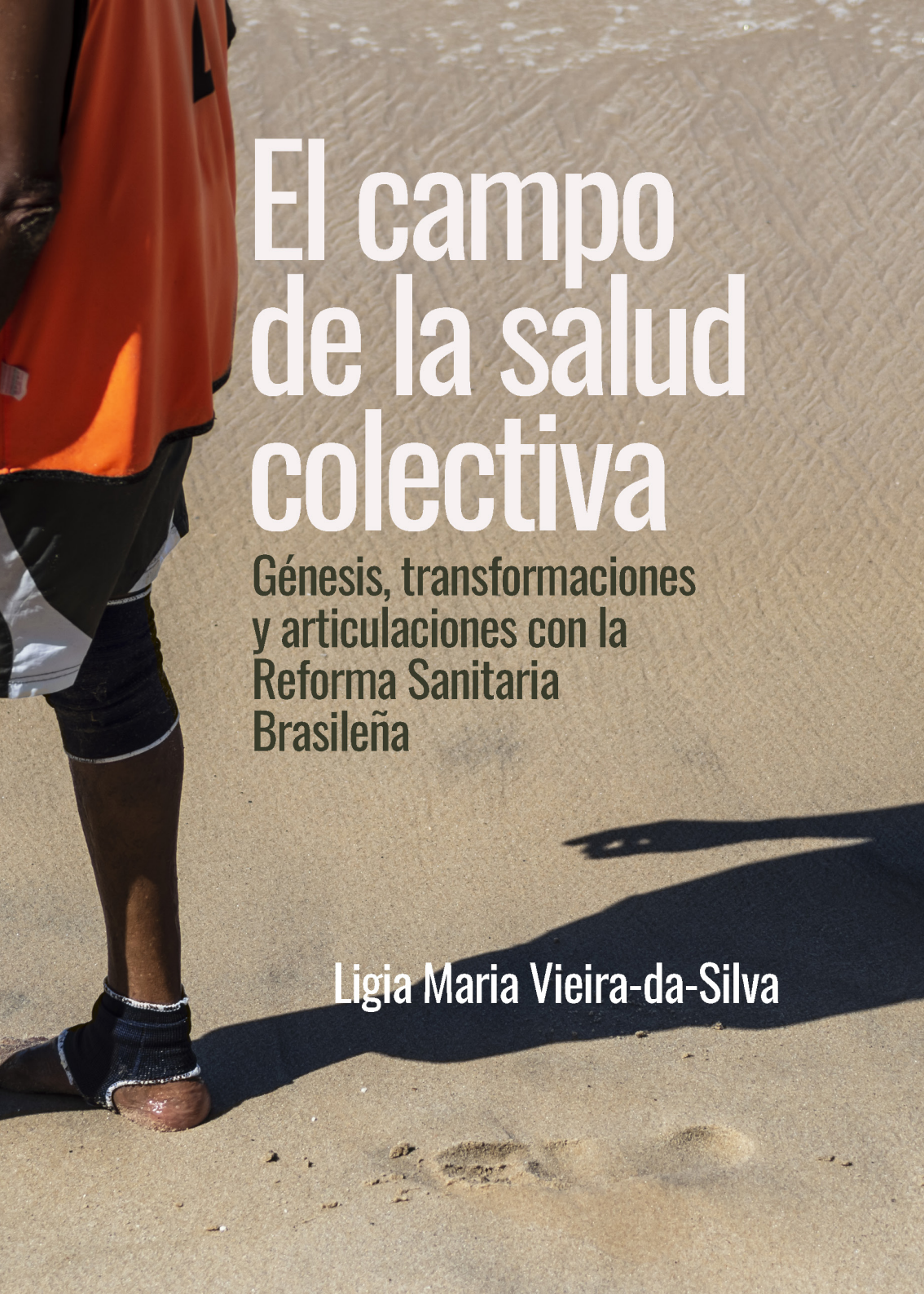




El campo de la salud colectiva

Génesis, transformaciones
y articulaciones con la
Reforma Sanitaria
Brasileña

Ligia Maria Vieira-da-Silva

El campo de la salud colectiva

Génesis, transformaciones y articulaciones con la Reforma Sanitaria Brasileña

Ligia Maria Vieira-da-Silva



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Vieira-da-Silva, Ligia Maria

El campo de la salud colectiva : génesis, transformaciones y articulaciones con la reforma sanitaria brasileña / Ligia Maria Vieira-da-Silva. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2026.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; 73)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6723-27-7

1. Salud. 2. Políticas Públicas. 3. Reforma Social. I. Título.

CDD 610.7

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa e interiores: *Thales Antonio, Luciana Baldi, Fabrine dos Reis Bastos, Igor Alecsander y Leila Melhado*

Digitalización del texto: *Guillermo E. Eisenacht*

Edición de ilustraciones: *Guillermo E. Eisenacht*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Corrección de pruebas: *Ivana Baldi*

Título original: *O Campo da Saúde Coletiva : gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*

Primera edición en portugués: ISBN 978-85-232-1788-4 (EDUFBA, Salvador), ISBN 978-85-7541-619-8 (Editora Fiocruz, Rio de Janeiro). 2018. 269 p.

