser objeto de inversiones públicas en infraestructura y servicios urbanos. (Rolnik, 1999, p. 13)

Según estudio de Bonduki, este proceso de “crisis de vivienda” se debe, antes que nada, al hecho de haberse transferido a la iniciativa privada las responsabilidades de la construcción de viviendas populares, que antes estaban concentradas en manos del trabajador y del Estado. También es un punto a considerar el surgimiento de proyectos inmobiliarios destinados a edificios de oficinas y apartamentos para las clases más acomodadas:

...la ley del inquilinato actuó, sobre todo, como un instrumento de este proceso de transformación, ya que, al congelar el alquiler, provocó una reducción de la parte del salario comprometida con

el pago de la vivienda. Si para los trabajadores que ya estaban alojados y que escaparon de los desalojos la situación no se agravó, para los miles de migrantes recién llegados a São Paulo o para los desalojados, encontrar una vivienda digna a un costo compatible con los salarios se volvió imposible. Así, surgen o se desarrollan nuevas “alternativas habitacionales”, basadas en la reducción significativa, o incluso en la eliminación, del pago regular y mensual de vivienda: la favela y la casa propia auto-construida o auto-emprendida en asentamientos periféricos carentes de infraestructura urbana. (Bonduki, 1994, pp. 729-730)

Tales cambios en el ámbito de la producción y de la comercialización inmobiliaria cambió el aspecto de la ciudad, desde sus áreas más centrales hasta las periféricas:

...para atender demandas de los sectores medios de ingreso, se empezó a utilizar el instituto de los condominios. Al principio, más para la construcción de edificios en calles de la ciudad nueva o del centro nuevo, como solían decir: Barão de Itapetininga, Conselheiro Crispiniano, la entonces recién abierta Rua Marconi y en partes del centro viejo, en tramos como la rua Boa Vista, Quinze de Novembro, Líbero Badaró, que aún no habían sido reformulados entre 1910 y 1930. Después, el proceso de comercialización de los apartamentos se extendió a barrios cercanos al centro como Campos Elíseos, Santa Cecília, Vila Buarque e Higienópolis. Se construyó un número considerable de edificios en las avenidas abiertas en aquellos años, como Ipiranga, Vieira de Carvalho y São Luís; en esos casos, con una mezcla de edificios residenciales y oficinas. (Reis, 2004, p. 15)

La construcción del Parque Ibirapuera tal vez represente mejor esta toma de espacio: el área deseada fue transformada en terreno vacío, aunque allí estuvieran instaladas 204 familias, en 186 chozas entre las calles Manoel da Nóbrega y Abílio Soares. Las quejas sobre las “favelas en Ibirapuera” y la necesidad de su remoción eran claras, como se difundió en el periódico *A Gazeta*:

...parece increíble que hasta ahora no se hayan tomado las providencias prometidas por quienes tienen la autoridad para impedir la formación lamentable de innumerables favelas en pleno Parque Ibirapuera, el único rincón agradable que los paulistanos aprovechan los domingos y feriados para sus paseos. A lo largo de la calle

Abílio Soares, muy cerca del lago existente [...] las chozas sucias de la favela. Casas de latas de gasolina, de madera podrida, rodeadas por montones de basura. ¡Eso en pleno parque, formando un cúmulo de pésimos elementos, sin higiene, sin disciplina y sin... policía! (7 de agosto de 1947, p. 2)

Para el editorial de *A Gazeta*, se podría hablar de una crisis permanente de vivienda en São Paulo, discurso que venía de décadas anteriores, incluso con los mismos argumentos:

...es una calamidad el sufrimiento que se observa en esta Capital con la crisis de la vivienda! Cada día que pasa, la situación se agrava más y ninguna medida es tomada por las autoridades competentes. Al contrario, continúa la demolición de edificios y la expropiación de otros para abrir amplias avenidas, con el fin de embellecer la ciudad, a costa de lágrimas y sufrimiento insano de las víctimas de tan dañina crisis. Y lo más triste y desolador es el espectáculo que se observa en las casas de cuartos, en casi todos los barrios de la Capital, particularmente en lo que respecta al trato que los subarrendadores, aprovechándose de tal situación, dan a los inquilinos. Y cuando estos, después de largo tiempo de almacenar paciencia, después de sentir sus nervios hechos trizas, después de que su salud ya se haya visto afectada, convirtiéndolos en neuróticos o agotados, practican escenas de pugilato, comunes en las casas de cuartos... (*A Gazeta*, 13 set. 1945, p. 4)

El escenario narrado por la prensa local enmarcaba la realidad de la miseria provocada, sobre todo, por la falta de vivienda que se ampliaba día a día por toda la ciudad:

...es la miseria en una casita tosca de Ipiranga. Es la miseria en plena Plaza Ramos de Azevedo, donde un sufriente anónimo de las calles duerme sobre el cemento frío. Es la miseria que obliga a niños esqueléticos a buscar restos en los basureros. Es la miseria en la favela, miseria en un banco de la Plaza de la República porque la infeliz persona no consiguió lugar en el albergue superpoblado. Es la miseria en Vila Maria, donde una sexagenaria busca cualquier basura para poder comer. Así es la vida en la capital de los tiburones y las filas. Se esperan días mejores. La esperanza alimenta a la población pobre de São Paulo. (*A Gazeta*, 8 mayo 1947, p. 5)

Según el censo de vivienda obrera de 1946, había en la capital 1.916 familias, el 47,02% de las cuales vivían en las llamadas viviendas colectivas —los cor-tiços—, lo que agravaba la situación y dificultaba los resultados de las acciones de las instituciones asistenciales de salud. Según un censo realizado en ese periodo sobre las condiciones de vivienda y las medidas de saneamiento (agua potable, red de alcantarillado y destino de la basura), la situación era precaria: “en cuanto a la red de alcantarillado, hasta 1953 cubría solo el 2% del área total del municipio, y menos del 50% de los edificios de la zona urbana estaban conectados a la red. La situación del alcantarillado sanitario no satisface y ha empeorado debido al crecimiento de la población y la extensión del área a atender” (Castro, 1958, p. 14).

En un censo realizado en el año 1950 en la ciudad de São Paulo, la situación de los domicilios se presentó conforme a la Tabla 1:

Tabla 1. Censo de viviendas en São Paulo. IBGE, 1950

Condición de ocupación	Urbano	Suburbano	Rural
Propia	116.771	38.098	13.084
Alquilada	208.356	43.679	12.139
Otras	11.915	4.605	6.770
Total	337.042	86.382	31.993

Instalaciones existentes

Agua potable	252.644	8.265	2.187
Aparato sanitario	331.462	81.790	20.811
Iluminación eléctrica	320.602	56.606	8.289
Personas censadas	1.586.195	415.040	144.803

Fuente: Castro P. C. (1958, p. 5).

De esa forma, se ampliaba el área de la ciudad, alcanzando proporciones inusuales, sumándose la idea de la “influencia exterior de la ciudad” sobre el semidesierto que la rodeaba, con la multiplicación de las industrias agrarias y del carbón vegetal, así como de los lugares para diversión y recreo, como Santo Amaro y la Cantareira. A ese desarrollo considerable no podía dejar de corresponder una profunda intensificación de la existencia urbana, que marcaría su fisonomía (Bruno, 1991, p. 183). La formación de nuevos barrios despertó el interés de las élites, por mantener aislada e invisible a una población no deseada, y significó un lucro fácil para los especuladores a través de lotes clandestinos. Fue una etapa de expansión de los loteamientos en las zonas periféricas destinados a la autoconstrucción y con una regulación precaria:

...un gigantesco universo de clandestinidad, que superaba ampliamente los espacios de la legalidad: barrios sin registro, calles sin nombre, casas sin número, habitantes sin documentos. Las únicas entidades legalizadas eran las llamadas sociedades de amigos de barrio, que negociaban con políticos la lenta conquista de mejoras, desde el empedrado hasta la escuela, desde la iluminación pública hasta las líneas de autobús o la recolección de basura. (Reis, 2004, p. 27)

Esa relación, que también incluiría la amnistía o el *zoning* selectivo, ayudaba a marcar la misma posición de las élites dominantes de la ciudad:

...representan una estrategia político-urbanística en São Paulo que echó raíces tan profundas que prácticamente no ocurrió nada más en términos de legislación hasta finales de la década de 1950. Su fundamento tiene el carácter establecido con la revolución de 1930: las masas populares llegan al poder sin autodeterminación, subordinadas a un Estado protector y populista; las élites se desplazan sin perder su lugar. En fin, todo cambia para que nada cambie. (Rolnik, 1999, p. 14)

Ejemplarmente, la formación del distrito de Brasilândia (zona norte del municipio) ilustra la forma en que se tomaban esas áreas, en un proceso continuo y descontrolado entre quienes adquirirían sus lotes, junto a quienes, expulsados de las zonas centrales y sin vivienda, ocupaban espacios aún no comercializados. Y así transcurrió la expansión urbana en toda la región periférica de la ciudad: “El primer sitio loteado pertenecía a Basílio Simões y fue comprado por la empresa ‘Brasilândia de Terrenos e Construcciones’ en 1947, dando inicio al entonces llamado loteamiento de Brasilândia” (Angileli, 2007, p. 60).

El incremento poblacional del distrito fue alimentado por oleadas de japoneses e italianos, sumándose los migrantes y muchas comunidades negras, hasta que la región llegó a ser conocida como Pequeña África. Al mismo tiempo, surgieron también las primeras favelas, que crecieron de manera exponencial, llegando en la década de 1960 a 35 favelas establecidas. La crisis de vivienda, que se sumaba al abandono de las zonas periféricas, está retratada por un habitante de Vila Esperança, que narra la situación de sus habitantes:

Vila Esperança vive abandonada, con sus 70 mil almas, aunque paga sus impuestos urbanos. Aquí, la falta de higiene es tremenda. Fosas completamente abandonadas, que exhalan un olor horrible. Estoy

casi seguro de que los niños aquí tienen síntomas de anquilostomiasis. Terrenos abandonados, con charcos de agua podrida, focos de mosquitos y zancudos, en fin, todo abandonado. ¿Por qué motivo? ¿Será que tenemos que vivir eternamente rebeldes por las injusticias y errores de los que no somos culpables? (*A Gazeta*, 21 sept. 1945, p. 2)

Bajo el título *Vila Maria adelante de los barrios olvidados*, el diario *A Gazeta* publica un extenso artículo en tres partes y lleno de fotografías que señalan la falta de infraestructura en calles y empedrados. En el apartado “¡No tiene ni una acera!”, el texto sintetiza la situación del barrio:

Vila Maria no tiene ni una calle empedrada. ¡Parece mentira! Pero no lo es. Habitantes de la Avenida Guilherme Cotching enviaron en vano varias solicitudes al gobernador del municipio. Estaban dispuestos a colaborar económicamente. Pero la Municipalidad tenía muchas cosas que atender y no podía preocuparse por el empedrado de la avenida. Tampoco podía tomar conocimiento de la falta de agua corriente o de la red de alcantarillado. (*A Gazeta*, 11 dic. 1945, p. 5)

En el área sur de la ciudad, la situación no era diferente. En una investigación sanitaria realizada en 1948 en los barrios de la Zona Sur –Indianópolis, Vila Helena, Santo Amaro, Campo Belo, Vila Nova Conceição y Brooklin Paulista, se evaluaron las condiciones sanitarias de los servicios de agua corriente y alcantarillado en 57 calles y 1.702 edificios. Según los resultados:

...se verifica que solo 600 edificios examinados, que representan el 39%, cuentan con el servicio de la red pública de distribución de la capital. Se trata de un porcentaje excesivamente bajo. Ciertamente, el número de edificios examinados es pequeño. Sin embargo, el conocimiento que tenemos de la situación nos permite informar que la continuación de la investigación modificaría muy poco el porcentaje encontrado. Los edificios carentes de estas mejoras se cuentan por miles. (Carrijo *et al.*, 1948, p. 326)

En esas condiciones, ¿cómo estarían construidas las fosas y los pozos en los patios? Al respecto, los resultados eran alarmantes: “se verifica que, de los casos considerados, solo el 25% de los pozos se encuentra a una distancia de las fosas que, en términos medios, ofrece relativa seguridad contra posibles contaminaciones originadas por ellas” (Carrijo *et al.*, 1948, p. 328).

Si hasta entonces las favelas eran en número suficientemente bajo como para pasar casi desapercibidas en la urbe, entre 1930 y 1970 su presencia captó la atención de las autoridades municipales, exigiendo intervenciones y heredando, desde sus orígenes, los estigmas que rodeaban a los conventillos, aunque su surgimiento no estuviera “relacionado con ningún movimiento organizado de invasiones. Muy por el contrario, conviene recordar que las primeras favelas paulistanas eran ocupaciones consentidas o incluso estimuladas por la municipalidad” (Paulino, 2007, p. 75). Esa visión aparentemente filantrópica y caritativa podía relacionarse con otra, bastante interesante para determinados estratos sociales. Aunque en un primer momento pudiera considerarse una amenaza al proyecto modernista de ciudad, esa población también fue “incorporada como gran reservorio de empleados domésticos y de trabajadores de la construcción civil, motivo por el cual los más acomodados temían perder ese próximo y abundante reservorio de mano de obra barata” (Peres, 2007, p. 39).

Según la visión de José de Souza Martins, quien estudia en ese período el movimiento de migración de los grupos más empobrecidos⁹ hacia São Paulo, la proliferación de favelas indicaría la transición que la ciudad experimentaría, sin una preparación lenta o adaptativa, sino, por el contrario, de forma rápida y violenta, absorbiendo a muchos de esos grupos que llegaban sin alternativas de vida o de trabajo. Así, es ese fenómeno de favelización el responsable, por ejemplo, de la violencia entre la población, en oposición a la visión construida que afirmaba que allí llegaba gente violenta, degenerada y enferma. Ese habría sido el caso de la escritora Carolina Maria de Jesus (1914-1977) cuando llegó a la favela de Canindé, a orillas del río Tietê, en 1947 y registró los cambios que ocurrían:

...el período de degradación fue de diez años, lento, por lo tanto, demoró en llegar al fondo del pozo. Desde allí hacia abajo, ya no era posible una caída. En los once años entre la llegada a la favela de Canindé y la referencia al hecho, en el diario¹⁰ se registra el sobre-

⁹ Desde el final del siglo XIX, el fenómeno de la migración no movilizó solo a los sectores más empobrecidos, que buscaban todo tipo de trabajo en el interior y en la capital paulista, sino también a contingentes de una clase media del interior y de la alta burguesía agraria que fueron instalándose poco a poco en la ciudad: “las migraciones hacia la Paulicéia representaron, en cierto sentido, no solo migraciones de contingentes poblacionales, sino migraciones de estratificaciones sociales adaptables a la nueva circunstancia histórica” (Martins, 2004, p. 180).

¹⁰ Menciona a la reconocida obra de la autora, *Cuarto de desecho (diario de una favelada)*, publicada en São Paulo por Martins Fontes, en el año 1960.

poblamiento de la favela. Anota que los nordestinos comenzaban a llegar, designados como nortistas y a veces como bahianos. Cuando detalla que es bahiano, dice que es pernambucano. En el escenario de la favela, los bahianos aparecen asociados a las cuchillas y a los conflictos, Lampião en el imaginario. Aun así, Carolina deja entrever, en la niebla de miseria y conflicto que era la favela, al valiente trabajador nordestino que llegaba, capaz de sacrificios como el de vivir allí para juntar dinero, salvar una concepción digna del mundo y de la vida, degradarse sin rendirse. (Martins, 2004, p. 73)

En esa dirección, en su trabajo provocador sobre la “invención” de las favelas cariocas, Valladares prestó atención no solo a su surgimiento, sino a toda una serie de definiciones que nacerían de las relaciones establecidas entre la población y las políticas urbanas e inmobiliarias, ganando y perdiendo elementos que explicaban el lugar y también a sus habitantes. Entre ellas, algunas parecen adquirir un sentido menos local y más nacional, y serían las siguientes:

...que aparecen fuertemente estructuradas por las preocupaciones políticas relativas a la consolidación de la joven República, la salud de la sociedad y el ingreso a la modernidad. La favela pertenece al mundo antiguo, bárbaro, del cual es necesario distanciarse para alcanzar la civilización. (Valladares, 2015, p. 36)

En ese contexto, si los médicos tuvieron un papel destacado, como la literatura ya ha señalado en gran medida, los ingenieros también participaron de esa construcción. En calidad de representantes de las instituciones de poder, también hicieron las primeras apreciaciones sobre el significado del surgimiento de las favelas, así como definieron a su gente. Para el ingeniero Luiz Gomes Cardim Sangirardi, la principal causa de que no hubiera favelas en la ciudad de São Paulo hasta la década del 1940 sería la propia “alma paulistana, antaño limpia y moderada”:

...examinando cuidadosamente la cuestión y comparándola con la situación de otras ciudades, podemos determinar las causas principales, observando además que existe una preponderante. Entre las razones generales, destacan: el temperamento trabajador de nuestro pueblo, reacio al tedio y hasta a las diversiones o recreaciones, lo que también es perjudicial porque puede crear un malestar o una neurosis colectiva; la existencia de trabajo ofrecida por las grandes

actividades de la capital, que requiere numerosa mano de obra y proporciona salarios bajos, pero no ínfimos; la lucha intensa por la mejora, que conduce al trabajo y hace surgir el deseo natural de la propiedad, especialmente de la casa propia y la seguridad que ella proporciona. (Sangirardi, citado por Paulino, 2007, p. 82)

Pero, entonces, ¿quiénes son las personas que van a las favelas? ¿Cómo definir las en un contexto que sería el reverso de la fuerza progresista paulistana que habría predominado hasta ese momento? Si médicos, periodistas e ingenieros daban sus interpretaciones, es en la década de 1940-50 cuando “las trabajadoras sociales aparecen, entonces, como un nuevo tipo de actor importante en la historia del conocimiento de las favelas [...] colaboradoras de funcionarios municipales, estas trabajadoras participaron de una gestión de la pobreza que mezclaba una cierta protección social con el control de los pobres” (Valladares, 2015, p. 58).

En este sentido, la trabajadora social Marta Teresinha Godinho, responsable de un trabajo considerado inédito sobre las favelas paulistanas en la década de 1950, reflexionó sobre su significado y sus habitantes:

Decir que la favela como tal es una comunidad marginal no nos parece tan difícil de comprobar; pero afirmar que el favelado es un tipo marginal es lo que requirió un estudio más detallado y muchos mayores escrúpulos de nuestra parte. Considerándolo una persona humana, en sus valores trascendentales espirituales, no tenemos la valentía de llamarlo marginal, sobre todo porque, en el mundo espiritual, nos parece, por la concepción racional de la naturaleza, que el hecho de que él exista, como ente humano, nunca está al margen, ya que pertenece y permanece como individuo. (Godinho, citado por Paulino, 2007, p. 82)

Tales mapeos y definiciones avanzarían a lo largo de las décadas siguientes, ampliando temas y nuevas interpretaciones de lo social y de la evidente incapacidad de las políticas gubernamentales para hacerse cargo de los grupos que llegaban, con o sin empleo. En el caso paulistano, las favelas permanecían en el abandono, y las alusiones a ellas siempre estarían rodeadas por la concepción de amenaza sanitaria y de una gente salvaje a ser contenida por fuerzas policiales. En la década de 1970, casi 30 mil personas vivían en 6.439 barracas de las 121 favelas que existían en São Paulo, siendo 37 de ellas consideradas por la Secretaría del Bienestar Social en situación de emergencia. Más aún, su crecimiento casi diario preocupaba a los agentes oficiales, lo que llevó a un “esquema para frenar su desarrollo”, ahora bajo intensa fuerza policial:

...cuando aparece en cualquier área de la ciudad una pequeña concentración de favelados, las administraciones regionales se encargan de reubicarlas en terrenos municipales, donde son asistidas por el personal de la Secretaría del Bienestar Social. Las concentraciones de hasta seis casas, lo que equivale a un promedio de 30 personas, son reubicadas por las propias regionales, pero las grandes aglomeraciones son disueltas por la propia Secretaría, con apoyo policial de la asistencia militar. Las familias que viven en esas favelas también son trasladadas a áreas municipales, convirtiéndose en un núcleo controlado por la alcaldía. (*O Estado de S. Paulo*, 3 feb. 1972, p. 14)

Es importante notar que, si esas indicaciones hablan de personas que podrían ser captadas por una historia de la ciudad y de sus instituciones representativas:

...la intención de naturalizar los problemas de la ciudad, es decir, de reducirlos a cuestiones técnicas, por lo tanto disciplinarias, se derrumba al ser confrontada con el carácter productor de cultura de las soluciones propuestas. Cultura en el sentido amplio de artificio, de arte de ser humano, la ciudad se revela, en resumen, como un espacio politizado. Esta tensión revela de manera brutal que incluso la técnica, presentada como saber objetivo, y por lo tanto neutra, en busca de mejores soluciones a partir de datos y herramientas disponibles, encuentra su justificación de neutralidad en el propio pensamiento político (Bresciani, 2000, p. 30)

En un reportaje sobre la favela *Ordem e Progresso*, en Barra Funda, es posible seguir la tensión entre la pretendida neutralidad de la acción técnica y, oculta entre líneas, la contradicción del espacio politizado por las elecciones que la ciudad imponía a los grupos más empobrecidos y abandonados. Según se menciona, allí:

...se construyeron un hospital y una escuela de la Santa Casa de Misericórdia. Iniciada a orillas del Río Tietê, la favela alcanzó las avenidas marginales, y las chozas llegan hasta el asfalto. Extremadamente cerrada y amontonada en los 66 mil metros cuadrados que constituyen el área municipal donada a la Santa Casa de Misericórdia, encierra en las paredes de sus miserables construcciones con triste ironía. La decoración de las divisiones de madera está completamente hecha con placas arrancadas de carteles promocionales, de indicación de calles e incluso de tumbas. En medio de la suciedad, algunos niños

juegan con restos de basura, debajo de brillantes y coloridos *anuncios* exteriores que promocionan bebidas caras o medicamentos revitalizantes. “Pague su declaración de impuesto de renta”: la propaganda parece extremadamente irónica para una población que vive recogiendo papel en las calles o hurgando en los basureros y que no posee ni carnet de trabajo. Como también lo es la coincidencia de que los habitantes de la favela sean desalojados por la Santa Casa de Misericórdia. (*O Estado de S. Paulo*, 15 de mayo de 1975, p. 27)

Al estudiar la constitución de estos espacios de exclusión, Raquel Rolnik habla de la vida insegura y arriesgada que impide el acceso a empleos, oportunidades y bienes culturales y educativos. Más que eso, evidencia cómo:

...los territorios excluidos se constituyeron al margen de la presencia del Estado o de cualquier esfera pública y, por lo tanto, se desarrollan sin ningún control o asistencia. Los servicios públicos, cuando existen, son más precarios que en otras partes de la ciudad [...] vivir permanentemente bajo una condición de privación de necesidades ambientales básicas hace que los habitantes se sientan como si sus vidas tuvieran poco valor. (Rolnik, 1999, p. 107)

De forma circular, rápida y excluyente, los grupos más empobrecidos y desposeídos que tiempos antes habían sido desplazados a esos lugares, cuando estos aún estaban siendo capitalizados, si no lograron establecerse o resistir ante la nueva ola de especulación, fueron nuevamente removidos a puntos aún más lejanos, sin infraestructura o servicios adecuados, ni siquiera de salud pública. Según Milton Santos, tal configuración del urbano también ayuda a definir las clases y los órdenes que jerarquizan las relaciones sociales, permeadas por la ideología del consumo, que terminan confundiendo el derecho a la vivienda con el derecho a ser propietario: “la verdad, sin embargo, es que ser dueño de un terreno o de una casa no siempre asegura una vivienda estable. Los pobres que luchan desesperadamente por conquistar el derecho a la propiedad están frecuentemente mudándose dentro de la ciudad; son verdaderos migrantes intraurbanos” (Santos, 2007, p. 154).