Agradecemos a las editoriales Fiocruz y EDUFBA por la autorización para la publicación de este libro en español.

© 2026, Ligia Maria Vieira-da-Silva

© 2026, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-631-6723-27-7

DOI [10.18294/CI.9786316723277](https://doi.org/10.18294/CI.9786316723277)

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.



Listado de siglas

ABEM Asociación Brasileña de Escuelas Médicas
Abrasco Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva
AI5 Acto Institucional 5
ALAESPA Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
APHA American Public Health Association
ARENA Alianza Renovadora Nacional
BID Banco Interamericano de Desarrollo
CAPES Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior
Cebes Centro Brasileño de Estudios en Salud
CEBRAP Centro Brasileño de Análisis y Planificación
CD Cuerpo Docente
CEDU Centro de Estudios de Desarrollo Urbano
CEME Central de Medicamentos
CENDES Centro de Estudios del Desarrollo
CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESSP Centro Europeo de Sociología y Ciencia Política
CFR Council on Foreign Relations
CIA Central de Inteligencia de los Estados Unidos de América
CITC Centro de Información Científica y Tecnológica
CLATES Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud
CLT Consolidación de las Leyes del Trabajo
CNPq Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico
CNRM Comisión Nacional de Residencia Médica
COC Casa de Oswaldo Cruz
CONASEMS Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud
CONASP Consejo Nacional de Administración Previsional
CONASS Consejo Nacional de Secretarios de Salud
CONEP Comisión Nacional de Ética en Investigación
COSEMS Consejo Estatal de Secretarios Municipales de Salud
DOI-CODI Destacamento de Operaciones de Información Centro de Operaciones de Defensa Interna
DPMS Departamento de Investigaciones Médico-Sociales
ELAS Escuela Latinoamericana de Sociología
ENSP Escuela Nacional de Salud Pública
EEUU Estados Unidos de América
FAPESP Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo
FCM Facultad de Ciencias Médicas
FSESP Fundación Servicio de Salud Pública
HUPES Hospital Universitario Profesor Edgard Santos
ICICT Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud
INAMPS Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social

INAMPS (PAR-MS/MP/SP) Programa de Apoyo a la Residencia en Medicina Social,
Medicina Preventiva y Salud Pública
ISC Instituto de Salud Colectiva
MEC Ministerio de Educación
NOB Normas Operacionales Básicas
NUTES Núcleo de Tecnología Educacional en Salud
OAPS Observatorio de Análisis Política en Salud
OCIAA Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos
OEA Organización de los Estados Americanos
OMS Organización Mundial de la Salud
ONG Organización No Gubernamental
ONU Organización de las Naciones Unidas
OPS Organización Panamericana de la Salud
PASB Oficina Sanitaria Panamericana
PCB Partido Comunista Brasileño
PCdoB Partido Comunista de Brasil
PCI Partido Comunista Italiano
PDS Partido Democrático Social
PESES Programa de Estudios Socioeconómicos en Salud
PEPPE Programa de Estudios y Investigaciones Poblacionales y Epidemiológicas
PIASS Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento
PIFAT/PAT Programa de Incentivo Fiscal a la Alimentación de los Trabajadores
PNI Programa Nacional de Inmunizaciones
PPREPS Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud
PPS Partido Popular Socialista
PROSOCI Programa de Apoyo al Desarrollo Social
PSB Partido Socialista Brasileño
PT Partido de los Trabajadores
PUC Pontificia Universidad Católica
RSB Reforma Sanitaria Brasileña
SAS Secretaría de Atención a la Salud
SBH Sociedad Brasileña de Higiene
SBPC Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia
SES Secretaría Estatal de Salud
SESP Servicio Especial de Salud Pública
SSMARGS Secretaría de Salud y Medio Ambiente de Rio Grande do Sul
SUCAM Superintendencia de Campañas de Salud Pública
SUDENE Superintendencia del Desarrollo del Nordeste
SUS Sistema Único de Salud
UDN Unión Democrática Nacional
UERJ Universidad del Estado de Río de Janeiro
UFBA Universidad Federal de Bahía
UFC Universidad Federal de Ceará
UFJF Universidad Federal de Juiz de Fora
UFM Universidad Federal de Maranhão
UFMG Universidad Federal de Minas Gerais

UFPB Universidad Federal de Paraíba
UFPE Universidad Federal de Pernambuco
UFSM Universidad Federal de Santa María
UFU Universidad Federal de Uberlândia
UnB Universidad de Brasília
UNE Unión Nacional de Estudiantes
Unesco Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICAMP Universidad Estatal de Campinas
UNIRIO Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro
USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USP Universidad de São Paulo



Ligia Maria Vieira-da-Silva

Es profesora emérita del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal da Bahia (UFBA). Se graduó como médica, por la UFBA. Es magíster en Salud Colectiva por la UFBA y doctora en Medicina (Medicina Preventiva) por la Universidad de São Paulo (USP). Realizó un posdoctorado en la Universidad de Montreal, Canadá, y una estancia senior en el Centro de Sociología Europea (CSE) en París. Fue

profesora asistente, adjunta y asociada del Instituto de Salud Colectiva (ISC-UFBA). Se desempeñó como secretaria de Salud del Municipio de Camaçari, como coordinadora de posgrado y directora del Instituto de Salud Colectiva de la UFBA.

Fue coordinadora de investigación de la Pró-Reitoria de Pesquisa, Criação e Inovação (PROPCI-UFBA), y del Comité Asesor de Salud Colectiva y Nutrición del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Ha sido profesora visitante del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), y participó en la Comisión de Evaluación de los Programas de Posgrado del área de Salud Colectiva de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Fue editora asociada de la revista *Cadernos de Saúde Pública*, miembro del Consejo Editorial de la editorial de la FIOCRUZ y es miembro del Consejo Editorial de la revista *Salud Colectiva* (Buenos Aires, Argentina).

Es parte del Directorio de Investigación en Planificación, Gestión y Evaluación del CNPq y coordina un grupo de investigación sobre Evaluación en Salud y análisis sociohistórico de políticas de salud en el ISC-UFBA. Coordinó el Grupo de Trabajo en Evaluación de Políticas y Programas de Salud de la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO).

Publicó numerosos artículos, libros y capítulos de libros. Entre sus libros, se destaca *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud* en coautoría con Zulmira Maria de Araújo Hartz, publicado en 2025 en la colección Cuadernos del ISCo.

Colaboraron en este libro

Jairnilson Silva Paim

Profesor emérito de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Profesor titular jubilado de Política de Salud del Instituto de Salud Colectiva (ISC-UFBA). Doctor en Salud Pública por la UFBA. Investigador 1-B del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Brasil.

Sandra Garrido de Barros

Profesora adjunta de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Doctora en Salud Pública por la UFBA, Brasil.

Jamacy Costa Souza

Profesor adjunto de la Escuela de Nutrición de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). Doctor en Salud Pública por la UFBA, Brasil.

Gerluce Alves Pontes da Silva

Médica del Ministerio de Salud. Doctora en Salud Pública por la Universidad Federal de Bahía (UFBA), Brasil.

Lilia Blima Schraiber

Médica, doctora en Medicina. Profesora Senior, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo. Investigadora 1A, Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), Brasil.

Patrice Pinell

Sociólogo, director emérito de investigación Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) y miembro del Centre Européen de Sociologie et Science Politique (CESSP), París, Francia.

Índice

Prefacio	XIII
<i>Lilia Blima Schraiber</i>	
La salud colectiva y la invención de lo nuevo	XIII
Presentación	1
Capítulo 1. Las condiciones históricas de posibilidad	13
Filantropía internacional y la constitución de una elite intelectual	14
Transformaciones en el campo médico y las agencias estadounidenses	26
Medicina Preventiva y la Organización Panamericana de la Salud	28
El campo intelectual brasileño	30
Las contradicciones de la coyuntura política nacional	32
Capítulo 2. La composición del espacio en sus orígenes	35
De la clínica a la medicina preventiva	42
La creación del Instituto de Medicina Social de la UERJ	58
De la Parasitología a la Medicina Preventiva	63
Trabajos extramuros	73
Capítulo 3. La construcción de un espacio social: el encuentro de trayectorias y las rupturas teóricas	77
El movimiento sanitario y los espacios de su articulación	82
Otros espacios de creación del movimiento sanitario: las experiencias municipales y las instituciones gubernamentales	86
Las relaciones entre los fundadores	88
La creación de Abrasco y la invención de la salud colectiva	89
Capítulo 4. La arquitectura y la dinámica del espacio: cuestiones en juego, disposiciones, posiciones y tomas de posición	95
La estructuración del espacio y Abrasco	95
La formación en salud colectiva: teoría, práctica e investigación	98
El gusto por la clínica: los herederos que rechazan la herencia	101
Contradicciones con la clínica	105
El disgusto por la higiene	110
Las disposiciones políticas	111
Otras razones para el ingreso en la salud colectiva	116