Pero, ¿cómo se daría el cuadro de enfermedades que involucraba a la gente de la ciudad de São Paulo? Una mirada sobre estas personas evidencia cómo gran parte de las autoridades médicas y de salud se alineaba con este cuadro urbano de varias formas. En discursos, clases y conferencias, casi todos decían estar preocupados por la salud del pueblo, pero, evidentemente, siempre según las expectativas de una “élite de la salud” afinada con

los intereses de las capas dominantes, ahora industriales, que ayudaban a profundizar las disparidades sociales de la ciudad. Para estos, poco comprendían que los tiempos de los hombres y de las instituciones eran diferentes o que las prácticas médicas y de salud pública eran prácticas sociales, dimensionadas por las concepciones de clase y su visión del mundo frente a la producción, sin contradicción alguna con las enfermedades del progreso.

Las enfermedades del progreso y la búsqueda de asistencia

En el año 1985, el historiador Jacques Le Goff organizó la obra *Las enfermedades tienen historia*, llamando la atención sobre el hecho de que el cuerpo en sufrimiento por enfermedades se convierte en objeto de la historia. Así, el ser humano no estaría frente a las enfermedades vinculado solo a los avances científicos y tecnológicos de la medicina y de su campo de saberes y prácticas, sino, antes que todo, por expresar “la historia más profunda de los saberes, de las prácticas vinculadas a las estructuras sociales, a las instituciones, a las representaciones, a las mentalidades” (Le Goff, 1991, p. 8). También se trata de un juego de la enfermedad y de la salud que, al salir de la casa del enfermo y trasladarse al hospital, pasó a mediar la vida social colectiva, publicando límites y obstáculos en esta empresa. El autor señala una construcción historicizada por hombres y mujeres en un cierto tiempo, de enfermedades que aparecen, desaparecen y reaparecen tensionadas por las opciones humanas de vivir en determinada sociedad.

En el caso de las sociedades occidentales y desde la modernidad, la medicina y los médicos buscaron intervenir en el cuerpo individual y social, lidiando con endemias y epidemias en un proceso que traía, en su discurso y en sus prácticas, cada vez más científizadas, una dosis de optimismo, “optimismo que revela la misma ilusión que nos hace olvidar que somos mortales” (Moulin, 1991, p. 95). Así nacían términos diferentes, sin poder ser aislados o desprovistos de arbitrariedades, como *disease* para las entidades mórbidas conocidas por la ciencia médica de una época, *illness* para las formas de representación social de la enfermedad, de los síntomas y de la evolución, y, finalmente, una visión que nos conduce a la diversidad de las culturas humanas, con *sickness* designando “la imagen de la enfermedad en la sociedad: ¿cuáles son las reconocidas, consideradas como curables, aquellas de las que la sociedad acepta la responsabilidad (contaminación, enfermedades profesionales, etc.)” (Moulin, 1991, p. 97). En ese espectro de definiciones, el mundo de la industria pasó a reflejar, con vigor a partir del año 1920, una medicina cada vez más orientada al control y a la distinción del comportamiento individual

y de sus potencialidades productivas fabriles, ganando espacio en el pensamiento médico brasileño y paulista fundamentalmente a partir de 1931, con la creación del Instituto de Organización Racional del Trabajo (Idort), desarrollándose en los años 1940-1950 en entidades como Senai, Senac y el Sesi, preocupados por tener y producir trabajadores “sanos”, apostando sobre todo a su capacidad de producir y someterse al mundo del trabajo.

Un médico emblemático en esa función fue Arlindo Ramos, de la División de Higiene y Seguridad del Trabajo del Servicio Público Federal, reconocido por Roberto Simonsen como el psicotécnico más importante del país:

...proclamándose discípulo de Taylor, el Dr. Ramos asumió como tesis dominante en su principal estudio el principio de que, incluso para “los cargos de responsabilidad”, lo importante no era tanto la aplicación de “tests de inteligencia”, sino exámenes que pudieran señalar la existencia de trastornos prepsicóticos, facilitando la operación de exclusión de los “enfermos” del mundo de la producción. Para realizar el “examen de temperamento y personalidad”, el médico enfatizó la necesidad de recurrir a una serie de dispositivos que causaban asombro entre la mano de obra evaluada. Inicialmente, el candidato era instado a someterse al psicodiagnóstico según los protocolos de Rorschach para, a continuación, responder “sí” o “no” a 116 preguntas del inventario de Woodworth-Mathews que, adaptado al contexto brasileño, incluía cuestiones como las siguientes: ¿Sos más miedoso que los demás? ¿A veces sueñas con muertos? ¿Podés quedarte sentado durante mucho tiempo sin moverte? ¿Resistís el dolor tanto como los demás? ¿Creés en la mala suerte? ¿Alguna vez sentiste ganas de provocar un incendio? ¿Te gusta cazar? y ¿Alguna vez tuviste ganas de robar? (Bertolli Filho, 1993, p. 42)

En esa perspectiva, Marc Ferro habla de los “síntomas sociales” de las enfermedades producidas por la ideología del progreso, justamente por la combinación de un estado clínico considerado desvío y anormalidad frente al sistema socioeconómico impuesto: “la enfermedad se manifiesta tan pronto como una forma de resistencia pasiva a la organización del trabajo, a la injusticia y a la desigualdad; tan pronto, por el contrario, como un efecto de la desorganización del trabajo, de la inseguridad, de la presión que ejerce la situación actual” (Ferro, 1999, p. 17). En ese sentido, incluso si podemos comprender que el desarrollo de la ciencia provocó, a escala mundial, una mejora constante y general de la salud desde hace más de un siglo, ocurriendo en determinados grupos de la sociedad un aumento de la esperanza de vida, es bueno decir:

...ella no entra sola en la ecuación. Y la observación contraria también es válida: la salud se degrada. El estado de salud constituye un indicador de la reacción de los individuos al cambio de vida al que están sometidos y, desde ese punto de vista, la enfermedad se convierte en un síntoma de malestar social... (Ferro, 1999, p. 77)

Esa idea merece atención, porque esclarece los cambios repentinos y explosivos que ocurrieron en la ciudad de São Paulo, involucrando desplazamiento poblacional y formas de vivienda y trabajo, incluso si los discursos intentaban disolver las contradicciones mediante una serie de dispositivos capaces de una interpretación vinculada a una posible armonía de la realidad, bastando con accionar la responsabilización individual frente a las amenazas de la vida y del trabajo productivo: desde la buena nutrición hasta el buen sueño, desde los cuidados para mantener el equilibrio sexual hasta los consejos sobre la vestimenta, todos contribuían a las representaciones que se alineaban con la Educación Sanitaria, ahora y más que nunca aliada a la naciente industria de fármacos, que difundía sus folletos educativos y de automedicación por tranvías, trenes y carteles:

...la armonía para la producción y los remedios para la adecuación al trabajo eliminan cualquier sospecha que pueda recaer sobre las relaciones sociales contradictorias. Las enfermedades y los desajustes resultan de factores atemporales, la sociedad en crisis es un dato en sí, impenetrable. Por lo tanto, las enfermedades no pueden ser el resultado de esa constitución social, sino que la etiología se encuentra en la falla de decisión de individuos aislados, ya que el exceso de trabajo, el caos urbano, la insalubridad fabril, etc. están fijados como partes indisociables del todo, rígido e inexorable. De esa forma, el espacio de actuación posible queda relegado a la concientización sanitaria del individuo, la actuación incompleta de los órganos públicos de salud y la decisión por el consumo de los medicamentos comercializados abiertamente. (Rodrigues, 2015, p. 115)

Sin embargo, si había alguna respuesta positiva, los resultados de esa iniciativa convivían siempre con una contradicción derivada de la crisis urbana, que desembocaba en problemas sanitarios de todo tipo, además de endemias y epidemias que avanzaban con la misma progresión y velocidad con que surgían habitantes e industrias, componiendo un cuadro desolador, según el editorial de *A Gazeta* del 10 de abril de 1947:

Las condiciones higiénicas de la capital empeoran día a día. El servicio de salud pública está ausente en muchos aspectos. Si no fuera por la protección de los cielos, porque Dios nunca abandona a la gente piratingana, a estas alturas sentiríamos efectos calamitosos por la falta de mejor y mayor cuidado del estado sanitario de la *urbe*. En materia de higiene, la desolación es total. No existe en la vía pública, de donde la limpieza ha desaparecido. No se desinfectan, ni se hacen desinfectar de forma obligatoria las viviendas, donde la escasez de casas amon-tona a decenas y decenas de personas. Así en los sótanos, así en los conventillos. También en las casas de pensión y hoteles [...] en el mercado, en la feria, es indignante el abuso en la venta de frutas, verduras y legumbres deterioradas y podridas. También huevos. ¿Qué represión adopta o determina el servicio de higiene, castigando a los infractores? Es un misterio... El tifus ronda los barrios. A veces, la viruela aparece en brotes esporádicos. Y la fiebre amarilla se ensaya a través de los mosquitos vectores. Escarlatina, tuberculosis, sífilis... (p. 1)

De ese modo, desde las enfermedades hasta sus expiaciones, la vida cotidiana paulistana parece borrar muchas de esas experiencias, con una velocidad que casi permite explicar que enfermar fuera solo un fenómeno biológico y de carácter individual, incluso ante la indicación de sus causas sociales y de los relevamientos epidemiológicos. Más que eso, dejaba atrás las responsabilidades en el campo de la asistencia médica y sanitaria, como si todo lo que se pudiera hacer ya estuviera encaminado por la máquina médico-sanitaria paulista, dentro y fuera de sus instituciones. Un paseo por São Paulo y la simple aproximación a ciertas enfermedades —algunas bastante conocidas y otras de causas inéditas— revela el cotidiano de la población y los reflejos de los servicios de salud y de los médicos, que, cuando funcionaban, funcionaban para pocos. Muy pocos.

Esquistosomiasis: el abandono de las periferias y de los nordestinos “apestados”

La esquistosomiasis mansonii en São Paulo podría explicar parte de ese proceso. Su implantación inicial ocurrió en una extensa franja del litoral, principalmente en las regiones donde se desarrollaba la cultura cañera y, posteriormente, en todo el territorio brasileño. A pesar de esa dispersión, su mayor concentración, sin embargo, se dio en las áreas iniciales de la cultura cañera, principalmente en los estados de Bahía y Pernambuco, que aún hoy

se consideran regiones de alta endemicidad, seguidos por los estados limítrofes (Carvalho, 1982).

Fue en el año 1908 cuando, en el Laboratorio de Análisis Clínicos, instalado en el Hospital Santa Isabel, de Bahía, el asistente de clínica médica, Pirajá da Silva, examinando heces de pacientes internados en su servicio, verificó que se trataba de huevos de gusanos dotados de un espículo lateral cuya procedencia intrigó a la comunidad científica: no eran mera variante encontrada en Egipto del *Schistosoma haematobium*, sino que constituían una nueva especie, bautizada entonces por el profesor Sambon con el nombre *Schistosoma mansoni* (Falcão, 1959, p. 15). Por el aumento de infectados y por los estudios producidos, se constató, entre los años 1950 y 1970, una expansión territorial de las áreas endémicas de esquistosomiasis en el país, señalando focos de transmisión en São Paulo, Paraná, Piauí, Maranhão, Goiás y Santa Catarina.

En *Crecimiento urbano y enfermedad: la esquistosomiasis en el municipio de São Paulo*, se señala que los probables primeros casos de esquistosomiasis habrían llegado al estado de São Paulo aún en la primera mitad del siglo XIX, en el auge de la caficultura (Santos, 1967). Otro punto interesante para destacar es que: “la ocurrencia autóctona de esquistosomiasis en el estado de São Paulo se identifica en el año 1923, cuando se describen los primeros casos en Santos” (Silva, 1985, p. 3). En la década de 1940, aún existían focos de infestación en varios puntos del municipio:

...el foco de esquistosomiasis fue localizado en el barrio de Saboó, estando actualmente 115 personas infectadas. La enfermedad fue diagnosticada en 1940 por el Dr. Leão de Moura, quien, retomando los estudios, examinó más de 1.000 caracoles *Planorbis*, encontrando medio por ciento de ellos infestados, además del 10 % en 1.200 personas examinadas, todas residentes en la zona de Saboó. (*A Gazeta*, 15 sep. 1945, p. 10)

Siendo difundida por estudios y por la prensa en las décadas de 1940 y 1950 y también en trabajos posteriores, la información merece revisión, teniendo en cuenta la facilidad con que los casos de esquistosomiasis pasaron desapercibidos hasta entonces, ya que la presencia de la enfermedad no siempre se identificaba. Además, la década de 1940 fue la “época del despertar del medio médico brasileño respecto a la esquistosomiasis. Basta decir que, de 1908 a 1939, la literatura brasileña registró 107 trabajos sobre esquistosomiasis; sin embargo, entre 1940 y 1949 se publicaron 202 trabajos” (Silva, 1985, p. 3).

Evaluable la capital paulista y los primeros casos identificados y ampliamente difundidos por medios académicos (Meira, 1951) y de prensa, la cuestión de la migración apareció casi siempre como único factor determinante, sobre

todo por la llegada de nordestinos. A ellos, y casi solo a ellos, se les atribuía la responsabilidad por la proliferación del parásito, considerando la ciudad de São Paulo un área potencialmente endémica, precisamente por el flujo migratorio originario de zonas endémicas de esquistosomiasis, que perduró al menos hasta la década de 1970 (Chieffi, 1988).

En un relevamiento publicado por el Instituto Adolfo Lutz en 1953, la cuestión de la inmigración era el centro del problema de la esquistosomiasis en São Paulo, así como los motivos de ese desplazamiento. Decía el estudio:

Es de conocimiento general la intensidad del movimiento migratorio originado en estados pertenecientes a las zonas geográficas Nordeste y Este del país, que tiene como destino el estado de São Paulo y la región norte de Paraná. Ese movimiento migratorio, cuyos factores determinantes son de orden telúrico y económico-social, se ha recrudecido en los años anteriores, transformándose en un verdadero éxodo en los años 1951 y 1952 [...], cuando alcanzó las cifras de 208.515 y 252.808. A través de esa corriente migratoria, la esquistosomiasis se introdujo en Minas Gerais, en nuestro estado, así como en Santos, São Vicente e Itapema, en Ourinhos, Palmital e Ipaussu y, en Paraná, en Jacarezinho y en Uraí. El peligro potencial que representa dicha inmigración ha sido objeto de repetidas advertencias de nuestros investigadores, llegando a ser tedioso insistir en el tema. (Corrêa, 1953, p. 91)

De acuerdo con los resultados, la incidencia de la esquistosomiasis entre los migrantes según el estado de origen se identificó con seguridad (Tabla 2).

Tabla 2. <i>Schistosoma mansoni</i> en la ciudad de São Paulo			
Estado	Inmigrantes examinados	Positivos para huevos de <i>Schistosoma mansoni</i>	Porcentaje
Alagoas	253	124	49,0
Sergipe	88	30	33,9
Pernambuco	158	33	20,8
Bahia	274	53	19,3
Paraíba	40	3	7,5
Minas Gerais	100	5	5,0
Ceará	65	0	0,0
Rio Grande do Norte	24	0	0,0
Piauí	8	0	0,0
Fuente: Corrêa (1953, p. 95).			

En la década de 1950, los casos de transmisión se identificaban principalmente en áreas cercanas al río Tietê. Así fueron dos casos de esquistosomiasis mansonii autóctona encontrados en las lagunas de Tatuapé, afluentes del Tietê, cabe recordar que, desde el comienzo del siglo XX, las autoridades ya discutían sobre el río sin decidir nada respecto al proceso de contaminación de sus aguas ni sobre el saneamiento básico y la cloración del agua, argumentos centrales de los agentes de salud. Esta situación pendiente y la constante deterioración del Tietê no dejaban dudas:

...a principios de la década de 1940, el río Tietê era un río cada vez más degradado y peligroso para la mayoría de los seres vivos que se acercaban a sus aguas. Sin embargo, en esa época, nadie creía que el principal río de São Paulo y sus afluentes serían recuperados. Más aún porque funcionarios de la propia Repartición de Aguas y Cloacas manifestaban públicamente esa convicción. (Jorge, 2012, pp 122-123)

Fue en ese contexto que se suspendió una prueba de natación en el río Tietê, hasta entonces una tradición de la ciudad conocida como “Travesía de São Paulo a nado”. El motivo fueron los resultados de una evaluación de las aguas del río realizada por el Instituto Adolfo Lutz, que aisló e identificó un germen del grupo coliforme, *Escherichia coli*, en 0,1 cm cúbico de muestra analizada, concluyéndose el “análisis clínico de potabilidad: agua en franca putrefacción amoniacal” (*A Gazeta*, 6 jul. 1945, p. 1).

En 1957, en un artículo titulado *Las providencias sugeridas hace 20 meses no fueron tomadas*, la prensa denunciaba que:

...de agosto de 1954 a octubre de 1955, se encontraron caracoles planorbídeos transmisores de la esquistosomiasis en 26 municipios de São Paulo, en zonas rurales y urbanas [...] solo en la capital, se encontraron planorbídeos en Jardim da Aclimação, en la calle Dr. Cezar, en la Cuarta Parada, en la carretera de Cangaíba, en el Parque Ibirapuera, en el Jockey Club, en la carretera de Vergueiro y en la calle Santa Cruz. (*O Estado de S. Paulo*, 13 sep. 1957, p. 5)

Ese mismo año, en una conferencia realizada en el Instituto Butantã sobre “Algunos aspectos de la esquistosomiasis en el estado de São Paulo”, el médico José Manoel Ruiz expuso sobre la proliferación de la enfermedad en el estado, principalmente en el Valle del Paraíba y en la Baixada Santista. Refiriéndose a la capital, fue enfático: “por lo expuesto, concluimos que el problema de la esquistosomiasis existe realmente en São Paulo, probablemente en una fase

más avanzada de lo que se supone. No solo existe, sino que exige medidas urgentes y realmente objetivas” (*O Estado de S. Paulo*, 9 nov. 1957, p. 10).

Fue en abril de 1958 cuando se reportaron por primera vez los primeros casos autóctonos en la ciudad:

...están internados en el Hospital de Clínicas dos hermanos menores con diagnóstico de esquistosomiasis mansónica, en la forma aguda de la enfermedad, que probablemente adquirieron jugando en lagunas formadas a orillas del Tietê, en Tatuapé. Existen fuertes sospechas de que se hayan registrado los dos primeros casos autóctonos de esta enfermedad en la capital de São Paulo, pues en el lugar donde los niños solían jugar se encontraron caracoles transmisores de la enfermedad. (*O Estado de S. Paulo*, 2 mar. 1958, p. 1)

Yendo más allá, se identificaron los responsables de la situación: “en ese lugar, se están realizando varias construcciones, y en ellas trabajan varios nordestinos. Estos obreros, procedentes de regiones donde la esquistosomiasis es endémica, podrían haber contaminado las aguas” (*O Estado de S. Paulo*, 2 mar. 1958, p. 1).

Continuando con el tema al día siguiente, llamaron la atención de la noticia las condiciones de vivienda en aquellas zonas y, una vez más, la presencia de “nordestinos”:

...en la proximidad del lugar señalado, existen diversas lagunas en la orilla del río Tietê. Alrededor de ellas se agrupan extensas villas de casillas construidas con pedazos de madera obtenidos de las fuentes más variadas. Montones de basura depositados por la municipalidad en el lugar se acumulan, sirviendo de alimento para los buitres. En las orillas de las lagunas crece una vegetación acuática exuberante, formando lugares propicios para la reproducción de caracoles transmisores de la enfermedad. Se observa, sin embargo, que los habitantes del lugar no conocen los moluscos. Gran parte de los habitantes de la villa son nordestinos. (*O Estado de S. Paulo*, 3 abr. 1958, p. 3)

En las décadas de 1960 y 1970, los casos habrían aumentado y proliferado en 23 municipios paulistas, aun con algunas acciones de erradicación de la enfermedad en curso, como en el Valle del Paraíba en 1967. Sin embargo, la causa de los altos números identificados se explicaba únicamente por la llegada de nordestinos:

...veinticinco por ciento de los migrantes que llegan a São Paulo, principalmente los que provienen de los estados del Nordeste, son portadores de esquistosomiasis y contribuyen involuntariamente a la diseminación de la enfermedad en la capital. El alto índice de contagio neutraliza en parte el trabajo de la Campaña de Combate a la Esquistosomiasis – Cacesq. (*O Estado de S. Paulo*, 5 feb. 1972, p. 10)

En 1975, la Cacesq propuso controlar la entrada de migrantes en São Paulo y justificó la medida con los números alarmantes de 1973, cuando habrían ingresado al estado 21.055 portadores de esquistosomiasis. Reconocía que “las condiciones de saneamiento no seguían adecuadamente el desarrollo de los centros urbanos y que esos portadores se establecen donde las condiciones sanitarias son deficientes” (*O Estado de S. Paulo*, 1 mar. 1975, p. 22). Cabe recordar que este tema ya se había tratado en décadas anteriores. Hay un claro ejemplo en 1952, cuando el asistente de parasitología médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo Luis Rey dejó claro:

...quien recorría la periferia de São Paulo percibiría un gran número de pequeñas lagunas, sitios para la transmisión de la esquistosomiasis, principalmente porque la población carente que vivía en sus proximidades utilizaba esas lagunas [...] además de las villas ubicadas en las tierras bajas, áreas anteriormente vacías o exclusivas para las industrias. (Rey, 1956, p. 1)

Finalmente, es necesario relativizar las indicaciones que atribuían a los nordestinos como la causa de todos los males, pues “el factor migración, cuando se analiza independientemente de sus determinantes (la industrialización) y de sus consecuencias (el tipo de urbanización), pierde poder explicativo en el proceso de diseminación de la esquistosomiasis, aunque tenga en él una importancia crucial” (Silva, 1985, pp. 5-6). Yendo más allá, en una evaluación histórica, hay que retomar el modelo tecnológico de salud pública estatal y municipal implicado en el momento y en qué medida podría o no enfrentar endemias de ese tamaño. Al parecer, la desarticulación a nivel municipal de las instancias de salud pública también explicaría la situación y su recrudecimiento, hecho omitido en la historia oficial de la salud pública paulista. Así, más que de la culpabilización de un grupo definido, es de la compleja historia de la organización de la ciudad y de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud pública que podemos comprender los recovecos que habrían pasado desapercibidos por los levantamientos epidemiológicos, los estudios de caso y las noticias difundidas por la prensa.

La epidemia que no hubo, pero hubo: meningitis 1945-1957

Según los estudios sobre la meningitis, antes de 1901 no existen datos oficiales al respecto. En cuanto a su denominación, entre 1901 y 1937 se la llamó *meningitis cerebroespinal epidémica*. Retirado el término epidémica, terminó vigorizando, en su sexta y séptima revisión, la denominación *meningitis meningocócica* (Schmid, 1958, p. 316). En ese primer período, los números registrados eran muy bajos, pues sin la rutina de los exámenes de punción y líquido cefalorraquídeo, probablemente no se identificaba con claridad la enfermedad. A partir de 1920, con la revisión del nombre y los exámenes introducidos en el diagnóstico, los números comienzan a aumentar y hasta a oscilar entre contextos endémicos y epidémicos. Sin embargo, avanzando hasta 1930-1940, las autoridades sanitarias repetían que no había indicios de esa epidemia en el ambiente, pero, en su estudio sobre la meningitis meningocócica en São Paulo, Barata & Moraes afirman que la epidemia se instaló a partir de 1945: “La tasa de incidencia, que había sido inferior a dos casos por 100.000 habitantes en 1944, pasó abruptamente a casi nueve casos por cada 100.000 habitantes en 1945. La epidemia alcanzó el pico máximo en 1947, y la incidencia volvió a los valores endémicos en 1952” (2015, p. 79).

En ese sentido, desde 1945, podemos seguir en la prensa que varios puntos del estado de São Paulo venían siendo afectados por oleadas epidémicas de meningitis, siempre, claro, en notas pequeñas, casi imperceptibles para el lector. En ese año, las noticias decían que la epidemia había llegado al municipio de Paraíso, “habiéndose registrado varios casos fatales. La población de ese municipio se encontraba inquieta, dado que menos de una cuarta parte estaba vacunada, por falta de asistencia oficial” (*Correio Paulistano*, 26 sept. 1945, p. 3). En 1947, el mismo diario acusaba:

...la existencia de un brote de meningitis y gripe en el interior de São Paulo. La primera de estas enfermedades está afectando a la población del Valle del Ribeira, mientras la gripe alcanza la ciudad de Araras. El Departamento de Salud del Estado ya tomó conocimiento del hecho, siendo que la zona donde se señaló la meningitis comprende entre Registro y Sete Barras. (*Correio Paulistano*, 31 jul. 1947, p. 12)

En 1948, toda la región de Mogiana estaba siendo afectada, sobre todo las ciudades de Casa Branca, Tambaú, São João da Boa Vista, Santa Rosa y Fazenda Amália. Otro diario destacó la región de Bauru y ciudades vecinas:

Brote de meningitis en Bauru – Estalló en la ciudad de Pederneiras un brote de meningitis cerebroespinal, habiéndose registrado ya 8 casos. El avión, transportando auxilios, partió hacia Pederneiras. También desde la ciudad de Bauru están siendo enviados auxilios. (*Diário da Noite*, 28 feb. 1948, p. 3)

Sobre la capital paulista, casi nada se publicó. En 1945, una tímida noticia decía:

...un vespertino publicó un reportaje ilustrado con el titular de que una epidemia de meningitis comenzaba a propagarse en São Paulo. Señala que varios barrios estaban afectados por la enfermedad, citando Vila Prudente, Alpina y Lucile, así como los municipios de Santo André y São Caetano. (*Correio Paulistano*, 7 ago. 1945, p. 2)

Según el informe de una comisión designada por la dirección general del Departamento de Salud, solo en 1956 se admitió que la meningitis era una de las principales enfermedades que afectaban a la población de la ciudad:

...según la comparación de datos estadísticos hecha por la comisión encargada de los estudios, la difteria representó la misma amenaza que la fiebre tifoidea, la paratifoidea, la poliomielitis y la meningitis meningocócica entre los años 1950-1955. (*O Estado de S. Paulo*, 6 oct. 1956, p. 16)

Sin embargo, durante ese período hubo un silencio sobre su dimensión epidémica, reconocida solo *a posteriori*. Según recordaron Barata y Moraes (2015), ningún artículo científico discutió la epidemia, y la postura de las autoridades de salud la negaba sistemáticamente:

...al contrario, ya en vigor de la epidemia en 1945, Mário Aguiar publicó un artículo cuestionando la denominación habitual de meningitis cerebroespinal epidémica, alegando que las epidemias de meningitis nunca se expanden como las de gripe, cólera y otras enfermedades infecciosas, no pasando de “epidemias de cuadra” o de focos esporádicos. (*O Estado de S. Paulo*, 6 oct. 1956, p. 80)

En 1957, cuando la epidemia retrocedía, aún se narraban episodios de meningitis en la ciudad. En *O Estado de S. Paulo* de 1957 (24 mar., p. 14), un lector, residente en el barrio de Perdizes, relata la enfermedad de su hijo: “cuando la temida enfermedad meningitis apareció el 12 de enero de 1957 y el niño

falleció en dos días, pese a todos los tratamientos”. En 1958, es decir, un año después del enfrentamiento epidémico, una tesis doctoral defendida en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la USP estudió enfermedades transmisibles y respiratorias y declaraba:

De 1931 a 1944, hubo una pequeña elevación en los primeros años y luego una caída, manteniéndose siempre baja su mortalidad. En 1945, el coeficiente se elevó bruscamente, indicando una ola epidémica que duró varios años, llegando en 1957 nuevamente a una baja mortalidad. (Schmid, 1958, p. 317)

Observando las áreas más afectadas de la ciudad, otra vez encontraremos claramente a las capas más pobres afectadas, entre ellas, los grupos migratorios que aún acudían en gran número a la ciudad:

...la epidemia produjo aumentos sensibles en la incidencia en todas las áreas de la ciudad, sin embargo, la distribución espacial no se modificó demasiado. Las mayores tasas se observaron en el distrito de Itaquera (Zona Este) y en el distrito de Perus (Zona Norte). Con tasas un poco menores, pero aún bastante altas, estaban los distritos de São Miguel (Zona Este) y tres distritos del centro: Sé, Bom Retiro y Santa Cecilia. Las áreas centrales más afectadas eran aquellas en las que se concentraban viviendas colectivas y residencias precarias ocupadas por el proletariado y por las capas medias empobrecidas. (Barata & Moraes, 2015, p. 81)

Si la epidemia que duró entre 1945 y 1957 no fue reconocida, sino omitida por las autoridades de salud, ya fuera como tragedia o como farsa, volvió a expandirse por la capital en la década de 1970, ganando más fuerza, pese al silencio sobre las cifras alarmantes que, poco a poco, provocaron pánico entre la población. De acuerdo con Rita Barradas Barata:

...la epidemia de enfermedad meningocócica puso al descubierto la anarquía en la organización de los servicios de salud en el municipio de São Paulo, revelando la inoperancia de la red hospitalaria y la total falta de integración entre los servicios locales destinados a la atención inicial y los hospitales [...]. La Secretaría de Estado de Salud no tenía ningún sistema efectivo de vigilancia epidemiológica, limitándose solo a registrar los casos ocurridos en el Hospital Emílio

Ribas sin, sin embargo, realizar ningún tipo de análisis epidemiológico. (1985, pp. 58-59)

En un artículo que exponía a los órganos de salud pública por haber ocultado el número de pacientes que saturaban el Hospital Emílio Ribas, se habló de 491 enfermos solo en el segundo semestre de 1971. En una entrevista tensa, el secretario de Salud indicó por primera vez las cifras que hasta entonces habían sido omitidas:

...durante la entrevista, que fue acompañada por un representante de la Organización Mundial de la Salud, enviado especialmente a Brasil, el secretario y sus asesores afirmaron, una vez más, que la epidemia de meningitis no es grave, debe en ese momento entrar en disminución y no hay motivo alguno para que la población se alarme. (*O Estado de S. Paulo*, 30 sept. 1972, p. 12)

Sin embargo, la epidemia afectaba a todo el país, con un aumento del 50% de los casos, habiendo en el estado de São Paulo un incremento de 573 casos en 1972 a 878 en 1973 (Moraes & Guedes, 1990, p. 354).

En 1974, fue censurada una página de *O Estado de S. Paulo* (Figura 2) que reflejaba el avance de la epidemia por todo el país y por todo el estado de São Paulo. Falta de preparación, desinformación e inquietud social eran señaladas en todos los estados brasileños. Entre ellos, en un artículo llamado *La epidemia del silencio*, el periodista Clovis Rossi describió cómo la enfermedad había sido tratada por las autoridades médicas y de salud:

...el brote de meningitis que mató a más de 200 personas en São Paulo solo en este mes de julio no es lamentable solo por sus consecuencias ni por revelar dramáticamente la precariedad del sistema de salud de nuestro estado, que se enorgullece de ser el más rico de la federación. Quizás aun peor que todo eso sea el hecho de que, con él, alcanzó su punto más alto también la epidemia de desinformación y ocultamiento de los hechos que las administraciones públicas, en todos los niveles, decidieron desencadenar hace algún tiempo. Se intensificó justamente cuando se prometió jugar el "juego de la verdad". Hoy, lo que se puede tener es solo un lado de la verdad: el lado oficial, aséptico, generalmente ufania la mayoría de las veces. Quien no acepte solo ese lado que lea poesías. (*O Estado de S. Paulo*, 26 jul. 1974, p. 1)

CENSURADA

14 - O ESTADO DE S. PAULO

Reinicia/Brasil

SEMPRE, 14 DE JULHO DE 1973

O surto de meningite aumenta também no Rio

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que o surto de meningite em São Paulo também se reflete no Rio de Janeiro. Segundo ele, a situação é preocupante, pois há um aumento de casos em ambas as cidades. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que o surto de meningite em São Paulo também se reflete no Rio de Janeiro. Segundo ele, a situação é preocupante, pois há um aumento de casos em ambas as cidades. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Em Goiás, a situação começa a preocupar

Um dos médicos que acompanha o surto de meningite em Goiás é o Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Segundo ele, a situação em Goiás é preocupante, pois há um aumento de casos em várias cidades. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Santos recomenda mais higiene

Campinas só terá calma quando receber a vacina

Notícia enviada

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Santos é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Campinas é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade só terá calma quando receber a vacina. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em São Paulo é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

A epidemia do silêncio

OLIVIO ROSSI

O surto de meningite em São Paulo é uma epidemia do silêncio. Segundo Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a maioria dos casos não é reportada. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em São Paulo é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

A doença chega a Sorocaba, num ônibus com 31 pessoas

Notícia enviada

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Sorocaba é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Sorocaba é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Sorocaba é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Dr. Manoel Carlos Chaves, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, afirmou que a situação em Sorocaba é preocupante, pois há um aumento de casos de meningite. Segundo ele, a cidade precisa tomar medidas de higiene para controlar o surto. Chaves explicou que a meningite é uma doença grave, causada por bactérias, vírus ou fungos, que inflama a membrana que reveste o cérebro e a medula espinhal. Ele destacou que, além de sintomas como febre, dor de cabeça e vômito, a doença pode levar a sequelas graves ou mesmo à morte. Chaves recomendou que a população tome cuidados extras, como evitar aglomerações e manter a higiene pessoal.

Figura 2. Nota censurada por las autoridades sanitarias paulistas durante la epidemia de meningitis.

Fuente: O Estado de S. Paulo (26 jul. 1974).

La ciudad industrial y la contaminación del aire: enfermedades cardiorrespiratorias, 1940-1970

En la década de 1930, comenzó un proceso decisivo en la reestructuración de la ciudad de São Paulo y las apuestas para su (re)organización urbana:

...en 1930, el ingeniero Prestes Maia, entonces secretario de Obras del alcalde Fábio Prado, inició un Plan de Avenidas. En esa gestión, se construyó el túnel Nueve de Julio. El plan tuvo un gran desarrollo durante las gestiones de Prestes Maia al frente de la alcaldía en los períodos 1938-1945/1961-1965 y se caracterizó como la mayor intervención urbanística que se haya visto en la ciudad. (Lemos, 2010, p. 22)

En ese período, entonces, los supuestos urbanísticos aplicados por la administración municipal imprimen soluciones técnicas universales y racionales, desvinculadas de su relación social o política, lo que genera problemas desarticulados de ese conjunto de acciones administrativas (Feldman, 2013, p. 669). Habría sido en ese momento cuando comenzó a prevalecer la “lógica de la industrialización”, que no debe entenderse como la mera creación de industrias, sino como un proceso social complejo, con la formación de un mercado nacional, los equipamientos generados para su integración, la expansión del consumo y el propio proceso de urbanización (Santos, 2008, p. 30). São Paulo tenía aproximadamente dos millones de habitantes y cerca de 50 mil vehículos, y, dada la concentración de empleos en el área central, la mayoría de ellos ya se dirigía hacia allí todos los días, acumulándose alrededor de 12 mil vehículos entre las 16 y las 17 horas de un día laborable, o el 20 % de la flota de la ciudad (Vasconcelos, 1999, p. 71). Ejemplarmente, en:

...ciudad de São Paulo, en 1950, el riesgo de morir por accidente de vehículo a motor fue aproximadamente cinco veces mayor que el debido a la tuberculosis (respectivamente 60,0 y 12,2 por cada 100.000 habitantes) y, en 1967, los accidentes mataron cerca de 1,4 veces más que la tuberculosis (respectivamente 24,2 y 17,3 por cada 100.000 habitantes). De 1950 a 1960, los niveles de mortalidad causados por este tipo de accidente permanecieron más o menos estacionarios. A partir de la década de 1960, sin embargo, la mortalidad aumentó considerablemente, alcanzando en 1970 un valor que representa casi el doble del registrado en 1960. (Laurenti *et al.*, 1972, p. 330)

Eso se debe a que, ante la declinación del transporte ferroviario y la proliferación de automóviles y rutas, las industrias del municipio de São Paulo comenzaron a producir, muy por encima de la producción textil, materiales de transporte y eléctricos. Así, las actividades industriales pasaron a emitir en la atmósfera nuevos tipos de contaminantes como hierro, cadmio, plomo, cobre, berilio, cianuros, hidrocarburos, ácidos y solventes (Valentim, 2007, p. 32). Todo eso reveló aspectos muy interesantes de ciertos males que venían siendo identificados y vinculados a la contaminación, como las enfermedades cardiovasculares (ECV), que presentaron “tendencia creciente hasta 1952, cuando comenzaron a mostrar una fluctuación, a veces en aumento, a veces en disminución, aunque siempre con niveles superiores a los observados entre 1940-1949” (Laurenti & Fonseca, 1976, p. 88).

Cabe señalar también que, paralelamente a los límites de la ciudad de São Paulo, otros núcleos de concentración poblacional contribuyeron a recrudecer ese cuadro, cuando áreas metropolitanas recibieron un gran contingente industrial, siendo el caso ejemplar el del ABC paulista. Eso se debe a que, “en 1950, esas regiones contaban con apenas el 27 % de redes de agua y desagüe, mientras que el otro 73 % seguía dependiendo del servicio de pozos negros. A la concentración poblacional, que en 1970 alcanzó el millón de habitantes, se sumaban esas condiciones de vida, con las fábricas expulsando cada día contaminantes al aire” (Venâncio, 2012, p. 27).

En las décadas de 1950 y de 1960, la relación entre la contaminación del aire y las enfermedades derivadas de ella ya aparecía en los discursos políticos y en los periódicos. En 1957, al anunciarse las actividades de la Asamblea Legislativa de São Paulo, ya existía un pedido de reglamentación de una ley, del diputado Scalamandrê Sobrinho, del PTN, para el control de la contaminación atmosférica en la ciudad:

...la situación en la Capital es alarmante. Cerca de las 18 horas, en el Largo da Sé, el aire atmosférico es insoportable. Una verdadera fábrica de dolencias, una fábrica de enfermedades. Y el cáncer ronda los pulmones de los infelices paulistanos que transitan por allí. Lo mismo ocurre en el Brás, en el Ipiranga y en São Caetano do Sul, como consecuencia de la existencia en esos distritos y en el municipio vecino de un gran número de fábricas. Es necesario que el gobierno tome de inmediato una medida en ese sentido. En lo que respecta a la plaza da Sé, es preciso que los ómnibus de la CMTC sean inspeccionados para que no arrojen humo en esa parte central de la ciudad. (*O Estado de S. Paulo*, 26 jun. 1957, p. 6)

También el *Jornal do Brasil* se posiciona, en la nota “Poluição do ar mata na Grande São Paulo”, afirmando que la tasa de mortalidad por bronquitis habría aumentado un 140%:

...según el ingeniero de la OMS, en cada grupo de 100 mil habitantes, entre 1952 y 1960, la tasa de mortalidad por bronquitis aumentó de 4,72 a 11,24. Esa enfermedad suele estar ligada a la contaminación del aire, y ese aumento verificado no puede atribuirse a una relación causal. (*Jornal do Brasil*, 21 jul. 1967, p. 10)

En un relevamiento realizado en 1962 que señalaba las principales causas de los fallecimientos ocurridos en la ciudad, esas cuestiones se refuerzan:

...1° Enfermedades del corazón, 2° Neoplasias malignas, 3° Lesiones vasculares del S.N.C., 4° Neumonía y bronconeumonía, 5° Gastritis y duodenitis, 6° Tuberculosis, 7° Todos los accidentes, 8° Diabetes, 9° Malformaciones congénitas, 10° Accidentes de vehículos automotores. (Mascarenhas, 1965, p. 13)

En 1964, el ABC paulista se presentaba como un área peligrosa en función de los contaminantes arrojados cada día a la atmósfera. Serían:

...gases tóxicos, polvos industriales y humos nocivos arrojados en toneladas cada día a la atmósfera de la región. Tan agravada se encuentra la situación que, según un relevamiento realizado por autoridades sanitarias de São Paulo, la incidencia de bronquitis por cada 100.000 habitantes se elevó de 1 a 12 en los últimos seis años. Afirman los informes que las enfermedades graves en las vías respiratorias e incluso el cáncer pulmonar tendrían relación con la contaminación atmosférica regional. (*O Estado de S. Paulo*, 10 mayo 1964, p. 11)

En 1967, las enfermedades cardíacas aparecen como centrales y directamente ligadas a la contaminación del aire:

...la contaminación atmosférica provoca una serie de accidentes en el ser humano, y parte de la población más afectada es el grupo que presenta enfermedades cardiorrespiratorias –esta es la principal conclusión a la que llegó el Servicio de Control de la Contaminación Atmosférica del Instituto de Ingeniería Sanitaria de Sursan. (*Correio da Manhã*, 3 ene. 1967, p. 1)

También en 1967 los oncólogos admitían que, a partir de partículas expulsadas por las fábricas, la contaminación del aire provocaría cáncer pulmonar. Según el informe: “el humo expulsado por cualquier instrumento, en gran cantidad, es un elemento cancerígeno, siendo la contaminación atmosférica responsable de la alta incidencia de cáncer pulmonar que se ha venido verificando últimamente en centros poblados, en gran contraste con las regiones rurales” (*Jornal do Brasil*, 23 mayo 1967, p. 7). Los resultados de esa situación pronto se hicieron sentir oficialmente. En un relevamiento de las principales morbilidades en São Paulo entre 1970 y 1974, de acuerdo con datos de los centros de salud de la Capital y Gran São Paulo, agrupados en 17 daños basados en las principales categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte: “el daño más frecuente dentro de la demanda ambulatoria de nuestras unidades sanitarias está representado por las enfermedades agudas del aparato respiratorio, lo que indica una estrecha correlación con la contaminación atmosférica de la zona” (Informe [...], 1974, p. 15). Se revela, por lo tanto, que en ese período ya existía una conciencia médica y sanitaria sobre los efectos de los contaminantes en la salud de la población y la necesidad de medidas urgentes para controlarlos.

El 8 de diciembre de 1957, en el artículo “Ya hay ley contra la contaminación del aire en São Paulo: el problema es cumplirla”, el diario *Folha da Tarde* informa sobre la Ley 3798, que establece que los residuos gaseosos de origen industrial o de cualquier otra fuente de emisión solo podrían ser vertidos a la atmósfera después de un proceso de descontaminación y “prevé, además, que las personas físicas y jurídicas infractoras serán sancionadas con una multa de diez mil cruzeiros, duplicándose en caso de reincidencia, y que las autoridades competentes podrán clausurar las instalaciones que causen la contaminación atmosférica...” (*Folha da Tarde*, 8 dic. 1957, [s.p.]). Sin embargo, la propia ley ya se consideraba una medida sin efecto práctico, debido a la falta de infraestructura para las acciones de fiscalización correspondientes:

...evidentemente, la Secretaría de Salud no está equipada para desarrollar las actividades que le asigna el texto legal recién sancionado: lo que existe en esa Secretaría, en materia de investigación sobre la contaminación del aire, es algo muy rudimentario. En un laboratorio mal equipado que perteneció a la Fiscalización e Higiene del Trabajo, un médico idealista, el Sr. Heitor Pinto Tameirão, y un asistente realizaron las primeras observaciones sobre la contaminación atmosférica en São Paulo. (*Folha da Tarde*, 8 dic. 1957)

Casi un año después de sancionada la ley, el director del Servicio de Epidemiología y Profilaxis General de la Secretaría de Salud, Favorino Prado, se pronunció sobre el tema: defendió que las primeras acciones estarían en curso, a través de la formación técnica de inspectores para ejecutarla. Según estimaciones del período, habría 325 mil establecimientos en la capital paulista y en la Gran São Paulo que emiten residuos gaseosos en la atmósfera, además de los contaminantes de los tubos de escape de los vehículos, estos aún no incorporados a la ley sancionada. En sus palabras:

...estamos comenzando a poner en ejecución la ley contra la contaminación del aire: para eso conseguimos algunos vehículos y asignamos a ciertos inspectores a la tarea. Evidentemente, la campaña contra la contaminación de la atmósfera debe ser afrontada con seriedad y llevada a cabo con firmeza, porque São Paulo, como se sabe, es una de las ciudades con el aire más contaminado del país [...] las diligencias que ahora empiezan a realizarse, por equipos de Epidemiología, tienen como finalidad clasificar los humos lanzados al aire por las fábricas de la ciudad. Para eso se utiliza la tabla de Ringhelmann, un dispositivo simple que permite medir la densidad del humo, según su color, desde cierta distancia. El color del humo, en este caso, se compara con el sombreado de ciertos cuadriláteros de cartón, preparados según una técnica determinada. (*Folha da Tarde*, 19 nov. 1958)

En el curso realizado los días 1 y 2 de diciembre de 1958 en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, los ingenieros Silas Fonseca Redondo y Julio Rabin discutieron respectivamente “Agentes y factores de la contaminación atmosférica” y “El control de la combustión en la prevención de la contaminación del aire”. En el segundo día, las clases trataron sobre “Efectos de la contaminación del aire sobre la salud”, “El problema de los humos de los vehículos a motor”, “La situación de la contaminación atmosférica en São Paulo” y “Legislación sobre contaminación atmosférica” (*Folha da Tarde*, 27 nov. 1958).

En 1959, una nueva reunión entre representantes de la Secretaría de Salud y de la industria comenzó a abordar las primeras normas que formarían parte de la segunda sección de la ley, que aún no había sido sancionada: es decir, las referidas a la fiscalización de fuentes contaminantes como vehículos, hornos, etc. La presencia de la Asociación Brasileña de Combustión también era considerada fundamental para los encaminamientos. Si bien no culminaron en una acción política, las dificultades para imputar responsabilidades o identificar la causa de

ciertas enfermedades exclusivamente a la inhalación de contaminación atmosférica fueron enfrentadas por la orientación del Congreso Mundial de Contaminación Atmosférica, realizado en Buenos Aires en el año 1965.