Tomas de posición: ni medicina preventiva, ni salud pública, ni higiene, una nueva “medicina social”	120
Influencias teóricas	126
La llegada de Foucault a Brasil	127
Cuestiones en juego	128

Capítulo 5. Transformaciones, continuidades y rupturas (1979-2009)

Ligia Maria Vieira-da-Silva, Sandra Garrido de Barros, Jamacy Costa Souza y Gerluce Alves Pontes da Silva

El subespacio científico 30 años después	139
El espacio de los puntos de vista sobre la salud colectiva	149
La identidad: entre los campos científico, político y burocrático	156

Capítulo 6. La Reforma Sanitaria Brasileña y la salud colectiva: concepciones, posiciones y tomas de posición de intelectuales fundadores

Jairnilson Silva Paim

Articulación entre la salud colectiva y la Reforma Sanitaria Brasileña: ¿cuál es el entendimiento de sus formuladores?	165
Posturas de expresidentes de Abrasco	170
Una apreciación crítica de convergencias y divergencias	172
¿Serían las Ciencias Sociales y Humanas en la salud colectiva un espacio privilegiado para la crítica?	176
Miradas sobre la Reforma Sanitaria Brasileña: ¿algún espacio para la crítica?	181
Continuidad y perspectivas	186
Comentarios finales	189

Conclusiones. Salud colectiva: ¿espacio de relaciones o campo en consolidación?

Posfacio

Patrice Pinell

Referencias

Apéndice A

Apéndice B

Anexo A

Prefacio

Lilia Blima Schraiber

La salud colectiva y la invención de lo nuevo

Ya próximos a los 50 años de sus raíces históricas, la salud colectiva aún no había sido contemplada desde una investigación histórica que agregara a los documentos los testimonios vivos de sus fundadores. El presente libro llena esta importante laguna. Debemos celebrarlo por esto y también por el hermoso y cuidadoso estudio que publica.

El estudio busca comprender, desde una determinada perspectiva interpretativa, el surgimiento y desarrollo de la salud colectiva brasileña. Con una escritura y lectura fluidas, no es simplista en su análisis, logrando tratar con delicada sensibilidad los aspectos más personales de los testimonios obtenidos sin perder de vista la ética del pensamiento crítico que examina las narrativas como un estudio sobre la acción política. Dirigido a la comprensión de una historia, tampoco se reduce a una enumeración de logros personales, como a veces vemos en algunos textos más memorialistas que históricos (Mota & Schraiber, 2014).

Fiel a la proposición metodológica de un estudio de la génesis social, según los moldes formulados por Pierre Bourdieu (Vieira-da-Silva, 2015; Vieira-da-Silva; Pinell, 2014), el libro centra sus primeros cuatro capítulos, de autoría de la coordinadora del estudio, Ligia Maria Vieira-da-Silva, en los años 1960-1970. En ellos, se examinan las raíces sociales. Se destacan el desarrollismo brasileño en el contexto internacional de construcción del Estado de bienestar y la gran influencia registrada de las fundaciones filantrópicas estadounidenses para apaciguar los conflictos sociales, en el control de la pobreza como amenaza al desarrollo deseado de carácter liberal, tanto dentro de los Estados Unidos de América (EEUU) como en el mundo, y especialmente en América Latina y Brasil.

Las fundaciones Rockefeller, Kellogg, Ford y Milbank, además de organismos financiados por diversos Estados nacionales, con fuerte presencia también estadounidenses, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su brazo en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se muestran muy activas en la divulgación de ideologías y propuestas de control de la pobreza, así como en el apoyo, financiero y práctico, a las políticas de implementación en todos los países subdesarrollados latinoamericanos como Brasil.

Se presenta la importación del movimiento preventivista estadounidense, con la consiguiente creación de una nueva disciplina en el currículo de las escuelas de Medicina, lo que dio lugar a una importante lectura crítica por parte de algunos de los intelectuales de la salud que fundarían un nuevo pensamiento, propio de la salud colectiva. Se expone la creación, en las escuelas médicas, de departamentos que albergarían la nueva disciplina y cuyos nombres variaron, en algunos casos más, en otros menos, en torno a las designaciones de medicina preventiva, medicina social y salud pública, lo que ya señalaba la diversidad de sus identificaciones y las formas variadas de lectura y adhesión respecto a aquel pensamiento crítico que se venía desarrollando.