Por él se formó, en 1966, la Asociación Brasileña de Prevención de la Contaminación del Aire (ABPPOLAR): siguiendo el modelo de asociaciones de ese tipo creadas en Alemania, Inglaterra, Japón y Argentina, la ABPPOLAR estaba constituida por empresarios y autoridades vinculadas a cuestiones de la contaminación del aire, asumiendo que:

...la elevada densidad demográfica de las poblaciones, aliada al desarrollo industrial y al crecimiento vertiginoso del número de vehículos motorizados en circulación, trae como consecuencia problemas de contaminación del aire: con efectos sobre la salud de la colectividad, en los animales, en los vegetales y con perjuicios económicos.
(*O Estado de S. Paulo*, 26 mayo 1966)

En ese mismo año de 1966, entre los días 5 y 10 de diciembre, se organizó el Seminario sobre la Contaminación del Aire, promovido por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Higiene de la USP: el profesor Walter Engracia de Oliveira fue el coordinador general (Objetivos..., 1966, p. 1). Debido al hecho de que la contaminación no tiene límites municipales para expandirse, como ocurre en el caso particular de la Gran São Paulo, se formaron en ese período la Comisión Intermunicipal de Control de la Contaminación de las Aguas y del Aire (CICPAA) y el Grupo de Estudios de la Gran São Paulo (Gegram), órganos que pasaron a prestar atención a las cuestiones relativas a la contaminación del aire, principalmente en ese momento, cuando se identificaron índices de contaminación superiores al 90%, en comparación con las ciudades de Londres y Los Ángeles¹¹.

Accidentes y urgencias: ¿a quién recurrir?

Entre 1940 y 1970, la atención hospitalaria en la ciudad de São Paulo muestra el hiato entre la complejidad de la asistencia demandada y el servicio ofrecido: incluso para las enfermedades consideradas “apadrinadas” por políticos, la situación no sería diferente. Según indicó Bertolli Filho en el caso de la

¹¹ Se puede ampliar el desarrollo del tema en Gouveia (2009).

tuberculosis en los años 1930 y 1940, si el prestigio de Adhemar de Barros y de su esposa, Leonor Mendes de Barros, en propagandas garantizaba apoyo popular y político en las elecciones, la tendencia de crecimiento de la enfermedad ponía tales propagandas en *tela de juízo*:

...el desajuste entre el número de tuberculosos y las oportunidades de internación multiplicaba las escenas impactantes que herían la vida cotidiana de la ciudad de São Paulo. En los prontuarios médicos, es relativamente común el registro de casos como el protagonizado por el carretero Henrique Barreiros (P.1875), que, proveniente de Iguape, esperó una vacante hospitalaria durante varios meses, y en ese período permaneció hospedado en el Albergue Nocturno del municipio. La fecha de internación parecía algo incierto y lejano hasta que, el primer día de diciembre de 1943, el enfermo sufrió una fuerte hemoptisis cuando caminaba por las proximidades de la Plaza da Sé, momento en que fue socorrido por una ambulancia de la Asistencia Pública. En estado preagónico, el tuberculoso finalmente obtuvo una cama en el pabellón reservado a los indigentes en el Sanatorio de Jaçanã. Pero poco pudo aprovechar el tratamiento especializado, ya que, una semana después de ser recibido en el hospital, Henrique Barreiros falleció, extenuado por la continuidad de vómitos de sangre. (Bertolli Filho, 2001, p. 136)

Sin embargo, cuando la demanda se dirigía a los casos de urgencia, se profundizaba el nivel de dramatismo. Las denuncias sobre lo que ocurría en ese servicio, como en el de la Santa Casa, eran frecuentes, muchos de ellos narrados, incluso de forma espectacularizada, por los diarios locales:

El reportaje del Diário da Noite tuvo la oportunidad de registrar una de esas tragedias que se repiten casi todos los días, sin público ni lágrimas en la vibración indiferente de la ciudad. Un niño de ocho meses muere en los brazos afligidos de una mujer humilde, después de haber sido rechazado en la Santa Casa de Misericordia. El hecho fue relatado por la madre de la siguiente manera. Edith Abel, de 30 años, casada, residente en esta capital, en la calle 23, Vila Formosa, sin número, vio que su hijito, de 8 meses, presentaba síntomas de una enfermedad grave. Aconsejada por los vecinos, Edith se dirigió a la Santa Casa, donde, después de mucho esfuerzo, logró ser atendida por un clínico del establecimiento. Realizado el examen, se verificó que el menor estaba afectado por “meningitis”. La enfermedad,

por su gravedad, requería una pronta intervención médica y un tratamiento riguroso. Era de suponerse que el niño fuera internado inmediatamente. Era solo suponer, porque en realidad no fue así. Salieron ambos, madre e hijo, ella con un frasco en el bolsillo del abrigo y él con los piecitos fríos y la cabeza ardiendo, ambos se dirigieron hacia Alameda Barón de Limeira. Más o menos a la altura de la Avenida Duque de Caxias, una transeúnte, impresionada por el aspecto del niño, se acercó a Edith llamando la atención por la palidez del rostro del niño. Fue entonces cuando la madre se dio cuenta de que estaba muerto. Muerto por falta de asistencia y por falta de misericordia. Edith Abel lloró desesperadamente, llamando la atención de gran número de curiosos y de algunos guardias civiles. Se sentó en la acera con el cadáver en brazos y allí permaneció, por mucho, mucho tiempo. (*Diário da Noite*, 14 ene. 1941, p. 4)



Figura 3. Edith Abel con el cadáver de su hijo en brazos.

Fuente: *Diário da Noite* (14 ene. 1941).

Para comprender este servicio, corresponde aquí presentar una breve historia del pronto socorro de São Paulo, pues, a diferencia de los servicios creados en Río de Janeiro (1893) y en Porto Alegre (1898), que se realizaban inicialmente en instituciones privadas de salud y, en 1922, pasaron a ser responsabilidad del Hospital del Pronto Socorro del Departamento Nacional de Salud Pública, en São Paulo, de manera inédita, el servicio quedó bajo la responsabilidad de la Policía Civil del Estado:

...en 1893, a la Segunda Sección de la Repartición Central de Policía estaban subordinados los médicos del servicio legal, mientras la Tercera Sección controlaba el movimiento de individuos remitidos al hospicio, asilo y a la Santa Casa de Misericordia. En el mismo año, el Decreto 395, de 7 de octubre, otorgó mayor atribución a la Sección Médica, que pasó a contar con cuatro facultativos, correspondiendo a cada uno la responsabilidad de la cárcel de la Capital. (Sposati, 1985, p. 130)

Así, la Asistencia Pública se dividía entre auxilios médicos y aquellos relacionados con asuntos de policía, convergiendo en una compleja red asistencial, que abarcaba desde atropellos hasta envenenamientos, desde picaduras de animales hasta heridas por arma de fuego. Sin duda, sumado al crecimiento exponencial de la ciudad, tales casos exigían una coordinación imposible en la búsqueda de auxilio hospitalario. Ejemplarmente, según un relevamiento de la Asistencia Pública de la Capital entre los años 1943 y 1944 (de enero a noviembre), se atendieron 51.659 auxilios (Boletim..., 1944, p. 137), no necesariamente con la respuesta adecuada al problema presentado. La saturación de la Santa Casa de Misericordia representaba la mayor expresión de estas limitaciones, ya que casi todos los casos acudían allí. Fue en este contexto que se pensó en el hospital que se construía desde 1938, el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP (FMUSP), como un nuevo centro de atención inmediata.

El Hospital de Clínicas fue inaugurado el 19 de abril de 1944, fecha elegida por coincidir también con el aniversario del presidente Getúlio Vargas, dos hechos considerados importantes y destacados por la *Revista Médico-Social*. Entre los presentes estaban Ademar de Barros, interventor que colocó la piedra fundamental de la construcción del hospital en 1938, y Fernando Costa, el interventor en el momento de la inauguración. El discurso del director de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y profesor vinculado al proyecto del hospital, Benedito Montenegro, fue debidamente publicado.

Entre los temas tratados, destacaba la organización del Pronto Socorro, inaugurado en la misma ocasión.

Aunque no se consideraba una situación definitiva, el Prof. Montenegro afirmaba que quizá era la única aceptable, frente a la “grave carencia existente en los servicios de asistencia de la capital paulista. Esta sección del hospital cuenta con 126 camas destinadas a los servicios de pronto socorro, apoyados de inmediato por los clínicos especializados del Hospital” (Montenegro, 1944, p. 33). Añadió que dicho servicio colaboraría principalmente con la Santa Casa de Misericordia, que veía sus actividades en este servicio siempre improvisadas debido a la saturación: “basta destacar el número oficial de 7.018 pacientes enfermos cuyo tratamiento se brindó allí, a solicitud de la Policía y de la Asistencia Pública, durante el año pasado” (Montenegro, 1944, p. 33).

Además de contribuir a la división de la atención a los pacientes, las ventajas aportadas por el Hospital de Clínicas serían de diversos órdenes:

...en primer lugar, el Hospital de Clínicas atenderá, en sección propia, a los accidentados de la ciudad, suministrándoles tratamiento rápido y adecuado, por un cuerpo de médicos especializados que harán guardia en las respectivas especialidades, quedando cada una a cargo del respectivo catedrático; 2) Se evitará el largo traslado, al no trasladar heridos por secciones médicas antes de llegar al hospital; este era uno de los graves inconvenientes, señalado con frecuencia por quienes discutieron el problema en los medios de prensa; 3) Los enfermos serán entregados a un puesto especializado, que funcionará regularmente, día y noche, con la única función de atender a los accidentados, servicio que hasta entonces la ciudad no disponía; 4) Las autoridades policiales contarán con un puesto de guardia en el Hospital de Clínicas, de modo que se facilite la acción de la policía sin retrasar el auxilio médico urgente. Esta es una de las características que la nueva fase del auxilio urgente de la ciudad representa, sin duda beneficios incalculables; 5) Nuestros estudiantes de medicina, que hasta entonces no tenían oportunidad de ver casos de urgencia y que en la práctica profesional serán llamados a resolver con frecuencia, completarán ahora su aprendizaje con este importante sector de la vida profesional. (Montenegro, 1944, p. 33)

El plan era ambicioso. Por eso, durante la ceremonia de inauguración del hospital, se presentó el proyecto del Servicio de Pronto Socorro para ser sometido a la aprobación del gobierno del estado. Con tal propósito, el Prof. Godói Moreira, catedrático de Ortopedia y uno de los ideólogos del servicio,

abordó algunos temas considerados fundamentales para el buen funcionamiento del Pronto Socorro, a partir de la organización de una clínica especializada que disponía de:

...servicios de transfusión de sangre, banco de plasma, servicios de rayos X, servicio de clínica médica y cirugía, servicio de especialidades quirúrgicas, como obstetricia, oftalmología y otras, así como instalaciones adecuadas para el tratamiento de fracturas, y todo esto funcionando de forma permanente. (Montenegro, 1944, p. 37)

Idealizado en todos los pormenores, el Hospital sería el centro de las actividades, donde estarían presentes el servicio hospitalario, el servicio policial y el servicio de registro civil. Ambulancias equipadas y de guardia responderían a los llamados a través de un número de teléfono especial:

...la ciudad será dividida en grandes sectores, cada uno con su puesto médico y ambulancias propias ubicadas en puntos estratégicos. Recibido el pedido de auxilio en el Hospital das Clínicas, se presentan dos eventualidades: en la primera, el accidente ocurrió en el sector o en las proximidades del Hospital y, en ese caso, desde allí mismo partirá la ambulancia con el médico de la asistencia de guardia que recogerá al paciente. En la segunda eventualidad, el llamado proviene de un barrio distante, el Braz, por ejemplo. Desde el Hospital das Clínicas, el llamado es retransmitido por líneas especiales, reservadas para ese servicio, al puesto más próximo del lugar donde se encuentra el enfermo. Desde ese puesto, parte la ambulancia con el médico de la Asistencia, que hace lo más necesario en el momento y transporta y confía el caso al Hospital das Clínicas. (Montenegro, 1944, p. 38)

Pronto se percibe cuán inconcluso fue el proyecto, desembocando en los más diversos problemas. El primero de ellos era el plan de establecer un puesto policial en áreas determinadas para que el auxilio pudiera realizarse conforme a la organización esperada. Como publicó el diario *A noite*:

No hace mucho tiempo, *A noite* abordó en un amplio reportaje el problema de la asistencia policial en los barrios más allá de la línea de la São Paulo Railway, es decir, Belém, Penha, Braz, Casa Verde y otras grandes concentraciones humanas, que representan una parte considerable de la población de la capital. Ese problema, que

desde hace tiempo podría haberse resuelto con el funcionamiento del Pronto-Socorro del Braz, en la calle do Hipódromo, en edificio propio y debidamente equipado, sigue en la dolorosa categoría de los problemas insolubles, pues hasta ahora no atiende al público, albergándose en la sede de ese puesto de asistencia, de forma inexplicable, una división de la Guardia Civil. (*A noite*, 29 ago. 1945, p. 1)

Sin embargo, parece que uno de los motivos de tal ineficiencia es la oposición que se consolidó al retirarse del puesto policial el servicio de pronto socorro, lo que negaba los planes propuestos por el Hospital das Clínicas:

Uno de los sectores más eficientes de la gran maquinaria hospitalaria y que viene prestando relevantes servicios a la colectividad es sin duda el Pronto-Socorro del Hospital das Clínicas, que dispone de los elementos más eficientes para cumplir su finalidad, que es prestar asistencia lo más variada posible a los casos de urgencia, en especial a los accidentados. Esa organización modelo, sin embargo, está siendo víctima de una negligencia sobre la cual llamamos la atención del señor secretario de Educación. Las personas que necesitan auxilio urgente hasta ahora, de forma inexplicable, son trasladadas a la Asistencia Policial que, como es sabido, no dispone de los recursos exigidos por una asistencia adecuada. Y en casos raros se comete una grave irregularidad: por consejo de los funcionarios, se lleva al enfermo a un consultorio u hospital particular, cuando lo lógico sería trasladarlo de inmediato al Hospital das Clínicas, donde sería atendido u operado sin demora. (*A noite*, 12 jul. 1945, p. 3)

Según el contrato firmado, la alcaldía aportaría la suma de veinte millones de cruzeiros para costear los servicios prestados, que comprendían servicios ambulatorios, quirúrgicos, víctimas de accidentes y crímenes; sin embargo, la no transferencia del dinero resultó en la falta de camas para el 70% de los enfermos en 1951. En un reportaje del diario *O esporte*, ese fue el argumento seguido de la siguiente nota:

...el Hospital das Clínicas fue creado para servir como escuela médica para los estudiantes de la Facultad de Medicina. Hoy, ante la falta de hospitales, excede los límites de su finalidad y su capacidad, sirviendo como establecimiento de asistencia médico-hospitalaria: dispone de 1.100 camas, cuando ya necesita por lo menos 3.000. Más de 500 enfermos que lo buscan todos los días, provenientes de la

capital y del interior, dejan de ser internados por falta de camas... ¡no hay lugar para ellos! ¿Cuál es la causa? La respuesta es inmediata: falta de presupuesto. Y el presupuesto no llega porque cerca de 2 MIL MILLONES DE CRUZEIROS se desvían cada año de las arcas públicas por evasión de impuestos. De ese total, casi 250 millones serían destinados a los servicios de asistencia médico-odontológica y hospitalaria. De ahí el déficit de 300 hospitales, 1.200 maternidades, cientos de guarderías y ambulatorios en todo el Estado. (*O esporte*, 27 nov. 1951, p. 4)

Las consecuencias de ese proceso pueden observarse en la documentación emitida por la Superintendencia del Hospital das Clínicas: el problema crecía día a día, exigiendo que el hospital, por medio del superintendente, produjera cada día decenas de remisiones para dar seguimiento a la entrada y salida de los pacientes. Veamos algunos de esos documentos:

Excelentísimo Juez:

Le envío a usted al menor “desconocido”, de sexo masculino, blanco. Fue encontrado por la ambulancia central de policía en la calle da Consolação, y fue traído al servicio de urgencias de este hospital por tratarse de un recién nacido prematuro. Solicito a usted las medidas que el caso requiere, ya que el paciente se encuentra de alta hospitalaria desde hace varios días y no puede permanecer en este hospital. (Aguiar, 6 jun. 1950, p. 543)

Excelentísimo Juez:

En respuesta al oficio N° 961, del 30/06/1950, transcribo a continuación la información proporcionada al mismo Servicio de Archivo Médico y Estadística de este hospital: el señor Manoel da Silva Andrade, registro 187857, ingresó en el servicio de urgencias de este hospital el 02/06/1950, debido a una agresión con arma de fuego, donde se constató: herida penetrante en el tórax. Herida lacerante en la región lateral del cuello. Herida lacerante en la región mentoniana. Fue dado de alta, curado, el 05/06/1950. (Aguiar, 7 jul. 1950, p. 551)

Excelentísimo Juez de Menores:

Le envío a usted a la menor Maria de Souza, de 17 años de edad, de piel negra, brasileña, hija de Hipólito José de Souza y Maria do Espírito Santo, residente en Xiririca, estado de São Paulo, y ya derivada a ese Juzgado, donde su número de proceso es 1.988. Dado que dicha

menor se encuentra de alta hospitalaria desde hace varios días y se informa que está sola en esta capital, sin residencia fija, solicito a usted las medidas para que sea entregada a la Sección de Vigilancia y Capturas del Departamento de Investigaciones, que se encargará de trasladarla a la ciudad donde residen sus padres. (Aguar, 18 jul. 1950, p. 565)

La crisis que vivió el servicio de urgencias fue pronto narrada con indignación por Enéas Aguiar, el superintendente, en una carta dirigida al presidente del Consejo de Administración del HC. Sin ahorrarse palabras ni ocultar la situación, escribió, en forma de desahogo, la interpretación que tenía sobre todo el proceso, sus causas y consecuencias:

Como en este momento se busca resolver el grave problema del servicio de urgencias en esta capital, con la debida autorización, exponemos nuestro punto de vista sobre el asunto, con el objetivo de contribuir a su solución. Según el Decreto N° 13.899, del 17 de marzo de 1944, el Hospital das Clínicas de la Universidad de São Paulo tiene como finalidad, como hospital de urgencias, prestar asistencia médica a las personas afectadas por males súbitos y a las accidentadas que requieren tratamiento urgente. Este decreto se cumplió solo en la parte que se refiere al tratamiento de los pacientes que necesitan atención urgente. Nunca se logró que se cumplieran otros dispositivos de ese decreto: creación del Consejo de Asistencia Pública, turnos de los médicos de la Asistencia Policial, presencia de autoridad policial en el Hospital, creación de registro, etc. La asistencia a los pacientes también siempre deja que desear, a pesar de la competencia de los médicos que trabajan en ese servicio y de la dedicación del personal del nosocomio. ¿Cuál es la razón por la que no se logró que se cumplieran todos los puntos del decreto 13.899? La razón es simple: mala voluntad de los funcionarios de la Secretaría de Seguridad Pública, que se sintieron injustificadamente menospreciados por el decreto. ¿Cuál es la razón de la falta de asistencia eficiente a los pacientes derivados al servicio de urgencias del Hospital? La razón principal es la falta de un médico jefe responsable del funcionamiento de todas las secciones del servicio de urgencias. [...] Salvo mejor opinión, podemos afirmar que, sin las medidas que proponemos, el servicio de urgencias será siempre un servicio donde reinen la anarquía y la poca eficiencia. ¿Cómo podrá el HC reclamar la dirección del servicio de urgencias de toda la capital si hasta ahora no

logró hacer eficiente el servicio que funciona desde hace seis años en su edificio principal? (Aguar, 20 nov. 1950, p. 943)

Los problemas se acumulaban en varios frentes: el desmantelamiento de la estructura administrativa de salud del municipio, el incumplimiento de acuerdos sobre la asistencia médica y el crecimiento vertiginoso del número de pacientes con diversos grados de complejidad. También cabe recordar que el incumplimiento de acuerdos al no crear un servicio de urgencias municipal, asunto que no lograba aprobarse en la Cámara, desembocó en una situación particular: las personas que antes llamaban a los médicos en caso de enfermedad comenzaron a acudir al servicio de urgencias, canalizando miles de enfermos y accidentados hacia el HC. Como el proyecto original del hospital no contemplaba ese tipo de servicio, se empezó a usar las salas de especialidades, excediendo su capacidad para atender a todos los que buscaban el servicio, como fue el caso de Neurología, que atendía al mismo tiempo 39 casos en octubre de 1951, con pacientes internados con niveles de gravedad que iban desde fractura de cráneo hasta derrame cerebral (*O tempo*, 19 oct. 1951, p. 2).

La urgencia de este nuevo servicio de urgencias fue ampliamente tratada por la prensa, según el siguiente reportaje:

...ya hemos escrito mucho en esta sección sobre los problemas de los servicios de urgencias en esta capital; al principio, debido a la extraordinaria falta de recursos; luego, abordando aspectos del plan para la creación de puestos de emergencia, la descentralización de la atención primaria y la concentración de servicios hospitalarios en el Hospital das Clínicas; ahora, buscamos llamar la atención sobre la necesidad de la rápida aprobación de la ley municipal que crea el Servicio Municipal de Urgencias. Es conocido por todos la situación antigua, con un único puesto de emergencia ubicado en el Pátio do Colégio, que ya no se correspondía con el crecimiento y la extensión de la ciudad de São Paulo. Una llamada en Osasco debía ser atendida por una ambulancia que saliera del centro de la ciudad; lo mismo ocurría si la llamada venía de la Penha. Gracias a los esfuerzos de la Secretaria de Higiene Municipal, se crearon tres puestos de emergencia, con médicos que trabajaban sin cobrar en dos de ellos, y en el otro realizando servicios extras, con el fin de aliviar la situación angustiante existente. Sin embargo, no será posible mantener por mucho tiempo esta situación anómala; los médicos que, mostrando un raro espíritu de cooperación, trabajan sin remuneración, no

podrán continuar así por mucho tiempo. Por otro lado, pronto expirará el plazo de 90 días fijado por el ejecutivo estatal para la transferencia de los servicios médicos de urgencia a la Municipalidad. El anteproyecto de ley que está en la Cámara de Concejales refleja la opinión promedio de las principales instituciones médicas de São Paulo. Es necesario que se apruebe dentro del plazo establecido, para que esta ciudad no vuelva a la situación antigua de un único puesto central de emergencia en el Pátio do Colégio. (*Diário da Noite*, 10 jun. 1951, p. 6)

Si tal situación creó un estado de caos en el hospital, la población fue la que más sufrió sus consecuencias. Cabe destacar uno de los hechos ocurridos: el abandono de pacientes por parte de ambulancias del Hospital das Clínicas, narrado en el reportaje “Morir en la calle”:

...el Hospital das Clínicas ha enviado constantemente a sus pacientes a la Central de Policía. Cuando esto sucede, los desafortunados se arrastran por los pasillos del viejo edificio sin ningún tipo de atención médica, ya que el Puesto de Asistencia Pública está desorganizado. Allí hay escasez de medicamentos y de equipos adecuados para la atención de los enfermos. Así desprotegidos, no solo empeoran sus males, sino que también mueren lentamente, como ha ocurrido en algunas ocasiones. Ayer por la tarde, llegó a la Central la ambulancia con chapa 9-80-97, del Hospital das Clínicas, de la cual bajó el enfermero Rivas Estevan. En el momento en que hacía descender del vehículo a dos enfermas provenientes de esa casa hospitalaria, para dejarlas en la dependencia, los médicos Armando Marcondes Machado y Antonio Lanaro, pertenecientes al Abrigo de la Central, informaron el caso al señor João Cataldi Junior, primer delegado auxiliar. El señor João Cataldi Junior ordenó que se tomaran por escrito las declaraciones del enfermero Rivas Estevan y que no se recibieran a las dos mujeres enfermas, que son Benedita Teixeira Leite, 23 años, casada y residente en Ubatuba, y Francisca de Jesus, 25 años, soltera, con domicilio desconocido. La primera afectada por cáncer en uno de los senos y la otra que sufrió recientemente graves heridas en un accidente automovilístico. Estas dos mujeres pasaron hace poco por el puesto médico de Asistencia, desde donde fueron enviadas al Hospital das Clínicas, que empezó a cuidarlas. Por motivos desconocidos, la dirección del Hospital les dio el alta, ordenando que fueran llevadas a la Central de Policía, que no pudo recibirlas por falta de

materiales adecuados para el tratamiento de las pacientes. El enfermero declaró que, si no pudiera cumplir las órdenes emanadas de la casa hospitalaria, abandonaría a las enfermas en cualquier punto de la ciudad. (*Diário da Noite*, 7 mar. 1951, p. 2)

Otros casos de esa misma naturaleza y respondidos del mismo modo revelaban el drama de la población más vulnerable, filtrándose en la prensa local otro asunto: el abandono de pacientes por parte del Servicio en el espacio público. Eran pacientes que, por diversos motivos, eran dejados en las calles y terrenos de la ciudad:

No fue atendido en el Hospital das Clínicas. El sábado pasado, a las 21 horas, en la calle Silva Bueno, en Sacomã, fue atropellado por un *jeep* el señor Irineu Nascimento. Trasladada a la Asistencia, la víctima fue medicada y enviada a su casa, con la recomendación de que, si empeoraba, regresara a la Asistencia para ser derivada al Hospital das Clínicas. Hoy, lunes, el obrero se presentó nuevamente en la Asistencia, que lo envió al Hospital das Clínicas. En el gran hospital, sin embargo, la víctima no fue atendida, con el argumento de que el accidente había ocurrido hacía más de 24 horas. Sin recursos para costear un tratamiento, necesita la asistencia mantenida por el Estado, y no se justifica el verdadero juego de soslayar la responsabilidad que se ha establecido entre la guardia, la Asistencia y el Hospital das Clínicas. (*Folha da Noite*, 11 set. 1947, p. 7)

Agrava este proceso la falta de asistencia social, que también dio lugar a relatos sobre las necesidades de quienes buscan el hospital y las consecuencias de esas necesidades. Uno de esos casos fue publicado bajo el título de “Monstruosidad”:

...un caso doloroso fue comunicado a la redacción de A Noite, que de inmediato se dirigió al lugar indicado para verificar su procedencia. En la calle Conselheiro Nébias, esquina con la calle Helvétia, un joven con la pierna rota había sido abandonado por una ambulancia. Contó que una pierna le fue aplastada por un tranvía y, auxiliado por una ambulancia de la Asistencia Policial, fue llevado al Hospital das Clínicas, donde quedó internado y recibió tratamiento adecuado. Ocho días después, sin embargo, le dijeron que recibiría el alta y lo llevarían a su casa. Hermínio respondió que no podía ir a su casa por el simple hecho de no tener residencia ni familia en São Paulo. Y

anteayer, cuando menos lo esperaba, fue colocado en una ambulancia y llevado hasta la calle Conselheiro Nébias, esquina con Helvétia. Allí, la ambulancia se detuvo y abandonó al pobre joven junto a los cercos de una obra. Allí está, sin tener a dónde ir y sin poder caminar. (*A Noite*, 15 ago. 1947, p. 2)

Otro caso de abandono de paciente que recibió la atención de la prensa señalaba numerosos problemas que afectaban a parte de la población, y la falta de vivienda dificultaba aun más la solución de casos de enfermedad grave y urgente:

Falta de humanidad. Maria Barbosa da Silva tiene ahora 61 años. Vive en un barracón en las cercanías de Jaçanã. En dos ocasiones estuvo internada en el Hospital de Clínicas, la última en 1945. Sufre de trastornos gastrointestinales y de las facultades mentales. Ahora se encontraba mal otra vez. Waldomiro Atamanzuk, el día 22 pasado, logró que ella fuera internada en el Hospital de Clínicas. Más tarde, llamó por teléfono al hospital para saber el estado de Maria Barbosa, enterándose entonces de que había recibido el alta. Como consideró eso imposible, comenzó a buscarla por los alrededores del barracón, hasta encontrarla abandonada en medio del monte, teniendo como única compañía a su perrito Gibi. Waldomiro volvió al Hospital de Clínicas para saber quién había sido el responsable de semejante deshumanización. Casi se burlaron de su gesto. Indignado, se dirigió a nuestra Redacción y nos llevó hasta el lugar donde, protegida de los rayos ardientes del sol por hojas de diario y vegetales, yacía la infeliz, cuya enfermedad la consume poco a poco. La enferma, con la ayuda del equipo de prensa, fue internada en el Hospital de la Santa Casa de Misericordia... (*A Hora*, 31 dic. 1951, p. 5)

En esa misma dirección, documentos de esta naturaleza van adquiriendo sentido histórico, y un acercamiento cada vez mayor puede reflejar la vida institucional y sus efectos en diferentes grupos, como el de los pacientes, por ejemplo. En este estudio sobre el Pronto Socorro construido dentro del Hospital de Clínicas, si por un lado la documentación presentada ya mostraba los límites de un proyecto casi fracasado frente a su propuesta original, por otro lado, adquiriría un nuevo relieve cuando, de hecho, los pacientes comenzaron a registrar el día a día institucional.

Fue así como, en 1956, se abrió un libro de quejas llamado *Servicio de Recepción de Quejas y Sugerencias del Hospital de Clínicas (1956-1982)*, donde los

pacientes que sabían escribir podían registrar su experiencia. El objetivo de la institución era captar en el extremo del sistema cuestiones que pudieran ser de algún modo abordadas, muchas veces dejando constancia también de la respuesta del Hospital. Esto es, por ejemplo, lo que dice Geraldo Idalino Moreira, vecino de Chácara Glete:

Traje a mi hija Alaide Gomes Moreira, que pasó toda la noche con fiebre. Llegué al Servicio de Urgencias a las 5:50 de la mañana, siendo atendido por el Registrador, quien hizo la ficha de mi hija de inmediato, diciéndome, después de completar la ficha, que debía esperar hasta las 7:00, porque los médicos estaban durmiendo y solo atendían casos muy graves. Declaré que el caso de mi hija era grave. Esperé hasta las 7:00 como indicó el empleado y, como a esa hora mi hija no fue atendida, hablé con el empleado que estaba en el vestíbulo (alrededor de las 7:30). El señor me respondió: “– ¿Tiene prisa? Es mejor ir a la Santa Casa, porque allí también hay Servicio de Urgencias”. También me informaron empleados de guardia en el Registro que tendría que esperar hasta las 8:00, cuando entraran los otros médicos de guardia. Entonces vine a presentar esta queja porque no considero justo lo que hicieron con mi hija. Geraldo Idalino Moreira. Respuesta del Hospital: Inmediatamente después de conocer la queja, la comuniqué al señor Superintendente, quien me envió al Servicio de Urgencias para tomar las medidas correspondientes. En el Servicio de Urgencias, constaté que Alaide estaba siendo atendida en ese momento (8:00) por el Sr. Dr. Paulo Eiró, médico pediatra. Recabé información con empleados del Registro del Servicio de Urgencias, quienes informaron que había cierta dificultad en ese período de la mañana (5:30-8:00) debido al cambio de turno de los médicos. Por orden del señor Superintendente, convoqué al señor Laurici Melotti, empleado del Registro del Servicio de Urgencias, para que prestara información. (Moreira, 9 mar. 1956, p. 2)

Sin embargo, la mayoría de los casos no recibió ninguna observación del Hospital en el Libro de Registros. Lo que se encontró en la documentación fue una serie de casos que reflejaban las diversas penurias vividas: acoso, violencia física, descontrol de la estructura burocrática interna del servicio, etc. Nada diferente de las quejas de la propia Superintendencia o de lo que divulgaba la prensa. Veamos algunos de ellos:

Al presentarme el día 13-04-1956 en el ambulatorio, fui remitida al médico mencionado (Dr. Castiglioni). Al entrar en la sala, el médico hizo propuestas ilícitas, exigiendo que me quitara toda la ropa, elogiando mis formas físicas. Al decirle, indignada, que gritaría y llamaría a mi madre que estaba afuera, él abrió inmediatamente la puerta y me dispensó. Renuncié al tratamiento en el hospital, pero mi madre hizo que volviera y llevara el caso al conocimiento de la dirección del Hospital, para que se tomaran las medidas contra personas sin moral y que no saben respetar a las personas enfermas. A su tiempo. El Dr. Castiglioni no permitió que mi madre me acompañara en la sala de consulta, diciéndole que permaneciera fuera de la sala. (Pessoni, 9 mayo 1956, p. 8)

Quedé decepcionada con el médico que me atendió. Fui a consultar al médico y él faltó al respeto. Cuando me examinó, empecé a notar que la manera en que tomaba mi mano no era sincera. Entonces tomó mi mano y la pasó por la parte genital de él. Esto ocurrió en el Servicio de Dermatología. (Barbosa, 3 dic. 1963, p. 81)

Yo, Nair Legutke Branco, tengo una hija, Vera Lucia, en tratamiento en este Hospital en la Clínica de Quemados, 10° Piso. Hoy, día 17-07-1958, traje a mi hija para hacerle un curativo. El enfermero llegó para preparar a mi hija para que el médico hiciera el curativo. Como todo niño, mi hija empezó a llorar, naturalmente por miedo. Traté de calmarla sin lograr nada. En ese momento, entró el médico en la Sala de Curativos, y mi hija lloró aun más. El médico perdió el control y le dio una bofetada en la boca a mi hija. No me desesperé, pero me controlé y no dije nada por miedo a que el médico lastimara a mi hija. Terminado el curativo, el médico salió de la sala mientras yo vestía a la niña. El médico volvió a la sala, acompañado del enfermero; la niña seguía llorando y el enfermero me insultó diciendo que no sabía educar a mi hija. Empecé a hablar con el enfermero sobre eso, cuando el médico me tomó del brazo y me sacó de la sala diciéndome: “fuera”. O mejor, gritó: “fuera”. Sabiendo que existía un Servicio donde se hacen reclamaciones, lo busqué. Pienso que traje a mi hija aquí para que la trataran, y no para que la golpearan. (Branco, 17 jul. 1958, p. 39)

El día 7 de agosto, me informaron que había fallecido en el Servicio de Urgencias de este Hospital la niña Devani Antunes Custódio. Me dirigí inmediatamente al Hospital, donde una joven gordita, de cabello rojo, me informó que la niña estaba en la morgue. Cuando

llegué, no encontré a ninguna niña con ese nombre, sino a una joven de 28 años con ese mismo nombre. Volví al Hospital, donde confirmaron efectivamente el fallecimiento de la niña. Así, estuve yendo de un lado a otro sin encontrar una solución, o mejor dicho, sin encontrar el cuerpo de la niña, cuando en la Facultad me informaron que hubo un error en el nombre, que la joven registrada como Devani fue un caso de suicidio, pero que el nombre no era ese, Devani. Volví al Hospital, donde una joven morena y delgada no quiso atenderme, diciendo que el cuerpo ya estaba en la morgue. Pedí ayuda al joven de la Facultad. Él fue al Hospital y habló con la joven. Ella buscó los documentos y verificó el error. En ese momento, llegó otro joven con los papeles de alta de la niña Devani Antunes Custódio, que iba a enviar un telegrama a los padres para avisarles que la niña había recibido el alta. Fue entonces, al escuchar la conversación, cuando el joven dijo: “No, la niña no falleció y ya recibió el alta”. Señor Superintendente, no puedo comprender cómo puede suceder esto, le pido que tome medidas enérgicas para este caso tan grave. (Souza, 7 ago. 1956, p. 18)

Aunque el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas había ganado centralidad en la búsqueda de este tipo de atención, la década de 1950 exigió que las autoridades municipales crearan otros puestos de atención, como el Servicio de Urgencias Municipal en 1955, y tres nuevos puestos en Osasco, São Miguel y Saúde, en 1957: “se completa la relación de diez con los puestos de Pátio do Colégio, Hospital de Clínicas, Maternidad de Lapa, Barra Funda, Ipiranga, Santana, Tatuapé, Santo Amaro, Vila Diva y Guaianases” (Sposati, 1985, p. 136).

En 1961, mientras la Secretaría Municipal decía haber atendido en la ciudad cerca de 300 mil personas, los convenios con hospitales privados crearon una nueva situación: muchos de los puestos creados desaparecieron por falta de respaldo hospitalario. El Hospital de Clínicas volvió a ser el epicentro de la discusión, pues solo en 1969 habría atendido más casos que todos los servicios municipales juntos, mostrando que, si dejó de existir en la teoría (Sposati, 1985, p. 139), el caos persistiría en la práctica del hospital en los años siguientes.

Cabe también recordar que esa situación permitió que se configuraran ciertas estrategias del régimen militar, aun en un contexto mixto que involucraba a los servicios de policía y de urgencias: por ejemplo, el uso de dependencias de hospitales públicos de diversas formas. La primera de ellas consistía en comprometer el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas

abandonando cadáveres en sus dependencias y obligando a su cuerpo clínico a intentar responder a sucesos de esa naturaleza. A este respecto, en 1972, el Superintendente del Hospital envió la siguiente carta al delegado del 23° Distrito Policial de la Capital:

Señor Delegado,

Reiterando nuestro oficio 65/As.2, del 21 de febrero del presente año, solicitamos a Usted información sobre el hecho que se expone a continuación. Recibimos de la Subdivisión de Enfermería el comunicado de que, el día 31 de enero de 1972, a las 23:30, se dejó un cadáver en el patio del Servicio de Urgencias de este hospital. Al ser notificada del caso, la enfermera jefe del servicio en esa ocasión buscó al investigador de guardia, quien le informó lo siguiente: 1) que fue el mismo traído por una autoridad de esta delegación que, acompañada por algunos policías, lo había transportado en un Chevrolet Opala cuya patente no fue identificada; 2) esperaron en el patio del Servicio de Urgencias a la Policía Técnica y, cuando esta llegó, colocaron el cuerpo en el suelo para ser fotografiado; 3) luego le preguntaron si existía la posibilidad de dejarlo en el Servicio de Urgencias hasta que la unidad del Instituto Médico Legal viniera a transportarlo y, ante su negativa, se retiraron, abandonándolo en dicho lugar. (Leite, 1972, p. 1624/A.2)

El delegado de policía respondió al Hospital que no conocía a los individuos involucrados en el hecho. Ante esto, se envió una carta al secretario de Seguridad del Estado con el mismo contenido que la enviada a la delegación y un añadido:

...a través de nuestros oficios 65/AS.2, de 21/02/72, y 392/AS.2, de 18/09/72, solicitamos al 23° Distrito Policial aclaraciones sobre el hecho relatado arriba y recibimos de este el oficio 1.449/72, de 20 de septiembre pasado, informándonos que desconocen el suceso y que no existe ninguna autoridad o empleado propietario del vehículo Chevrolet Opala. (Leite, 1972, p.1693/A.2)

Aunque parece haber existido un extrañamiento institucional por lo ocurrido, la falta de una respuesta definitiva al caso también nos deja sin noticia oficial al respecto. Por otro lado, es cierto que algunos funcionarios del propio Pronto Socorro dieron apoyo al régimen y a sus estrategias de tortura. Hay información de que el Pronto Socorro del Hospital das Clínicas fue utilizado

para ese fin, con la anuencia de algunos responsables y, incluso, la presencia de residentes, conforme narra Guiomar da Silva Lopes:

...y entonces fui llevada al Hospital de Clínicas. Cuando llegué allí, estaba Waldomiro de Paula, que era el jefe del Servicio de Urgencias y que pertenecía a ese grupo, formaba parte de la represión. Lo que quedó marcado en esa trayectoria por el HC es que había un colega, a quien conocía del movimiento estudiantil, que se acerca para un interrogatorio —en ese momento, él era residente— y dice: “Ella está bien. Puede soportar más tortura”. (Verdade 12.528, 2015)

Memorias y particularidades de una visión sobre la Reforma Sanitaria y la salud colectiva en São Paulo

Entre la historia y la representación

Entre las preguntas hechas a los entrevistados en la investigación, una se refería a las particularidades paulistas: la idea era saber si identificaban en São Paulo alguna diferencia en relación con los otros estados brasileños en la constitución más general del campo de la salud colectiva y más específica de la Reforma Sanitaria entre las décadas de 1970 y 1980. Las memorias recogidas presentan concepciones que a veces se diferencian, otras se acercan a lo referido a São Paulo, teniendo los entrevistados mucho cuidado para no dejarse engañar por las lentes ilusorias de la paulistanidad y atribuir superioridad a aquello que podría ser un simple particular. Sin embargo, aparecen en las memorias la historia de São Paulo y las tensiones que ayudaron y ayudan a construir los argumentos de su disposición frente a la nación, es decir, un rasgo singular de la salud colectiva paulista.

Respondiendo a esa pregunta, Everardo Duarte Nunes¹ indicó dos elementos que le parecen marcantes y que pueden dar sentido a la cuestión: uno primero relativo a la formación de sus agentes y otro a la producción teórica, mencionando investigaciones y debates que se desarrollan en algunos puntos del país:

Si se considera que esas personas produjeron en 1975, pero ya investigaban antes de ese período, como es el caso de los dos trabajos de Cecília Donangelo y del trabajo de Sérgio Arouca sobre medicina preventiva, se puede decir “son trabajos que ya aportan un sustrato teórico y de discusión a estas cuestiones de la Reforma Sanitaria”. El nombre quizá ni siquiera fuera ese, no era Reforma Sanitaria en el sentido ampliado que luego creo que asume, reforma de la salud, reforma de los cuidados, reforma de la atención... Puede ser que incluso la terminología –se pueden buscar esas terminologías– fuera diferente. De ese lado, entonces, está la vertiente teórica. Creo que existe otra vertiente, que es la práctica pedagógica. Creo que lo que realmente va aportando elementos y formando es la discusión interna que los departamentos realizan con residentes, con estudiantes, con militantes. Y ahí ingresan militantes que se van asociando, como es el caso aquí [Unicamp], del Laboratorio de Educación Médica en la Comunidad, que aportan elementos para esto. Entonces, tenemos la vertiente que llamo “prácticas pedagógicas” y la “vertiente teórica”, que pueden ser vistas como elementos constitutivos de esta posibilidad de Reforma. (Duarte, 2015, p. 23)

Si, de alguna forma, se difundieron por el país, como se recuerda, esas dos vertientes parecen haber sido también aprovechadas para el crecimiento del movimiento de la salud colectiva en São Paulo más allá de la medicina, en el caso de la enfermería, hasta entonces más alejada de toda esa movilización. Nuevos instrumentos teóricos y prácticos habrían contribuido a cierto cambio profesional, sobre todo a partir de la década de 1980.

¹ Everardo Duarte Nunes se graduó en ciencias sociales por la Universidad de São Paulo en 1960. En 1974, como becario de la Fundación Kellogs, realizó su maestría (*Curso Sociología de la Medicina*) en la University of London. En 1976, obtuvo el doctorado en ciencias por la Universidad Estatal de Campinas, con la tesis *La medicina como profesión: estudio sobre la elección ocupacional entre estudiantes de medicina*. Actualmente, es profesor colaborador del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp.

Al menos esa fue la impresión expresada por Semíramis Melani Melo Rocha² al mencionar ese encuentro entre los fundamentos de un proceso de trabajo en salud y el trabajo de la enfermería:

...entramos en 1980, y 1981 fue la primera cohorte del doctorado aquí en la Escuela de Enfermería [Ribeirão Preto]. Cecília Puntel se inscribió en la Fiocruz, trajo muchas ideas de allá, porque comenzó a hacer ese intercambio con nuestro doctorado, que era un doctorado interunidades –era São Paulo y Ribeirão Preto–. Y, como no teníamos la estructura curricular, cursamos muchas asignaturas en la medicina social aquí en Ribeirão, que en esa época ya había estructurado el Departamento de Medicina Social, con esa orientación de haber estudiado medicina social y ampliado más allá de la medicina preventiva y de la salud pública [...] y recibimos influencia de Donnangelo, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, que trabajó con nosotros durante dos años aquí, realizando orientaciones. Él brindó una asesoría, nos ayudó mucho, porque al entender el proceso de trabajo, entendí lo que es dominación, subordinación, implícita en la sociedad. Otra idea que considero importante, que él planteó, es cómo se puede comprender el propio trabajo y el producto del trabajo, no desde una visión mecanicista e inmediata “yo quiero que las cosas funcionen así, yo quiero cambiar esto”, ese voluntarismo con el que uno llega a la profesión, no. Es una construcción colectiva, y es un trabajo permanente. (Rocha, 2015, pp. 23-24)

Una última particularidad señalada por las memorias de esos primeros sujetos del campo de la salud colectiva reside en un tema muy relevante para los desafíos de estudiar una historia regional paulista. Aquel que se refiere a cierto origen formador de su pueblo, vinculado a una historia de larga duración del propio proyecto de salud pública estatal, una de las razones de esta investigación. Es interesante notar que esa mención se da bajo la crítica, incluso cuando sea una posible explicación de la narrativa construida por los sujetos del movimiento de la salud colectiva en el estado de São Paulo. Ese

² Semíramis Melani Melo Rocha se graduó en enfermería en 1964, en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, donde también realizó su maestría (*Estudio de la densidad y osmolaridad urinaria en la rehidratación del lactante: aplicación en los cuidados de enfermería*), en 1978, y el doctorado (*La puericultura y la enfermería en el Estado de São Paulo*), en 1985. En 1990, obtuvo la libre docencia con la tesis *El proceso de trabajo en salud y la enfermería pediátrica: socialidad e historicidad del conocimiento*. Actualmente, es profesora titular del Departamento de Enfermería Materno-infantil y Salud Pública, siempre en esa misma Escuela de Enfermería.

fue uno de los argumentos de Paulete Goldenberg³ cuando el entrevistador le recordó que, según la opinión de otro entrevistado, habría una noción original de un “pragmatismo paulista” que debería ser tomada en cuenta en todo el proceso vivido. Esta fue su respuesta:

Sí. Esa cuestión de la historia de la lengua, por ejemplo. Aquí había muchos más indígenas que en otros lugares... Ellos hablaban la lengua de los indígenas. Creo que eso configura, desde el punto de vista antropológico, una vertiente. No quiere decir que sea la única, ni la mejor. Porque también parece que ellos causaban muchos problemas; parece que las Bandeiras fueron un horror. Estoy leyendo a Lilian Schwarcz, es muy interesante. El hecho es el siguiente: creo que hay... –detesto la palabra emprendedurismo–, pero va un poco en esa línea, creo que ellos tienen eso. Y también porque aquí había un centro de conocimiento, es decir, había facultades, un centro pensante, y creo que siempre tuvo cierta independencia. Me remito un poco a esas raíces... Creo que debe ser una ilusión mía –con seguridad debe serlo–, pero creo que eso está presente, y creo que la USP tuvo su papel. Incluso pienso que la Paulista, con la vertiente que desarrolló, también lo tiene. Y la Salud Pública, sin duda alguna. Ahora, Bahía también es otro centro importante, porque también tenía un conjunto de facultades ya desarrolladas, pero veo mucho más a São Paulo y Río en ese proceso, y ellos ingresan a mitad de camino, en medio del proceso. Río estaba más cerca de los centros de poder, con una tradición política más fuerte, pero eso solo va a funcionar en la medida en que se hace por la vía de la posgraduación, por la vía académica, en efecto. Si no se hubiera hecho eso, solo se habría convertido en un movimiento y se habría terminado. Ahora, eso ayuda a construir, a configurar un campo. (Goldenberg, 2015, p. 24)