Se señala, además, la implementación de servicios de medicina comunitaria, diversos y en todo el país, a veces más, a veces menos críticos a la propuesta original estadounidense de una medicina para los pobres y de una atención a la salud selectiva, generando, con ello, todo un abanico de nuevas posibilidades para pensar la atención básica en salud, la cual, por sí misma, constituye una apertura no exactamente prevista como un nuevo lugar de la experiencia médica en relación al tradicional espacio de las prácticas hospitalarias. O imponiendo, como afirmó Donnangelo, una superación de la separación entre la enfermedad vista solo como patología biomédica y la dimensión psicosocial de los padecimientos, la separación entre las conductas preventivas y las curativas, y la separación entre la práctica individual y los efectos colectivos de la atención a la salud (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 86).

Estas son, entre otras cuestiones rescatadas del origen de la salud colectiva, aquí presentadas, interpretadas y siempre exploradas como aperturas históricas del contexto social para la creación de algo nuevo en materia de salud. Y, al mismo tiempo, exploradas como la presencia de oposiciones, de contrarios con potencialidades de conflicto con eso nuevo. Se exploran lo realizable y sus conflictos en la escena de las posibilidades. Lo nuevo, así, se estructura, pero siempre como una “cristalización tensionada” (Schraiber, 1993).

También el camino metodológico del examen de los testimonios dados por los fundadores de la salud colectiva aquí entrevistados se apoyó en el juego entre posibilidades y límites, en este caso, entre lo consensuado y lo

divergente como acciones y pensamientos de esos agentes de prácticas. Son ellos participantes de la salud colectiva de algunas y distintas generaciones, entre las cuales los formuladores pioneros, en su mayoría médicos y sociólogos, en este período de la génesis de la salud colectiva. En su conjunto, presentan diversidad en las trayectorias personales, adheridas a valores y creencias diversas, acumulando diferentes experiencias individuales: familiares, científicas, en servicios de salud y políticas. Y aquí un punto interesante: son mayoritariamente militantes de movimientos sociales de izquierda y de partidos políticos clandestinos, en el período de la dictadura civil-militar brasileña, aunque con distintas concepciones sobre la sociedad brasileña y propuestas de reformas sociales.

Constituyen, entonces, sujetos heterogéneos en las convicciones y prácticas políticas, tanto como agentes de diferentes concepciones y actuaciones técnico-científicas. El resultado, en palabras de los autores, son “disputas entre lo técnico y lo político, entre lo técnico y lo científico, y lo científico y lo político”, sin que, no obstante, dejasen de tener cohesión en torno a un “común”, en la génesis de la nueva propuesta en materia de salud: la ruptura con la medicina tradicional, con la salud pública tradicional y hasta con las Ciencias Sociales tradicionales, en favor de la creación de una nueva salud, más sensible a las determinaciones sociales del padecimiento y sus enfrentamientos, y más politizada. Dejando sus orígenes intelectuales y prácticos, y rompiendo, a través de esa elección de sujetos sociales, con la reproducción del campo médico y del sociológico, los fundadores de la salud colectiva son considerados como “herederos” de tradiciones que rechazan. Rechazan una “herencia”, aunque no lo hagan de la misma forma, ni con disposición para iguales rupturas con lo tradicional. Lo nuevo en torno a lo cual se aglutinan ya nace, así, bajo tensión.

No obstante, entre lo posible, surge lo nuevo; una determinada ruptura histórica. A través de la forma en que, en este estudio, se tratan las raíces y cuestiones de esa ruptura, podemos ver las ideas surgiendo y fortaleciéndose en movimientos constructores de otra salud. Y a través de los capítulos que se dividen entre el examen de la formación de los agentes de la salud colectiva, por sus trayectorias personales y profesionales; el examen de las instituciones académicas y las de ejercicio de las prácticas profesionales en salud; y el examen de la construcción y difusión de saberes propios y de las formas científicas particulares de su producción, vemos los impulsos iniciales transformarse en proyectos, vertidos en prácticas realizadoras de investigaciones, teorías e intervenciones. Así, de manera coherente con la elección metodológica, entre agentes de prácticas, saberes e instituciones, contextualizados a nivel nacional

e internacional, observamos constituirse toda una historia social de la salud colectiva.

Introduciendo recortes adicionales, temáticas y referentes teóricos, así como contando con la colaboración de otros autores, el libro se completa. Nítidamente, está preocupado por no dejar al lector desinformado, en referencia a dos importantes aspectos históricos de la salud colectiva, esa parte de la sociedad que, según los términos del estudio, se presenta más propiamente como un “espacio social tendente a estructurarse como un campo” que como un campo de saberes y prácticas consolidado. Y esta afirmación adquiere su plenitud exactamente por la lectura de esos complementos.

Hablan de un progresivo distanciamiento de esos mismos entrevistados en el estudio de un “común”. Algo que ya compartieron, pero perdieron a lo largo del proceso de consolidación de la salud colectiva, ya sea por sus actuales ideas y concepciones, ya sea por realizaciones objetivas. Un contraste, por lo tanto, con los orígenes de la propuesta, con respecto a la cual, en su momento, se mostraron más cohesionados para la creación de algo nuevo que, entonces, articulaba academias y sistema de salud.

Por un lado, se señala la retracción o cierta reducción del proyecto original, con la asignación prioritaria de la salud colectiva al interior de las academias. Este análisis se realiza en el capítulo “Transformaciones, continuidades y rupturas (1979-2009)”, de Ligia Maria Vieira-da-Silva, Sandra Garrido de Barros, Jamacy Costa Souza y Gerlucé Alves Pontes da Silva, que trata sobre la salud colectiva en un período posterior a los años setenta, más específicamente 30 años después y centrado particularmente en el subespacio científico y sus productos en los días actuales. El capítulo nos presenta significativos vestigios del proceso histórico experimentado a lo largo de este largo período. Y si estamos aquí ante otro acercamiento de la salud colectiva en relación con sus capítulos iniciales, aun es la sociología de Pierre Bourdieu (1974, 2003) la que, metodológicamente, respalda el análisis de las cuestiones, así como sigue siendo de la historia social de la salud colectiva de lo que se trata. La elección que prioriza este subespacio científico también surge de esta historia.

Se señalan diversas segmentaciones del todo conformado por la salud colectiva en este análisis, en tiempos más recientes, de ese subespacio científico y por las definiciones también actuales de lo que es la salud colectiva por parte de los entrevistados. En la investigación, en la producción teórica y en la formación de nuevos profesionales, se evidencian las dificultades para reproducir la configuración buscada en los orígenes de este espacio social de manera que se sostenga relativamente autónoma dentro de la sociedad, en términos de sus agentes, prácticas e instituciones. Debido al poder conquistado

científica y prácticamente en la sociedad y por muchas razones más allá de los éxitos técnico-científicos, únicos motivos usualmente referidos por el pensamiento médico hegemónico acerca de los logros de la medicina (Schraiber, 1993), incluso si en los tiempos actuales ese poder, él mismo, se encuentra bajo fuerte tensión (Azeredo; Schraiber, 2016), el campo médico parece haber afectado más a la salud colectiva que haber sido renovado por ella. Y lo presentado constituye indicios históricos importantes para la afirmación de una pretensión de campo aún no realizada. Después de todo, la historia se hace precisamente de esos vestigios e indicios, de permanencias y rupturas (Mota & Schraiber, 2014).

Por otro lado, coherente con este desplazamiento del movimiento original, al examinar las relaciones entre la salud colectiva y la Reforma Sanitaria Brasileña, se señala un compromiso interrumpido en las instituciones de ejercicio de las prácticas profesionales en salud: los servicios de salud. Este es el tema del capítulo “La Reforma Sanitaria Brasileña y la salud colectiva: concepciones, posiciones y posturas de los intelectuales fundadores”. Allí, el examen de estas relaciones muestra una interrupción como producto también de una diversidad, una segmentación en diferentes comprensiones y formas de pensar estas relaciones, que están presentes en los testimonios de las personas entrevistadas.

Con un aporte adicional de referencial teórico y otro enfoque metodológico, Jairnilson Silva Paim, autor de ese capítulo, recupera de su importante estudio sobre la Reforma Sanitaria, publicado en 2008, las categorías analíticas de ideas, movimiento, propuesta, proyecto y proceso. El autor se permitió allí la pregunta: ¿será la Reforma Sanitaria Brasileña una “promesa no cumplida”? Y, en esa dirección, examinó su material documental, leyéndolo bajo la tipificación de esas categorías. Pero no tomadas como etapas de un desarrollo histórico lineal, sino como esferas de actuación diferenciadas y que, en la historia, coexisten con tiempos de distintas aceleraciones (Mota & Schraiber, 2014), por lo que se articulan, dialécticamente, en procesos variados de combinaciones.

Como un proyecto institucionalizado “por filtros” en el interior del Estado, tal como ocurrió con la propuesta de Reforma de la Educación en el año 1950 (Pereira, 1965), la Reforma Sanitaria pierde el potencial más radical de transformación de la sociedad brasileña, como pretendían los fundadores de la salud colectiva y militantes de una conexión entre la crítica teórica y la acción política. Así, se formuló, en ese estudio, la tesis de una historia social tendente más a reformas parciales que a la reforma general (Heller, 1986) de la sociedad, como bien la defendió Jairnilson Paim. O, en conceptos gramscianos utilizados aquí en el capítulo *La Reforma Sanitaria Brasileña*

y la salud colectiva: concepciones, posiciones y tomas de posición de los intelectuales fundadores, como allí, en el estudio sobre la Reforma Sanitaria de 2008, se trató históricamente de una *revolución pasiva*, cambio en el que rupturas más radicales se pierden, como consecuencia de disputas internas de distintos proyectos coetáneos.