Otro elemento de las particularidades paulistas en el campo de la salud colectiva sería su innovación, fruto de un acumulado histórico de experiencias en el campo médico y de la salud pública, nuevamente con el cuidado

³ Paulete Goldenberg se graduó en ciencias sociales por la Universidad de São Paulo en 1964 y, en ese mismo Departamento de Ciencias Sociales, realizó la maestría (*Desarrollo y salud: la mortalidad infantil en el municipio de São Paulo*), en 1970. Realizó el doctorado en la Facultad de Salud Pública de la USP en 1981, con la tesis *Organización social y desnutrición en familias de bajos ingresos en el municipio de São Paulo*. Tiene un posdoctorado por la University of Toronto, finalizado en 1993. Actualmente, es profesora adjunta del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de São Paulo.

de situar a São Paulo como un ente federativo y bajo las contradicciones de cada período. Según Nelson Ibañez⁴:

...creo que São Paulo tiene un carácter innovador en sus experiencias. Hay experiencia en Minas, hay experiencia en el nordeste, pero creo que São Paulo, dada la concentración tanto de recursos humanos como físicos y por ser el centro del capitalismo brasileño, genera un movimiento del capital, pero también genera un movimiento de organización del área social distinto. Entonces, creo que la salud colectiva en São Paulo tiene una cierta especificidad. Claro, hay líneas convergentes con Brasil, de lo contrario no sería un país, no se trata de eso. Pero creo que tenemos una experiencia acumulada históricamente que nos permitió seguir otras trayectorias. Eso no quiere decir que esto esté desvinculado de coyunturas y de situaciones en las que esas prácticas aquí no siempre van a... o que no haya retrocesos, que a partir de eso hayamos hecho un círculo virtuoso y que seamos el ejemplo. Pero desde el punto de vista de las contradicciones, de los conflictos generados por esa realidad, a partir de las teorías y de las prácticas que fuimos desarrollando, construimos cuadros, modelos y teorías que son específicas. (Ibañez, 2015, p. 12)

¿Pero en qué condiciones la salud colectiva enfrenta los desafíos de la actualidad? ¿Tendrá aún el tono crítico de su formación? Y, si esos profesionales hablan desde un lugar específico, considerado aquí a partir de su regionalidad paulista, ¿cómo pensarían, de forma más amplia, ese pasado y ese presente? A tales preguntas, Regina Maria Giffoni Marsiglia⁵ respondió:

⁴ Nelson Ibañez se graduó en medicina por la Facultad de Medicina de Sorocaba en 1972. Realizó la maestría (*Acreditación de servicios de cunero*) en 1981, en la Facultad de Salud Pública de la USP, donde también concluyó el doctorado (*Sistema local de salud de Cotia: estudio de caso*), en 1990, y la libre docencia (*Municipalización y Sistemas Locales de Salud: estudio de experiencias municipales en la implementación del Sistema Único de Salud*), en 1994. Actualmente, es profesor adjunto de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo, médico sanitarista del gobierno del estado de São Paulo y coordinador del Laboratorio de Historia de la Ciencia del Instituto Butantan.

⁵ Regina Maria Giffoni Marsiglia se graduó en Servicio Social por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo en 1966 y en Ciencias Sociales por la Universidad de São Paulo en 1969. Realizó la maestría (*Asistencia médica y relaciones de trabajo en la empresa: el modelo de convenios con la Previsión Social*) en 1981, en el Departamento de Sociología de la FFLCH-USP, donde también defendió el doctorado (*Servidor, funcionario, trabajador: intereses y culturas organizacionales en el sector público de la salud*), en 1993. Desde 1968, es profesora adjunta de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo.

...sobre la salud colectiva, creo que alguna vez fue más crítica. En la época de la dictadura, se comportó como intelectual orgánica, en el sentido gramsciano: logró agrupar a todos los grupos y posicionarse de una manera que era posible... Se discutía salud. Yo diría que fue una buena historia. Siempre bromeo con las personas “tenemos que acreditar esto al Partido Comunista Brasileño, que tomó esta opción a partir de David Capistrano”. Tomó esta opción, que era una forma válida y legítima de posicionarse. Y, pensada como salud, era una cuestión de salud por encima de toda sospecha, entonces, puede ser un valor universal. Eso valió mucho para la constitución y unión de grupos. Muchos grupos políticamente distintos se unieron. Fue una referencia; creo que todavía es una referencia para mucha gente. Hay personas diversas que encuentran allí una posibilidad, se sienten representadas de algún modo. (Marsiglia, 2015, p. 17).

Consideraciones finales

El estudio realizado aquí, dentro de sus límites y potencialidades, buscó acercarse a una historia de las raíces de la salud colectiva, vivida y representada por la experiencia regional paulista. Si existen varias narrativas sobre esa misma historia a nivel nacional, fue nuestra elección mostrar, a través de las lentes del conocimiento histórico, cómo se perciben ciertas particularidades al seguir a personas, instituciones y tecnologías que dialogan con su lugar y con sus dilemas regionales.

La pretensión fue comprender que es de las circularidades, que involucran ideas, posiciones políticas, oportunidades profesionales y un cierto contexto, que se va inscribiendo un grupo, mediado por diferentes experiencias, incluso de origen socioeconómico y territorial, donde los tiempos se cruzan. Constataron que, en efecto, se dio un movimiento bastante particular y capaz de contribuir a una discusión más amplia sobre los posibles destinos de la salud brasileña, pero siempre bajo la presión del tiempo vivido.

Nuestras reflexiones lograron encontrar en São Paulo, *lugar* de las élites más reaccionarias involucradas en el apoyo al régimen militar, una de las reacciones más relevantes de los trabajadores de la salud comprometidos con la lucha por la redemocratización del país y por el derecho a la salud como bandera de su discurso y de sus acciones. Una de las características destacadas de ese movimiento fue haberse desarrollado dentro del propio Estado, tanto en las academias como en los servicios, pero en diálogo con otras voces que también vieron en la salud la necesidad y la oportunidad de rescatar la ciudadanía. En este trabajo, ese hecho queda claro, pero con un detalle importante: muestra que todo el proceso histórico involucra contradicciones, idas y vueltas, permanencias y rupturas que dan sentido histórico a los hechos vividos y sirven como repositorio para captar memorias entre las líneas de los documentos, cualquiera sea su naturaleza.

Para eso, retrocedimos en el tiempo con el objetivo de identificar esas permanencias y rupturas, de entender mejor aquello que conocemos, con cierta amplitud de sentido, cuando hablamos de *causas*. Sin duda, muchos estudiosos analizaron esos períodos más remotos usando marcos teórico-metodológicos de largo alcance, y aquí están citados y reconocidos (esperamos). Nuestra contribución fue seguir esos estudios, pero con la intención de percibir esos contextos en trayectoria, para observar cómo llegan, desde la década de 1960 hasta la de 1980, esos actores nuevos y viejos interconectados

y sus posibilidades de acción, ya sea asumiendo cargos académicos o en los servicios de salud, ya sea involucrados en grupos o partidos políticos con posición definida, abriendo ciertos caminos y cerrando otros. Yendo más allá, prestamos atención a las diferencias que pueden informar el impacto de esas tecnologías y de esos debates en el interior y en la capital, revelando necesidades e identidades capaces de revelar, al mismo tiempo, semejanzas y diferencias derivadas de experiencias distintas.

Los estudios historiográficos sobre São Paulo a la luz del paulistanismo, es decir, esa representación que hace pensar al estado como una locomotora capaz de arrastrar al resto de la nación, serán siempre una amenaza para los analistas, incluso de la salud colectiva, que, sin conocer esa simbología, terminan por profundizar una versión regional cargada de apriorismos alrededor de la modernidad salvadora. Desde esta perspectiva, se correría el riesgo de ver, una vez más, esa historia como faro para todas las demás o, mejor dicho, como legítima, si no única, en la construcción del movimiento de la Reforma Sanitaria y del SUS. Sería una narrativa que busca en cierta memoria de la salud pública paulista una historia lineal, progresiva e inconclusa, correspondiendo a sus representantes del tiempo vivido completarla *ad infinitum*. Como expresión mayor de esa historia en construcción, las instituciones científicas y de salud pública recibirían los laureles por sus supuestas conquistas “naturales”, reflejadas en la calidad de los servicios prestados, en los establecimientos sanitarios y en los hospitales de todo el estado y de la capital.

Error grave. Al priorizar en el último capítulo la ciudad de São Paulo y la vida de su población pobre y vulnerable, queremos decir que los esfuerzos realizados también tienen un carácter limitante para la salud. Que la redemocratización llega en la década de 1980 fragmentada y que la salud colectiva logró importantes victorias de dimensión sanitaria y social, pero en medio de grandes desilusiones e imposibilidades de avance. Ese es el motor de la historia, para retomar, una vez más, a Walter Benjamin, es decir, al contrario del análisis es donde se ven las posibilidades de cambio; identificando avances, sí, pero sobre todo reconociendo los retrocesos, pudiendo dar un nuevo sentido al presente.

Finalizamos este libro con una referencia al trabajo del historiador en este recorrido. Si su oficio es realmente hacer recordar aquello que la sociedad quiere olvidar, si sus esfuerzos buscan reconstruir una verdad histórica acercándose al pasado, también debe recordar los límites de su contribución. Una posible alegoría para esta advertencia es la escultura del australiano Ron Mueck (1958-), *El hombre en un barco*. Un hombre de mediana edad y desnudo está sentado en un inmenso barco negro que atraviesa las brumas

de un lugar que no le produce miedo, pero sus ojos enrojecidos por la falta de sueño contemplan el horizonte o cualquier bruma que lo rodea y lo hace pensar: “y ahora, ¿qué ocurre?” Ese es el mismo camino del que se atreve a visitar el pasado histórico. Puede parecer conocido para el viajero, pero siempre necesitará el cuidado de quien lo visita, porque es otro país, un lugar en el que el analista, aunque haya navegado durante días en la construcción de su narrativa, permanecerá siempre como un simple extranjero. Ese fue nuestro desafío y aquí está el recorrido realizado.



Bibliografia

- Almeida, F. O. (2011). Coesão e interesses da medicina paulista diante do populismo adhemarista: contradições e ambivalências. *Sociedade e Cultura* (Goiânia), 14(1), pp. 131-139.
- Almeida, F. O. (2013). *Profissionalismo médico paulista e a reforma da saúde adhemarista*. São Paulo: Ed. UFSCar.
- Almeida, F. O. (2014). A socialização da medicina na era do adhemarismo. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), 21(4), pp. 1-18.
- Almeida, M. (1998). *República dos invisíveis: Emílio Ribas e a Saúde Pública em São Paulo 1898-1917* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Almeida Filho, N. (1992). *La clínica y la epidemiología*. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/Abrasco.
- Andrade, M. G. G. (1995). *O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do projeto Paulínia* [Tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Andrade, M. (1947). Meditação sobre o Tietê. En *Lira paulistana seguida de o carro de miséria* (pp. 54-67). São Paulo: Martins Fontes.
- Angileli, C. M. M. M. (2007). *Paisagens reveladas no cotidiano da periferia: distrito da Brasilândia, Zona Norte do município de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.
- Araújo, M. J. (2007). *A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 1948-1975* [Tese]. São Carlos, SP: Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos.
- Arouca, A. S. S. (1975). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [Tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Arruda, M. A. N. (1997). Metrôpole e cultura: o novo modernismo paulista em meados do século. *Tempo Social* (São Paulo), 9(2), pp. 39-52.
- Ayres, J. R. C. M. (1995). *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Ayres, J. R. C. M. (2015). Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 20(3), pp. 905-912.
- Ayres, J. R. C. M. (2016). Prevenção de agravos, promoção de Saúde, e redução de vulnerabilidade. Em M. A. Martins et al., *Clínica médica* (pp. 436-454). São Paulo: Manole.
- Ayres, J. R. C. M. & Mota, A. (2012). Departamento de Medicina Preventiva. En A. Mota & M.G.S.M.C Marinho, *Trajetória da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da “casa de Arnaldo”* (pp. 124-137). São Paulo: CD&G.

- Barata, R. C. B. (1985). *Epidemia de doença meningocócica na cidade de São Paulo, 1970-1977* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Barata, R. C. B. & Moraes, J. C. (2015). A doença meningocócica na cidade de São Paulo. Em A. Mota; M. G. S. M. C. Marinho & C. Bertolli Filho (org.), *As enfermidades e suas metáforas: epidemias, vacinação e produção de conhecimento* (pp. 71-94). São Paulo: FMUSP/UFABC/ CD&G.
- Berlinguer, G., Teixeira, S. F. & Campos, G. W. S. (1988). *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec/Cebes.
- Bertolli Filho, C. (1993). Medicina e trabalho: as “ciências do comportamento” na década de 40. *Revista de História* (São Paulo), 127-128, pp. 37-51.
- Bertolli Filho, C. (2001). *História social da tuberculose e do tuberculoso – 1900-1950*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Black, E. (2003). *A guerra contra os fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa.
- Bógus, C. M. (2007). A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. *O Mundo em Saúde* (São Paulo), 31, pp. 346-354.
- Bonduki, N. G. (1994). Origens da habitação social no Brasil. *Análise Social* (São Paulo), XXIX, pp. 711-732.
- Braga, J. C. S. & Paula, S. G. (2006). *Saúde e previdência: estudos de política social* [3a ed.]. São Paulo: Hucitec.
- Bresciani, M. S. (2002). Cidade e história. En L. L. Oliveira (org.), *Cidade: história e desafios* (pp. 16-35). Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- Briani, M. C. (2003). *História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp*. [Disertación]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Broberg, G. & Roll-Hansen, N. (2005). *Eugenics and the Welfare State*. Michigan: Michigan State University Press.
- Bruno, E. S. (1991). *História e tradições da cidade de São Paulo* [4a ed.] São Paulo: Hucitec.
- Campos, A. L. V. (2006). *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Campos, C. (2002). *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade, 1925-1945*. São Paulo: Rima/Fapesp.
- Campos, G. W. S. (1992). *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Candau, J. (2011). *Memória e identidade*. São Paulo: Contexto.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Capelato, M. H. (1989). *Os arautos do liberalismo: imprensa paulista – 1920-1945*. São Paulo: Brasiliense.
- Carvalho, J. R.; Marques, M. C. C. & Mota, A. (2013). A construção da saúde pública no Brasil no século XX. En A. A. Rocha & C. L. Cesar, *Saúde Pública: bases conceituais*, (pp. 1-14). São Paulo: Atheneu.

- Carvalho, S. A. (1982). Esquistossomose mansoni. *Revista de Medicina* (São Paulo), 64(2), pp. 25-26.
- Castro, P. C. (1958). *Contribuição para o estudo da administração dos serviços locais de higiene infantil na capital do estado de São Paulo* [Tesis libre-docencia]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Castro Sá, E. N. (1978). *Uma experiência de reforma administrativa da Secretaria de Estado de São Paulo* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Castro Santos, L. A. (2004). Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. Em G. Hochman & D. Armus (org.), *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (pp. 249-293). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Castro Santos, L. A. & L. Faria (2010). Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. En *Saúde e História* (pp. 154-186). São Paulo: Hucitec.
- Chieffi, P. P. & Waldman, E. A. (1988). Aspectos particulares do comportamento epidemiológico da esquistossomose mansônica no estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 4(3), pp. 257-275.
- Cohn, A. (1995). A reforma da Previdência Social: virando a página da história? *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo), 9(4), pp. 54-59.
- Conclusões dos debates do I Encontro da Associação de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. (1978). São Paulo.
- Corrêa, A. M. M. (2013). Expansão das escolas superiores do estado de São Paulo nos anos de 1950. En S. A. Schellini & J. C. Peraçoli (org.), *Faculdade de Medicina de Botucatu: UNESP 50 anos* (pp. 17-38). São Paulo: CD&G.
- Corrêa, M. O. A. (1953). Incidência da esquistossomose mansoni em imigrantes oriundos de outros estados. *Revista do Instituto Adolfo Lutz* (São Paulo), 13(1-2), pp. 91-98.
- Cravens, H. (1988). *The Triumph of Evolution: The Hereditary-Environment Controversy, 1900-1940*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cueto, M. (2004). *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, DC: OPS.
- Cueto, M. & Palmer, S. (2016). *Medicina e saúde pública na América Latina: uma história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cyrino, A. P. P. (1993). *Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Cyrino, A. P. P. (2009). *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Cyrino, A. P. P. & Simonetti, J. P. (2013). Centro de Saúde Escola (CSE): 40 anos de experimentação na saúde coletiva brasileira. En S. A. Schellini & Peraçoli, J. C. (org.), *Faculdade de Medicina de Botucatu: UNESP 50 anos* (pp. 62-79). São Paulo: CD&G.

- Dalmaso, A. S. W. (2000). Análise de transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu), 4(6), pp. 49-60.
- Dimitrov, P. (2014). Mobilização e militância pela saúde (depoimento). En S. H. B Paula; J.R.A. Bonfim; M. Louvison; C. L. Martins & P. F. Capucci (org.), *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista* (pp. 119-129). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Donnangelo, M. C. F. (1972). *O médico e o mercado de trabalho* [Tesis]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Donnangelo, M. C. F. (1975). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, M. C. F. (1976). *Medicina e estrutura social* [Tesis libre-docencia]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Donnangelo, M. C. F. (1983). A pesquisa na área da Saúde Coletiva – a década de 70. En *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil* (pp. 19-35). Rio de Janeiro: Abrasco/ENSP.
- Donnangelo, M. C. F. (2014). Curso de Epidemiologia da Associação dos Sociólogos de São Paulo (outubro de 1982). En J. R. Carvalheiro; L. S. Heimann & M. Derbli (org.), *O social na epidemiologia: um legado de Cecília Donnangelo* (pp. 47-84). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Donnangelo, M. C. F. & Pereira, L. (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Elias, P. E. M. (1988). Regulamentação da residência médica: entre as técnicas pedagógicas e as políticas de saúde. *Estudos de Saúde Coletiva – Abrasco* (Rio de Janeiro: Abrasco), 5, pp. 119-122.
- Elias, P. E. M.; Marsiglia, R. & Mendes-Gonçalves, R. B. (1988). Contribuições para o debate sobre residência em medicina preventiva e social no Brasil. *Estudos de Saúde Coletiva – Abrasco* (Rio de Janeiro: Abrasco), 5, pp. 27-46.
- Eluf Neto, J. (1985). *Doença de Chagas em área urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral* [Disertación]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Falcão, E. C. (1959). *Pirajá da Silva: o incontestável descobridor do Schistosoma mansoni*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Favaretto, P. M. S. (2017). *Os Laboratórios de Investigação Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP: processo histórico de criação e trajetória institucional, 1968-1977* [Disertación]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Feldman, S. (1997). O zoneamento ocupa o lugar do plano: São Paulo, 1947-1961. En *VII Encontro Nacional da Anpur; Recife. Anais* (pp. 667-84). Recife: UFPE/MDU/ANPUR; 1997.
- Feldman, S. (2005). *Planejamento e zoneamento em São Paulo 1947-1972*. São Paulo: Edusp/Fapesp.
- Ferreira, A. C. & Luca, T. R. (2011). Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução. En A. Mota & M. G. S. M. C. Marinho, *Práticas médicas e de saúde nos municípios*

- paulistas: a história e suas interfaces* (pp. 15-36, Coleção Medicina, Saúde & História). São Paulo: UFABC/CD&G.
- Ferreira, M. S. (2008). Os Centros de Pesquisas Educacionais do INEP e os estudos em ciências sociais sobre a educação no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 13(38), pp. 279-292.
- Ferro, M. (1999). *As sociedades doentes do progresso*. Lisboa: Piaget.
- Fonseca, C. (2000). Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro: Abrasco), 5(2).
- Fontes, P. (2008). *Um nordeste em São Paulo: trabalhadores migrantes em São Miguel Paulista 1945-1966*. Rio de Janeiro: FGV.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1985). O nascimento da medicina social. En *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fusco, E. B. (2001). Entrevista. En W. C. F Chassot (org.), *Memórias de origens: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 20 anos* (pp. 88-91). São Paulo: Hospital Universitário-USP.
- Gambeta, W. (1988). *Soldados da saúde: formação dos serviços em saúde pública no estado de São Paulo – 1889-1918* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- García, J. C. (1985). Juan César García entrevista Juan César García. En E. D. Nunes, *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas* (pp. 21-28). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Garrafa, V; Amarante, P. D. C. (2015). Giovanni Berlinguer: entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. *Saúde e Debate* (Rio de Janeiro), 39(107), pp. 912-919.
- Gerschman, S. (2004). *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Glezer, R. (2007). *Chão de terra e outros ensaios sobre São Paulo*. São Paulo: Alameda.
- Goldbaum, M. (1976). *Doença de Chagas e trabalho em área urbana* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Goldbaum, M. (2015). Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* (São Paulo), 20(7), pp. 2129-2134.
- Goldbaum, M.; Barata, R. B. (2006). O feito por fazer. En N. T. Lima & J. P. Santana. (org.), *Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco* (pp. 79-112). Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco.
- Gouveia, N. C. (2009). *Espaço, ambiente e saúde: um olhar epidemiológico* [Tesis libre docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Haddad, N. (2014). Os primórdios. En A. D. C. Passos, *Medicina Social na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*. Ribeirão Preto, SP: Holos.

- Hamilton D. (2011). Health and Health Care from the Mid-Twentieth Century. En H. Dingwall et al., *Scottish medicine, an illustrated history* (pp. 213-256). Edinburgh: British Library.
- Hardy, A. & Tansey, E. M. (2006). Medical Enterprise and Global Response 1945-2000. En W. F. Bynum et al., *The western medical tradition 1800-2000* (pp. 405-534). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hobsbawm, E. J. E. (1995). *A era do extremos: o breve século XX, 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Hochman, G. (1998). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs.
- Hochman, G. (2013). Saúde pública e federalismo: desafios da Reforma Sanitária na Primeira República. En G. Hochman & C. A. P. Faria, *Federalismo e políticas públicas no Brasil* (pp. 303-327). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Hochman, G. (2014). Vigiar e, depois de 1964, punir: sobre Samuel Pessoa e o Departamento Vermelho da USP. *Ciência e Cultura* (São Paulo), 66(4), pp. 26-31.
- Hochman, G. (2015). Samuel Barnsley Pessoa e os determinantes sociais das endemias rurais. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 20(2), pp. 425-431.
- Ianni, A. Z. (2012). *Mudanças sociais contemporâneas da saúde: um estudo sobre teoria social e saúde Pública no Brasil* [Tesis libre docência]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Iyda, M. (1994). *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Jorge, J. (2012). Rios e saúde na cidade de São Paulo. *História e Perspectivas* (Uberlândia), 25(47), pp. 103-124.
- Koselleck, R. (2014). *Estratos do tempo: estudos sobre a história*. Rio de Janeiro: Contraponto/PUC-Rio.
- Kropf, S. P. (2009). *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Laurenti, R. & Fonseca, L. A. M. (1976). A mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-1969). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* (Rio de Janeiro), 29(2), pp. 83-88.
- Le Breton, D. (2011). *Antropologia do corpo e a modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Le Goff, J. (1991). Uma história dramática. En J. Le Goff (org.) *As doenças têm história* (pp. 8-10). Lisboa: Terramar.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: McGraw-Hill/Feneme.
- Lemos, J. F. (2010). *Poluição veicular: avaliação dos impactos e benefícios ambientais com renovação da frota veicular leve na cidade de São Paulo* [Disertación]. São Paulo; Escola Politécnica, Universidade de São Paulo.
- Leser, W. S. P. (2009a). Por que estou escrevendo? En J. R. A. Bonfim & S. Bastos (org.), *Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública* (pp. 13-114). São Paulo: Hucitec.