La misma constatación se revela en el presente estudio sobre la génesis de la salud colectiva, en el que, a partir del análisis de los testimonios de los fundadores entrevistados en este capítulo, se señala tanto la reducción de la problemática de la Reforma Sanitaria a la conquista del Sistema Único de Salud brasileño, el SUS, como las narrativas sobre la salud colectiva que excluyen el subespacio de los servicios y presentan concepciones reducidas de lo que es la salud y, por lo tanto, de su reforma.

El libro se completa así, agregando en el último capítulo las conclusiones finales que sistematizan su conjunto y llevándome de vuelta a la observación inicial: cuán ricos son estos testimonios de los fundadores; vívidos, como los califiqué antes. Dan cuenta de señalar sus elementos de convergencia y la diversidad de las narrativas, con lo que nos exponen a la propia pluralidad de lo social, pluralidad que, como dirá Arendt (2001, 2013), marca y siempre marcará la vida social, dando el dinamismo de la acción política.

Por lo tanto, su producción e interpretación deben haber sido complejas. Y en este libro, es su presencia transversal la que nos da la unidad interpretativa de todo el proceso histórico. Por eso mismo, suscitan algunas otras reflexiones, que me gustaría traer al lector.

Consideremos a esos personajes como actores diversos de un mismo tiempo y autores de un proyecto histórico común, en el que, por lo tanto, inscriben procesos diversos. Los actores son partícipes de un contexto mayor, hombres y mujeres de un tiempo, que corresponde a una determinada temporalidad de lo social. Simultáneamente, son también sujetos de sus biografías, eligiendo de manera individual y diversa dentro de los posibles históricos presentes en ese tiempo que fue el suyo, los años sesenta y setenta.

Creo, entonces, en ese sentido, que la génesis social de la salud colectiva fue una invención, siendo la época de su nacimiento social el contexto de los posibles históricos para la creación de nuevas sociedades.

En el libro, el término “invención” surge en relación con la original y hasta cierto punto dilemática elección del nombre salud colectiva para el nuevo acontecimiento que se venía promoviendo. Como bien se rescató en el texto, hubo incomodidad con la noción de colectivo/a, que, desde el punto de vista

sociológico, pierde potencial explicativo para las desigualdades sociales frente a la base marxista del pensamiento crítico asumido por buena parte de los fundadores. Al fin y al cabo, la noción de público/a remite inmediatamente a lo social y a la política, tal como pretendían los fundadores al elaborar la crítica al preventivismo o a la medicina comunitaria, o a la pretensión de neutralidad técnica de la biomedicina y de las intervenciones derivadas, clínicas o sanitarias.

No obstante, en la década de 1960 y 1970, el término “público” ya se había distanciado del sentido cercano al de *social*, como el que se vio al final del siglo XVIII y en la primera mitad del XIX, en la medicina social o en la higiene pública, que se ocuparon de enfermedades entendidas como resultado de las condiciones sociales de vida y de trabajo (Ayres, 2001). Sustituido por la noción modernizadora de la epidemiología, que entonces expresó el movimiento tecno-conservador colonizado por el pensamiento biomédico de consolidación de las prácticas de salud en general en la modernidad tardía, se le dio al término “público/a” el sentido de sumatoria de los casos clínicos individuales, en un total poblacional. Y esa noción reducida de *público* que se inscribe en la salud pública tradicional era exactamente lo que la salud colectiva estaba criticando. Por lo tanto, no debía llamarse por el mismo nombre. Requería otro... Otra identidad, otro lugar social.

Pero, como también se señala en este libro, tal nombre fue discutido y adoptado en reuniones de muchos fundadores, lo que ya muestra un sentido más social de la *invención*.

Aprovechemos, entonces, esta apertura... Y caminando en este pensar más amplio, veamos, en la invención, menos como un acto creador individual de algunos personajes que, incluso mientras creación de individuos, sus autores, un emprendimiento suscitado y sostenido por el tiempo histórico, épocas en que se abre todo un abanico de posibilidades sociales en una determinada dirección, y tiempo en que esos individuos son sus actores.

Me inspira, aquí, Starobinski, médico, crítico y filósofo, profesor de la Universidad de Ginebra, quien, en su libro *La invención de la libertad, 1700-1789* (1994), nos muestra cómo, en el siglo XVIII, se crea un nuevo orden social que dará un sentido específico a ese valor tan caro a la humanidad, la libertad. Son sus palabras: “Este siglo (al menos en sus más calificados representantes) deseaba ser libre, tanto para buscar la felicidad como para conquistar la verdad. Libre goce pero también libre examen. Libertinos y libertarios.” (Starobinski, 1994, p. 15).