- Leser, W. S. P. (2009b). Discurso nas novas instalações do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina em 1980. En J. R. A. Bonfim & S. Bastos (org.), *Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública* (pp. 344-345). São Paulo: Hucitec.
- Levy, R. (1957). Specialities and medicine. *Bulletin of the New Academy of Medicine* (New York), 33(4), pp. 225-229.
- Lima, N. T. (2002). O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. En J. Finkelman (org.), *Caminhos da saúde no Brasil* [online, pp. 23-116]. Rio de Janeiro: Opas/Fiocruz.
- Litvoc, J. (1977). *Doença de Chagas e processo migratório no Estado de São Paulo*. [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Luca, T. R. (1999a). *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a nação*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Luca, T. R. (1999b). São Paulo e a construção da identidade nacional. Em A. C. Ferreira; T. R. Luca & Z. Iokoi, *Encontros com a história: percursos históricos e historiográficos de São Paulo* (pp. 81-90). São Paulo: Ed. Unesp/Fapesp/Anpuh.
- Machado, E. M. (1975). O Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo. *Educación Médica y Salud* (Washington, DC), (9)2, pp. 172-195.
- Machado, E. M. (2001). Entrevista. En W. C. F. Chassot (org.) *Memórias de origens: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 20 anos* (pp. 8-13). São Paulo: Hospital Universitário-USP.
- Mantovani, R. (2015). *Modernizando a ordem em nome da saúde: doenças, política e administração urbana em São Paulo 1805-1840*. (Tesis). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Marinho, M. G. S. M. C. (2001). *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller em São Paulo: 1934-1952*. São Paulo/Bragança Paulista: Fapesp/USF/Editores Associados.
- Marinho, M. G. S. M. C. (2003). *Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo: 1916-1931*. Bragança Paulista: Edusf.
- Marsiglia, R. M. G. (2006). Comentário: curso de Saúde Pública em um semestre. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 40(5), pp. 778-779.
- Martins, C. L. (1999). *Desvelando a identidade da pós-graduação em saúde pública*. [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Martins, J. S. (2004). O migrante brasileiro na São Paulo estrangeira. En P. Porta (org.), *História da cidade de São Paulo: a cidade no império – 1823-1889* (v. 3, pp. 179-200.). São Paulo: Paz e Terra.
- Mascarenhas, R. S. (1949). *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual de São Paulo* [Tesis libre-docencia]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Mascarenhas, R. S. (1965). Problemas de saúde pública no município de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo* (São Paulo), 19(12), pp. 7-22.

- Mascarenhas, R. S. (1973). História da saúde pública no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 7(4), pp. 433-446.
- Mascarenhas, R. S. & Freitas, A. V. (1959). Contribuição ao estudo da história do ensino de educação sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo* (São Paulo), 13, pp. 243-262.
- Meira, J. A. (1951). *Esquistossomíase mansonii hepato-esplênica* [Tesis de cátedra]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Mello, G. A. (2010). *Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Mello, G. A & Bonfim, J. R. A. (2015). Um sanitarista chamado Leser. *Ciência & Saúde Coletiva* (São Paulo), 20(9), pp. 2749-2754.
- Mello, G. A. & Viana, A. L. D. A. (2011). Centros de Saúde: ciência, ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), 18(4), pp. 1131-1149.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1976). *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1986). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1992). Cecília Donnangelo hoje. *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 1(1), pp. 3-5.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1994). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho da rede estadual dos Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Meneses, U. T. B. (1996). Morfologia das cidades brasileiras: introdução ao estudo histórico da iconografia urbana. *Revista da USP* (São Paulo), 30, pp. 144-145.
- Merhy, E. E. (1992). *A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de política*. São Paulo: Hucitec.
- Moraes, J. C. & Guedes, J. S. (1990). Epidemiologia da meningite por *Streptococcus pneumoniae* em área metropolitana, Brasil, 1960-1977. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 24, pp. 348-360.
- Mota, A. (2003). *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Mota, A. (2005). *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista 1892-1920*. São Paulo: Edusp.
- Mota, A. & Schraiber, L. B. (2009a) A infância da gente paulista: eugenia e discurso médico nos anos de 1930-1940. En *Infância e saúde: perspectivas históricas* (pp. 194-233). São Paulo: Hucitec/Fapesp.

- Mota, A. & Schraiber, L. B. (2009b). Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista, anos de 1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), 16(2), pp. 345-360.
- Mota, A. & Schraiber, L. B. (2011). Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 20(4), pp. 837-52.
- Mota, A.; Silva, J. A. & Schraiber, L. B. (2004). *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Mott, M. L.; Byington, M. E. B & Alves, O. S. F. (2005). *O gesto que salva: Pérola Byington e a Cruzada Pró-infância*. São Paulo: Grifo.
- Motta, R. P. S. (2014). *As universidades e o regime militar: cultura política brasileira e modernização autoritária*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moulin, A. M. (1991). Os frutos da ciência. En J. Le Goff (org.), *As doenças têm história* (pp. 85-98). Lisboa: Terramar.
- Muniz, E. S. (2013). *Basta aplicar injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK 1956-1961*. Belo Horizonte/Campina Grande/Rio de Janeiro: Fino Traço/EDUE-PB/Fiocruz.
- Nemes, M. I. B. (1990). Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. En L. B. Schraiber, *Programação em saúde hoje* (pp. 65-116). São Paulo: Hucitec.
- Nemes, M. I. B. (2000). Prática programática em saúde. En L. B. Schraiber; M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (org.), *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica* [2a ed, pp. 48-65]. São Paulo: Hucitec.
- Nemes Filho, A. (1992). *Os médicos sanitaristas e a política de saúde no estado de São Paulo no período de 1976-1998* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Nemes Filho, A. (2000). A unidade básica e o sistema de saúde. En L. B. Schraiber; M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (org.), *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica* [2a ed., pp. 276-86]. São Paulo: Hucitec.
- Nogueira, R. P. (2007). *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Unesp.
- Nosella, P. & Buffa, E. (2005). Educação superior e desenvolvimento no estado de São Paulo. *Cadernos de História da Educação*, 4, pp. 167-182.
- Novaes, H. M. D. (2009). Puericultura em questão. En A. Mota & L. B. Schraiber, *Infância e saúde: perspectivas históricas* (pp. 121-160). São Paulo: Hucitec/Fapesp.
- Novaes, R. L. (1976). *A saúde e os seus conceitos* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Nunes, E. D. (org.). (1983). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- Nunes, E. D. (org.). (1985). *As ciências sociais em saúde: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: Opas.

- Nunes, E. D. (1994). Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 3, pp. 5-21.
- Nunes, E. D. (1999-2000). Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso 1965-1990. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), 13(1), pp. 631-657.
- Nunes, E. D. (2008). Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 13(3), pp. 909-916.
- Nunes, E. D. (2015). Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 20(1), pp. 139-44.
- Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la OMS (1957). Seminarios sobre la enseñanza de medicina preventiva (1957) Viña del Mar, Chile, 10-15 oct. 1955/Tehuacán, México, 23-28 abr. 1956. *Publicaciones Científicas*, N° 28. Washington, DC: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Osmo, A. & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade* (São Paulo), 24(supl.1), pp. 205-218.
- Paim, J. S. (2002a). O que é Reforma Sanitária? En J. S. Paim (org.), *Saúde: política e Reforma Sanitária* (pp. 61-64). Salvador: ISC.
- Paim, J. S. (2002b). A Saúde Coletiva e os desafios da prática. En J. S. Paim (org.), *Saúde: política e Reforma Sanitária* (pp. 163-190). Salvador: ISC.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária: contribuição para entender a crítica*. Salvador/Rio de Janeiro: EdUfba/Fiocruz.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 32(4), pp. 299-316.
- Paiva, C. H. A. (2006). Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitário-campanhista e desenvolvimentista no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), 13(4), pp. 795-831.
- Paoli, M. C. & Duarte, A. (2004). São Paulo no plural: espaço público e redes de sociabilidade. En P. Porta (org.). *História da cidade de São Paulo: a cidade no império – 1823-1889* (v. 3, pp. 53-99). São Paulo: Paz e Terra.
- Paula, S. H. B.; Bonfim, J. R. A.; Louvison, M.; Martins, C. L. & Capucci, P. F. (orgs.). (2014). *Associação Paulista de Saúde Pública: 40 anos de atuação no movimento sanitário paulista*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Paulino, J. (2007). *O pensamento sobre a favela em São Paulo: uma história concisa das favelas paulistanas* [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.
- Pechman, R. M. (1993). Os excluídos da rua: ordem urbana e cultura popular. En M. S. Bresciani (org.). *Imagens da cidade: séculos XIX-XX* (pp. 29-34). São Paulo: Marco Zero/Anpuh/Fapesp.
- Pereira, J. C. M. (2003). *Medicina, saúde e sociedade*. Ribeirão Preto, SP: Vilimpress.
- Pereira, L. (1983). Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento. *Medicina, Cultura & Ciência – Revista da Associação Médica Brasileira* (São Paulo), 1-23.

- Pereira Neto, A. F. (1997). *Ética e institucionalização da profissão médica (1927-1957): repertório de fontes documentais para uma história da criação do Conselho de Medicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pereira Neto, A. F. (2001). *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Peres, H. P. (2007). *Exuberância e invisibilidade: populações moventes e cultura em São Paulo: 1942 ao início dos anos 70* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Pesavento, S. J. (1995). Muito além do espaço: por uma história cultural do urbano. *Estudos históricos* (Rio de Janeiro), 8(16), pp. 279-290.
- Pinto, J. P. (1998). Os muitos tempos da memória. *Projeto História* (São Paulo), 17, pp. 203-11.
- Prado Junior, C. (1976). *História econômica do Brasil* [18a ed]. São Paulo: Brasiliense.
- Prior, T. (2013). Contra a decadência: o mito da virtude eugênica. En A. Mota & M. G. S. M. C. Marinho, *Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades* (pp. 85-98). São Paulo: UFABC/CD&G.
- Queiroz, M. I. P. (1978). *Cultura, sociedade rural, sociedade urbana no Brasil*. São Paulo: LTC/Edusp.
- Queiroz, S. R. R. (2004). Política e poder público na cidade de São Paulo, 1889-1954. En P. Porta (org.), *História da cidade de São Paulo: a cidade no império – 1823-1889* (v. 3, pp. 15-51). São Paulo: Paz e Terra.
- Ramos, A. (1955). *Saúde do espírito: higiene mental*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Reis, N. G. (2004). *Dois séculos de projetos no estado de São Paulo* (v. III, pp. 1930-2000). São Paulo: Edusp/Imprensa Oficial.
- Rey, L. (1956). *Contribuição para o conhecimento da morfologia, biologia e ecologia dos planorbídeos brasileiros transmissores da esquistossomose*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária.
- Rezende, M. J. (2001). *Ditadura militar no Brasil: repressão e pretensão de legitimidade – 1964-1984*. Londrina, PR: EdUEL.
- Ribeiro, M. A. R. (1993). *História sem fim... inventário da saúde pública*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Ribeiro, M. A. R. (2004). A cidade de São Paulo e a saúde pública – 1554-1954. En P. Porta (org.), *História da cidade de São Paulo: a cidade no império – 1823-1889* (v. 3, pp. 307-349). São Paulo: Paz e Terra.
- Ricoeur, P. (2007). *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas, SP: Ed. Unicamp.
- Rocha, H. H. P. (2001). *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo, 1918-1925* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.
- Rodrigues, G. K. (2015). *Não há cura sem anúncio: ciência, medicina e propaganda, São Paulo 1930-1939* [Disertación]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Rolnik, R. (1999a). Exclusão territorial e violência. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo), 13(4), pp. 100-11.

- Rolnik, R. (1999b). Para além da lei: legislação urbanística e cidadania, São Paulo 1886-1936. En M. A. A. Souza; S. C. Lins; M. P. C. Santos & M. C. Santos (orgs.), *Metrópole e globalização: conhecendo a cidade de São Paulo* (pp. 1-22). São Paulo: Cedesp.
- Romero, M. (2002). *Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889-1930*. Bauru, SP: Edusc.
- Romero, M. (2014). Nordestinos em São Paulo nos anos de 1950: imprensa popular, ciência e exclusão social. En *Anais Eletrônicos do XXI Encontro Estadual de História da Anpuh-SP*. Santos, SP.
- Saad, M. J.A. & Pereira, R. I. C. (dirs.) (2013). *FCM 50 anos: a realidade ultrapassou o sonho*. Campinas, SP: FCM Unicamp.
- Santos, M. (1994). *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. (2007). *O espaço do cidadão* [7a ed.]. São Paulo: Edusp.
- Santos, M. (2008). *A urbanização brasileira* [5a ed.]. São Paulo: Edusp.
- Santos, M. A. C. & Mota, A. (2010). *São Paulo, 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo: Alameda.
- Santos, N. R. (1967). Esquistossomose mansoni autóctone no Vale Médio Paraíba, estado de São Paulo: contribuição para estudo de zona endêmica [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Sayeg, M. A. (1987). A formação do médico generalista e a medicina especializada. En A. C. Médici (org.), *Textos de Apoio – Planejamento I: (1956). Recursos humanos de saúde* (pp. 65-87). Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/ENSP.
- Schmid, A. W. (1958). *Alguns dados epidemiológicos sobre a mortalidade de doenças transmissíveis respiratórias agudas no município de São Paulo (com uma crítica sucinta a respeito da morbidade e letalidade)* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Schraiber, L. B. (1980). *Contribuição ao estudo da educação médica* [Disertación]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Schraiber, L. B. (1988). A residência e a organização social da prática médica. En *Abrasco. Estudos de Saúde Coletiva* (pp. 113-118). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Schraiber, L. B. (1989). *Educação médica e capitalismo*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Schraiber, L. B. (org.) (1990). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. (1993a). *O médico e seu trabalho: limites de liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. (1993b). Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? En: *Cenepi –Informe Epidemiológico do SUS* (pp. 5-32). Brasília, DF.
- Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes-Gonçalves, R. B. (orgs.) (2000). *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica* [2a ed.]. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. & Mota, A. (2015). O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva* (São Paulo), 20(5), pp. 1467-1473.

- Schraiber, L. B.; Mota, A. & Novaes, H. M. D. (2009). Tecnologias em saúde. Em I. B. Pereira & J. C. F. Lima, *Dicionário de educação profissional em saúde* (2a ed, pp. 382-32). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.
- Schuman, L. V. (2014). *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. São Paulo: Fapesp/Annablume.
- Sevcenko, N. (1992). *Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sevcenko, N. (2000). *Pindorama revisitada: cultura e sociedade em tempos de virada*. São Paulo: Peirópolis.
- Silva, G. R. (1973). As origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 28(2), pp. 91-96.
- Silva, G. R. (2001). Entrevista. En W. C. F. Chassot (org.) *Memórias de origens: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 20 anos* (pp. 13-18). São Paulo: Hospital Universitário-USP.
- Silva, G. R. (2002). Da higiene à medicina preventiva: história do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. *Revista de Medicina* (São Paulo), 81(número especial), pp. 24-27.
- Silva, G. R.; Litvoc, J.; Goldbaum, M. & Dias, J. C. P. (1980). Aspectos da epidemiologia da doença de Chagas. *Ciência e Cultura* (Rio de Janeiro), 31, pp. 81-103.
- Silva, J. A. (2006). Comentário: Considerações sobre os cursos curtos de Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 40(5), pp. 780-784.
- Silva, L. J. (1985). Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), 19(1), pp. 1-7.
- Silva, U. V. (2008). *Velhos caminhos, novos destinos: migrantes nordestinos na Região Metropolitana de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Silva Filho, J. C. M. (2008). O anjo da história e a memória das vítimas: o caso da ditadura militar no Brasil. *Veritas* (Porto Alegre), 53(2), pp. 150-78.
- Silva Júnior, A. G. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Silveira, M. M. (2005). Estatística demográfica do estado de São Paulo: modificações na estrutura das causas de óbitos (1958). En R. S. Silva & M. G. G. Morell, *Política nacional de saúde pública – a trindade desvelada: economia, saúde, população* (pp. 127-178). Rio de Janeiro: Revan.
- Sophia, D. C. (2015). *Saúde & Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária brasileira*. São Paulo: Hucitec/Sobravime.
- Souza, A. M. A. F. (2016). *Caminhos da vigilância sanitária brasileira: proteger, vigiar, regular*. São Paulo: Hucitec.
- Sposati, A. O. (coord.) (1985). *A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo: história e memória*. São Paulo: Departamento de Patrimônio Histórico.

- Stepan, N. (2005). *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Stotz, E. N. (2003). Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo), 17(1), pp. 25-33.
- Tavano, P. T. (2015). *Tramas da tessitura curricular: o Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1968-1975)* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo.
- Teixeira, L. A. (2015). Rodolfo dos Santos Mascarenhas: pioneiro da história da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 20(4), pp. 1135-1141.
- Teixeira, S. F. (1987). O dilema reformista na Reforma Sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro: FGV), 21(4), pp. 94-115.
- Telarolli Júnior, R. (1996). *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. Unesp.
- Tiriba, A. C. (2009). Dr. José de Toledo Piza, o sanitarista que honrou a 1ª turma da Faculdade de Medicina de São Paulo. *Revista da Associação Paulista de Medicina – APM* (São Paulo), 203, pp. 67-89.
- Vaidergorn, J. (1995). *As seis irmãs – as Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras: institutos isolados de ensino superior no estado de São Paulo – 1957-1964* [Tesis]. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Valentim, L. S. O. (2007). *Requalificação urbana: contaminação do solo e riscos à saúde*. São Paulo: Annablume/Fapesp.
- Valladares, L. P. (2015). *A invenção da favela: do mito de origem à favela*. Rio de Janeiro: EdFGV.
- Vasconcelos, E. A. (1999). *Circular é preciso, viver não é preciso: a história do trânsito na cidade de São Paulo*. São Paulo: Annablume/Fapesp.
- Vasconcellos, M. P. (1995). *Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec.
- Venâncio, P. (2012). *A cena do subúrbio: o teatro como meio de comunicação da cultura local na região do ABC paulista (1961-1990)* [Disertación]. São Caetano do Sul, SP: Universidade Municipal de São Caetano do Sul.
- Verzolla, B. L. P. (2017). *Medicina, saúde e educação: o discurso médico-eugênico nas teses doutorais da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1920-1939*. [Disertación]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Vieira da Silva, L. M. (1990). *A descentralização das ações de saúde no município: o caso de Camagari* [Tesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Vieira da Silva, L. M. et al. (2011). *O espaço da saúde coletiva. Relatório final*. Processo CNPq n. 473126/2009-5. CAPES (BEX 2041/09-0).
- Vieira da Silva, L. M.; Paim, J. S. & Schraiber, L. B. (2014). O que é saúde coletiva. En J. S. Paim & N. Almeida Filho (orgs.), *Saúde coletiva: teoria e prática* (pp. 3-12). Rio de Janeiro: MedBook.

Vimieiro-Gomes, A. C. (2016). Biotipologia, regionalismo e a construção de uma identidade corporal brasileira no plural, década de 1930. *História, Ciência, Saúde –Manguinhos* [online], 23(supl.1), pp. 111-30.

Zanirato, S. H. (2000). São Paulo, 1930/1940: novos atores urbanos e a normatização social. *História Social* (Campinas, SP), 7, pp. 241-264.

Lugares de investigación

Arquivo do Estado de São Paulo

Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública-USP

Centro de Memória da Faculdade de Saúde Pública-USP

Instituto Adolpho Lutz

Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz-FMUSP

Fuentes primarias

Periódicos

A Gazeta. (1945). São Paulo, jul. 6.

A Gazeta. (1945) São Paulo, set. 13.

A Gazeta. (1945). São Paulo, set. 15.

A Gazeta. (1945). São Paulo, set. 21.

A Gazeta. (1945). São Paulo, dez. 11.

A Gazeta. (1947). São Paulo, mar. 4.

A Gazeta. (1947). São Paulo, abr. 10.

A Gazeta. (1947). São Paulo, maio 8.

A Gazeta. (1947). São Paulo, ago. 7.

A Gazeta. (1947). São Paulo, ago. 16.

A Gazeta. (1947). São Paulo, set. 25.

A Hora. (1951). São Paulo, dez. 31.

A Noite. (1945). São Paulo, jul. 12.

A Noite. (1947). São Paulo, ago. 15.

A Noite. (1945). São Paulo, ago. 29.

Correio da Manhã. (1967). Rio de Janeiro, jan. 3.

Correio Paulistano. (1945). São Paulo, ago. 7.

Correio Paulistano. (1945). São Paulo, set. 26.

Correio Paulistano (1947). São Paulo, jul. 31.

Diário da Noite. (1941). São Paulo, jan. 14.

Diário da Noite. (1948). São Paulo, fev. 28.

Diário da Noite. (1951). São Paulo, mar. 7.

Diário da Noite. (1951). São Paulo, jun. 10.

Folha da Noite. (1947). São Paulo, set 11.

Folha da Tarde. (1957). São Paulo, dez. 8.

Folha da Tarde. (1958) São Paulo, nov. 19.

Folha da Tarde. (1958). São Paulo, nov. 27.

Folha de S. Paulo. (1983). São Paulo, mar. 25.

Jornal da Tarde. (1983). São Paulo, mar. 5.

Jornal da Tarde. (1983). São Paulo, mar. 25.

Jornal do Brasil. (1967). Rio de Janeiro, maio 23.

Jornal do Brasil. (1967). Rio de Janeiro, jul. 21; Supl.

Mello, C.G. (1976). Editorial. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 9 nov. p. 8.

O Bisturi. (1939). Editorial, São Paulo, ano VII, n. 30, maio.

O Bisturi. (1966). São Paulo, fev. 24.

O Esporte. (1951). São Paulo, nov. 27.

O Estado de S. Paulo. (1931). São Paulo, out. 16.

O Estado de S. Paulo. (1947). São Paulo, mar. 26.

O Estado de S. Paulo. (1952). São Paulo, mar. 18.

O Estado de S. Paulo. (1956). São Paulo, mar. 11.

O Estado de S. Paulo. (1956). São Paulo, out. 6.

O Estado de S. Paulo. (1957). São Paulo, mar. 24.

O Estado de S. Paulo (1957). São Paulo, jun. 26.

O Estado de S. Paulo. (1957). São Paulo, set. 13.

O Estado de S. Paulo. (1957). São Paulo, nov. 9.

O Estado de S. Paulo. (1958). São Paulo, mar. 2.

O Estado de S. Paulo. (1958). São Paulo, abr. 3.

- O Estado de S. Paulo*. (1960). São Paulo, dez. 8.
- O Estado de S. Paulo*. (1961). São Paulo, jun. 26.
- O Estado de S. Paulo*. (1964). São Paulo, maio 10.
- O Estado de S. Paulo*. (1964). São Paulo, out.29.
- O Estado de S. Paulo*. (1966). São Paulo, maio 26.
- O Estado de S. Paulo*. (1967). São Paulo, jan. 29.
- O Estado de S. Paulo*. (1968). São Paulo, jan. 2.
- O Estado de S. Paulo*. (1972). São Paulo, fev. 3.
- O Estado de S. Paulo*. (1972). São Paulo, fev. 5.
- O Estado de S. Paulo*. (1972). São Paulo, set. 30.
- O Estado de S. Paulo*. (1974). São Paulo, jul. 26.
- O Estado de S. Paulo*. (1975). São Paulo, mar. 1.
- O Estado de S. Paulo*. (1975). São Paulo, maio 15.
- O Estado de S. Paulo*. (1980). São Paulo, fev. 3.
- O Estado de S. Paulo*. (1980). São Paulo, abr. 2.
- O Estado de S. Paulo*. (1980). São Paulo, jun. 15.
- O Estado de S. Paulo*. (1983). São Paulo, mar. 26.
- O Estado de S. Paulo*. (1987). São Paulo, maio 22.
- O Estado de S. Paulo*. (1987). São Paulo, nov. 24.
- O Estado de S. Paulo*. (1987). São Paulo, dez. 5.
- O Tempo*. (1951). São Paulo, out. 19.
- Pereira, L. M. Trapézio cerebral. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 4 dez. 1946.
- Ulhoa Cintra AB. Editorial. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo, 13 nov. 1976. p. 22.

Publicaciones

- Barreto, J. B. (1951). *Compêndio de higiene*. Rio de Janeiro, GB.
- Boletim do Departamento Estadual de Estatística. (1944). N° 12, São Paulo: Tipografia Brasil.
- Borges Vieira, F. (1932). Administração sanitária em São Paulo. *São Paulo Médico* (São Paulo), III(3), pp. 18-35.
- Borges Vieira, F. (1945). Questões de saúde e assistência na cidade e no campo. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo* (São Paulo: Imprensa Oficial do Estado), 87, pp. 1-36.

- Borges Vieira, F.; Santos, J. A. A. & Silva, H. L. (1948). Poliomielite aguda: sua incidência em São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo* (São Paulo), 2, pp. 217-251.
- Carrijo, L. N.; Martins, J. A. & Gayotto, P. (1948). Alguns aspectos sanitários das habitações localizadas em zona urbana desprovidas de serviços públicos de saneamento. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo* (São Paulo).
- Comunidade HC contesta Congregação. (1983). (Mimeo.)
- Costa, C. C. (1950). *Puericultura: eugenesia, pré-natal, mortinatalidade, maternidade, assistência obstétrica domiciliar – Serviço Social* [3a ed.]. Rio de Janeiro: Depto. de Imprensa Nacional.
- Dificuldade de um Centro de Saúde. (1979). São Paulo. (Mimeo.)
- Dória, A. (1945). *O homem em face da medicina*. Imprensa Médica (Rio de Janeiro).
- Dreyfus, A. (1932). Seara dos esculápios (collectanea de discursos e escriptos acerca de cultos e assumptos médicos). *Revista dos Tribunaes* (São Paulo).
- Leser, W. S. P. et al. (1968) *Reorganização da Secretaria da Saúde Pública do Estado de São Paulo*. En XVII Congresso Brasileiro de Higiene; Salvador. (Mimeo.)
- Leser, W. S. P. (1975). *Discurso de Posse como Secretário Estadual de Saúde de São Paulo*. São Paulo out. 17. (Mimeo.)
- Leser, W. S. P.; Paiva, O. M. (1977). Processo N° 17.397/1975. Termo de convênio celebrado entre a Secretaria do Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo visando a operação do Centro de Saúde-Escola no sub-distrito do Butantã. São Paulo; abr. 12.
- Meira, R. (1932). Discursos. *Revista da Associação Paulista de Medicina* (São Paulo), I, pp. 51-68.
- Montenegro, B. (1944). Discurso pronunciado na inauguração do Hospital das Clínicas, em 19 de abril de 1944. *Revista Médico-Social* (São Paulo), II(17), pp. 33-8.
- Objetivos do Seminário sobre poluição do ar. (1966). São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública. Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. (Mimeo.)
- Paula Souza, G. H. & Borges Vieira, F. (1944). Centro de Saúde: eixo da organização sanitária. *Boletim do Instituto de Hygiene* (São Paulo), 59, pp. 1-59. Imprensa Oficial do Estado.
- Paula Souza, G. H. (1924). Serviço de estatística sanitária. *Boletim do Instituto de Hygiene* (São Paulo), 19, pp. 1-29. Publicado sob auspícios do Governo do Estado de São Paulo e da Fundação Rockefeller.
- Paula Souza, G. H. (1928). *Eugenia e imigração*. Rio de Janeiro: Canton & Beyer.
- Paula Souza, G. H. (1938). Tenhamos fé no futuro da raça. *Revista Viver – Mensário de Saúde, Força e Beleza* (São Paulo), ano I, pp. 2-4.
- Pessoa, S. B. (1978). Discurso de paraninfo aos doutorandos de 1940 da Faculdade de Medicina de São Paulo. En J. R. F. A. Bonfim & D. C. Costa Filho (orgs.), *Samuel Pessoa: ensaios médico-sociais* (pp. 238-250). São Paulo: Cebes/Hucitec.

- Saúde Pública: é preciso pensar e agir coletivamente. (S/d). São Paulo. (Mimeo.)
- Toledo Piza, A. (1951). *Novos rumos para a saúde pública e assistência social: a criação do Ministério da Saúde*. En IX Congresso Brasileiro de Higiene; Porto Alegre. (Mimeo.)
- Vizzoto, S. (1938). Editorial: Eugenia. *Boletim de Higiene Mental* (São Paulo), pp. 86-88.

Tesis

- Cortez, A. (1926). *Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo.
- Monteleone, P. (1929). *Os cinco problemas da eugenia brasileira*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Sauaia, N. (1995). *Memorial para Concurso de Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva FMUSP*. São Paulo.

Proyectos

- Anteproyeto de pesquisa: Inquérito populacional na área do Centro de Saúde Escola do Butantã*
Samuel B. Pessoal. (1987). São Paulo. (Manuscrito.)
- Encaminhamentos para a reformulação do trabalho no Centro de Saúde Escola – CMA sob enfoque da Saúde Coletiva*. (1987). São Paulo; maio/jul. (Mimeo.)
- Fluxograma para organização do trabalho do CSE na unificação dos serviços de saúde do Butantã – SUDS 2: proposta para o Pronto Atendimento Articulado ao Atendimento Médico Programático*. (1988). São Paulo. (Mimeo.)
- Projeto das Unidades Sanitárias das Fazendas Experimentais do Lageado e Edgardia. Departamento de Medicina Preventiva, Social e Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu*. (1970). Botucatu; jan. (Mimeo.)
- Projeto de Ação da Faculdade de Medicina da USP no Centro de Saúde do Butantan*. (1976). São Paulo. (Manuscrito.)
- Projeto de Residência em Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu*. (1970). Botucatu; abr. (Mimeo.)

Cursos

- Curso de Ciências Sociais e Planejamento. Curso Experimental do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. (1972). São Paulo. (Manuscrito.)

- Curso de Epidemiologia. (1972). Curso Experimental do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. São Paulo. (Manuscrito.)
- Curso de Graduação em Medicina. (1976). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo. (Mimeo.)
- Machado, E. M. (1969). Curso Experimental de Medicina: passado, presente, perspectivas. São Paulo. (Mimeo.)
- Meira, J. A. (1976). Fusão dos cursos tradicional e experimental da Faculdade de Medicina. Plano de estudos. São Paulo. (Mimeo.)
- Programa da disciplina MPR 310. (1982). Medicina Preventiva. 3º ano da Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo. (Mimeo.)
- Programa de Ensino e Pesquisa do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. (1982). São Paulo. (Mimeo.)
- Programa que servirá de base às provas do Concurso para Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva. (1984). São Paulo; nov. 28. (Mimeo.)
- Programas e horários do 5º ano da Faculdade de Medicina. 1969. (Mimeo.)
- Raw, I. (1969). Curso de Genética. Programas e horários do 1º ano. São Paulo: FMUSP.
- Raw, I. (2012). *Um cientista bom de briga: uma biografia*. São Paulo. pp. 136-37. (Mimeo.)
- Residência em Medicina Preventiva. Comissão de Residência do Departamento de Medicina Preventiva FMUSP. (1979). *I Fórum de Debates*. São Paulo.
- Unidade – Saúde Mental. (1972). Curso Experimental do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. São Paulo. pp. 1-12. (Mimeo.)

Informes

- Associação de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. (1978). Conclusões dos debates do I Encontro. São Paulo.
- Centro de Saúde do Instituto de Saúde. (1935). *Relatório*. São Paulo (Mimeo.)
- Coordenadoria de Saúde da Comunidade para o ano de 1974. (1975). Departamento Regional da Grande São Paulo (DRS1). *Relatório das Atividades Desenvolvidas*. São Paulo. (Mimeo.)
- Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. (1995). Relatório: projeto acadêmico para desenvolvimento de ensino, pesquisa e prestação de serviços para o período de 1996-2000. São Paulo. pp. 1-56.
- Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. (1986). *Relatório anual de atividades*. São Paulo. pp. 1-8. (Mimeo.)
- Lajolo, T. (2012). Relatório apresentado à Câmara de Vereadores de São Paulo. São Paulo; 1991 maio 15. En: *Vala clandestina de Perus: desaparecidos políticos, um capítulo não encerrado da história brasileira*. São Paulo: Editora do autor.

- Meira, J.A. (1970). *Relatório de atividades*. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, jan. (Mimeo.)
- O espaço da Saúde Coletiva. (2001). *Relatório de pesquisa com auxílio financeiro*. Edital de dezembro. MCT/CNPq 14/2009 – Universal – Faixa A. Processo CNPq no 473126/2009-5. CAPES (BEX 2041/09-0).
- Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP. (1986). *Relatório de Atividades do Exercício de 1985*. São Paulo; jan. 28. (Mimeo.)
- Ribas, E.M. (1905). Relatório do Director do Serviço Sanitário apresentado a Cardoso de Almeida, Secretário dos Negócios do Interior e da Justiça. Referência – 1904. São Paulo: Typ. do Diario Official.
- Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. (1971). *Relatório de atividades*. São Paulo; fev. (Mimeo.)
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (1979). *Relatório de atividades*. São Paulo. (Mimeo.)
- Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP. (1986). *Relatório de Atividades do Exercício de 1985*. São Paulo; jan. 28. (Mimeo.)

Actas

- Ata da Reunião da Comissão Julgadora do Concurso para professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 27 de dezembro de 1985. (1985). En *Processo do Concurso para Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva*. (Mimeo.)
- Ata da Reunião do Conselho do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1977). São Paulo; abr. 12.
- Ata da Sessão da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1964). São Paulo; mar. 2.
- Ata da Sessão da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1965). São Paulo; abr. 9.
- Ata da Sessão da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1965). São Paulo; maio 21.
- Ata da Sessão da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1965). São Paulo; jun. 22.
- Ata da Sessão da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1967). São Paulo; abr. 17.
- Atas da 4ª, 8ª e 9ª Reunião do Conselho do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1970). São Paulo.

Ata da Sessão Extraordinária da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (1985). São Paulo; out. 11.

Correspondencia

Aguiar, E. C. (1950). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas a Edmond Acar, Juiz de Menores da Comarca da Capital. São Paulo; jun. 6.

Aguiar, E. C. (1950). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas a Eugenio Fortes Coelho, Juiz de Direito da 6ª Vara Criminal. São Paulo; jul. 7.

Aguiar, E. C. (1950). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas a Edmond Acar, Juiz de Menores da Comarca da Capital. São Paulo; jul. 18.

Aguiar, E. C. (1950). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas a Jayme A. A. Cavalcanti, Presidente do Conselho de Administração. São Paulo; nov. 20.

Carta a Carlos da Silva Lacaz, Diretor da Faculdade de Medicina. (1976). São Paulo; out. 1.

Bastos, E. S.; Correa Netto, A.; Decourt, L. V.; Lacaz, C. S.; Machado, E. M.; Raw, I.; Silva, A. C.; Tolosa, A. P. M.; Ulhôa Cintra, A. B. (1966). *Carta a João Alves Meira, Diretor da Faculdade de Medicina*. São Paulo; out. 17. (Mimeo)

Castro, M. A. (1968). *Carta a Evangelina de Paula Souza*. São Paulo; maio 10. (Missiva.)

Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. (S/f). *Carta à comunidade acadêmica*. São Paulo.

Diretoria da Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. (1985). *Carta a Adib Jatene*. São Paulo; nov. 30.

Departamento de Medicina Legal, Medicina Social e do Trabalho e Deontologia Médica. (S/f). *Carta a Carlos da Silva Lacaz, Diretor da Faculdade de Medicina*. São Paulo. (Mimeo.)

Lacaz, C. S. (1976). Carta a Antônio Guimarães Ferri, Coordenador da Câmara de Graduação. São Paulo; out. 27.

Leite, O. C. (1972). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas a Nestor Sampaio Pentead, Delegado Titular do 23º Distrito Policial. São Paulo; set. 18. p. of. 392/AS.2 – Proc. 543/72.p. 1624/A.2.

Leite, O. C. (1972). Carta do Superintendente do Hospital das Clínicas ao Gal. Sérvulo Mota Lima, Secretário de Segurança Pública do Estado de São Paulo. São Paulo: out. 2.p. p.1693/A.2.

Lima, J. T. C. (1983). Carta à Superintendência do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo; abr. 16.

Manreza, L. A. (1983). Carta à Diretoria de Serviços de Neurologia de Emergência do Hospital das Clínicas FMUSP. São Paulo; set. 12.

Mesquita, A. C.; Yunes, J.; Trigo, W. A.; Alckmin, G. (1983). Carta da Comissão formada para estudar a eleição do HC a André Franco Montoro, governador do estado de São Paulo. São Paulo; mar. 3.

- Montoro, A. F. (1983). Carta a Silvano Raia, Presidente do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP. São Paulo; mar. 28.
- Ofício N° 79 do Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. 1985 São Paulo; out. 9. (Mimeo.)
- Ofícios Enviados: 501-1071. (1950). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. (Mimeo.)
- Raia, S. (1983). Carta a Guilherme Rodrigues da Silva, membro da Congregação-FMUSP). São Paulo; fev. 28.
- Silva, G. R. (1984). Carta a José da Silva Guedes, Secretário Municipal de Saúde. São Paulo; set. 11.
- Silva, G. R. (1976). Carta a Carlos da Silva Lacaz, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo; nov. 5. (Mimeo.)
- Silva, G. R. (S/f). Carta a Raphael de Mello Alvarenga. São Paulo (Mimeo.)

Documentos diversos

- A mais nova ameaça ao curso médico da FMUSP. (1976). São Paulo. (Mimeo.)
- Abaixo-assinado. (1983). São Paulo; mar. 16.
- Assessoria de Imprensa do Gabinete do Secretário de Saúde do Estado de São Paulo. (1975). fev. 27. (Mimeo.)
- Barbosa, E. S. (1963). Registro (S/N°). Serviço do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas-FMUSP. São Paulo; dez. 3.
- Branco, N. L. (1958). Registro N° 43. Serviço do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas-FMUSP. São Paulo; jul. 17.
- Centro Acadêmico Oswaldo Cruz e a Representação Discente na Congregação da FMUSP. (1976). Convocação de Assembléia. São Paulo. (Mimeo.)
- Decreto 4955, de 1 de abril de 1931. (1931). Reorganização do Instituto de Higiene de São Paulo São Paulo: Imprensa Oficial.
- Divisão de Estatísticas Administrativas e Políticas. (Diretor geral substituto: Teófilo B. de Vasconcelos). Departamento de Estatística do Estado. (1964). São Paulo. pp. 100-104. (Mimeo.)
- Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo. (1973). X Reunião dos Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo. nov. 9-11; São Paulo. (Mimeo.)
- Documento dos Centros de Saúde Escola do Estado de São Paulo. (1979). São Paulo; maio 31. (Mimeo.)
- Medicina Preventiva. Banca B. (1985). São Paulo; out. 11. (Mimeo.)

- Moreira, G. I. (1956). Registro N° 5. Serviço do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas-FMUSP. São Paulo; mar. 9.
- Pessoni, L. (1956). Registro N° 11. Serviço do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas-FMUSP. São Paulo; maio 9.
- Processo do Concurso para Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva. (1985). São Paulo. (Mimeo).
- Silva, G. R. (1968). Súmula das atividades da Cadeira de Higiene e Medicina Preventiva. Departamento de Medicina Preventiva-FMUSP. São Paulo; fev 2. p. 1-15. (Mimeo.)
- Silva, W. N. (1979). I Fórum de Debates em Residência Preventiva. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva FMUSP. (Mimeo.)
- Souza, A. P. (1956). Registro N° 21. Serviço do Pronto-socorro do Hospital das Clínicas-FMUSP. São Paulo; ago. 7.

Películas

- Arouca, A. S. S. (2013). Discurso de abertura da VIII Conferência de Saúde, 17-21 de março de 1986. *Democracia é saúde*. Brasília, DF; set. 7 [citado 12 jun. 2017]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ
- Verdade 12.528. (2015). Direção e produção: Paula Sacchetta e Peu Robles. Realização: João e Maria.doc. Youtube [internet]. mar. [citado 13 mar. 2017]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=7l9OJOGfOc0>

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

30. *Hospitalismo*

Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*

Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*

Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*

Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*

Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*

Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*

Mario Testa, 2022

22. *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*

Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*

Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*

Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadír de planificación popular*

Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*

Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*

Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*

Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*

Matio Testa, 2020

10. *La salud mental en China*

Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*

Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*

Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*

Josué de Castro, 2019

5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*

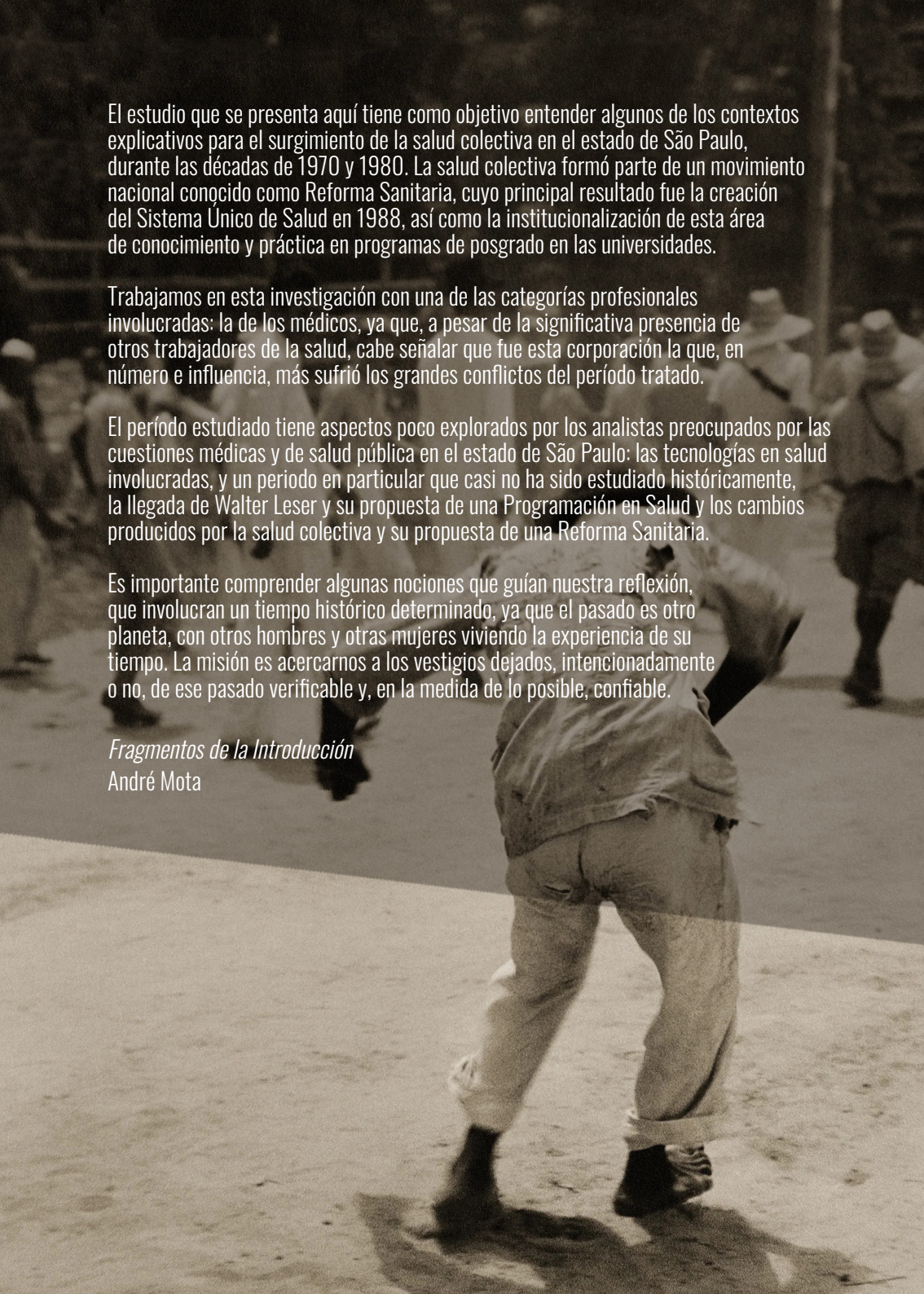
Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*

Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*

Ramón Carrillo, 2018



El estudio que se presenta aquí tiene como objetivo entender algunos de los contextos explicativos para el surgimiento de la salud colectiva en el estado de São Paulo, durante las décadas de 1970 y 1980. La salud colectiva formó parte de un movimiento nacional conocido como Reforma Sanitaria, cuyo principal resultado fue la creación del Sistema Único de Salud en 1988, así como la institucionalización de esta área de conocimiento y práctica en programas de posgrado en las universidades.

Trabajamos en esta investigación con una de las categorías profesionales involucradas: la de los médicos, ya que, a pesar de la significativa presencia de otros trabajadores de la salud, cabe señalar que fue esta corporación la que, en número e influencia, más sufrió los grandes conflictos del período tratado.

El período estudiado tiene aspectos poco explorados por los analistas preocupados por las cuestiones médicas y de salud pública en el estado de São Paulo: las tecnologías en salud involucradas, y un período en particular que casi no ha sido estudiado históricamente, la llegada de Walter Leser y su propuesta de una Programación en Salud y los cambios producidos por la salud colectiva y su propuesta de una Reforma Sanitaria.

Es importante comprender algunas nociones que guían nuestra reflexión, que involucran un tiempo histórico determinado, ya que el pasado es otro planeta, con otros hombres y otras mujeres viviendo la experiencia de su tiempo. La misión es acercarnos a los vestigios dejados, intencionadamente o no, de ese pasado verificable y, en la medida de lo posible, confiable.

Fragmentos de la Introducción

André Mota