Considero importante reflexionar de manera más amplia sobre las invenciones, asumiéndolas como parte de todo un contexto social e histórico en el que se inscriben, porque la noción de invención es frecuentemente

concebida como un logro estrictamente personal. Existen muchos estudios que narran la historia de creaciones técnico-científicas como la producción de obras personales, ya sea para la producción de nuevos saberes dentro de un nuevo proyecto científico o de nuevos procedimientos en la práctica profesional. Surgen, así, en los escritos sobre tales creaciones, individuos de personalidad destacada, bastante activos en sus actuaciones, al igual que la figura del héroe, en trayectorias de conquistas que revelan una *saga*.

Esta forma de buscar indicios del pasado e interpretarlos es bastante común en la historia de la medicina, en la que veremos la referencia a los *grandes de la medicina* (Lacaz, 1966) para contar el surgimiento de nuevas técnicas o la invención de equipos o incluso la formulación de nuevos conocimientos de carácter científico (Schraiber, 1993). Y si el registro de estos acontecimientos y obras remite más al rescate memorialista que al estudio histórico (Mota & Schraiber, 2014), como se señaló al inicio de este prefacio, la interpretación personalista borra la relevancia de la propia historia como dimensión siempre social en la que los individuos están situados y experimentan su existencia.

Pensando de otro modo, recuerdo aquí, por ejemplo, las grandes creaciones técnicas ocurridas en los siglos XV y XVI, siglos estos identificados como la época de los *inventores* (Rossi, 1989) y que antecedieron nuestra era tecnológica y las innovaciones industrial o empresarialmente fomentadas y producidas. El período fue, sin duda, terreno y escenario de obras que, si bien no dejan de ser autorales, ya que conocemos y registramos individualmente a los inventores de esta o aquella ingeniosidad, son producto de un contexto socio-histórico abierto y estimulante de tales posibilidades: los ingenios técnicos.

En la dirección de crear algo nuevo en términos sociopolíticos, el siglo XX y más precisamente su segunda mitad, de la posguerra a los años setenta, en medio de la cual se sitúa la génesis de la salud colectiva, fue uno de esos períodos. Tal como se destaca en este libro, el desarrollismo latinoamericano de esa época, en la tensión de la Guerra Fría entre la democracia estadounidense y el comunismo soviético, fue la propuesta de otra posibilidad histórica: el combate a la pobreza, considerada el mayor producto de la desigualdad social, dentro de una visión liberal de democracia y reconocimiento de derechos sociales.

Así, es bien cierto que fue un movimiento político-ideológico de una determinada apertura para crear algo nuevo, pero que, en el proceso histórico, terminó por constituir otras puertas. Una de ellas fue la que abrieron los intelectuales de izquierda proponentes de un nuevo concepto de salud, articulado al lema político “salud como derecho y deber del Estado” y que pretendía una

sociedad del bienestar, en plena dictadura civil-militar brasileña. Por todo esto, ellos fueron los sujetos de ese tiempo histórico, “sujetos de sus tiempos”.

Hobsbawm (2002) abre su libro *A era dos extremos* con una serie de testimonios sobre el siglo XX, en una toma que llama “vista aérea; mirada panorámica”. Allí, Yehudi Menuhin, el músico inglés y excelente violinista, hace la sugerente consideración: “Si tuviera que resumir el siglo XX, diría que despertó las mayores esperanzas jamás concebidas por la humanidad y destruyó todas las ilusiones e ideales” (Hobsbawm, 2002, p. 12).

Los años sesenta fueron ese tiempo de las mayores esperanzas, el auge de lo que Hobsbawm denomina “Era de Oro”: tiempo de renovaciones y construcciones, comprendido entre 1950 y 1973. Para algunos países, más de crecimiento económico que de desarrollo social; para otros, también del Estado de bienestar social; y para muchos, de los derechos humanos y de sus instituciones guardianas.

Se contaba para ello, sobre todo, con la educación. La educación representaba el instrumento de cambio de ese desarrollo modernizador, ya fuera para habilitar competencias relativas al ámbito industrial-tecnológico y a las crecientes producciones de nuevos conocimientos científicos, ya fuera para emancipar a los miembros de la sociedad como ciudadanos, sujetos de derechos y emprendedores de democracias. La “planificación” en políticas públicas fue otro instrumento del desarrollismo del período: ofrecía racionalidad y recursos para las políticas públicas. En estas, surgen las políticas específicas de desarrollo social.

Brasil se integró en ese proceso mundial, y la planificación, las políticas de desarrollo social, la educación en masa y la incorporación de tecnología fueron también los recursos buscados en toda América Latina, incluso cuando, ya en 1964 para Brasil y pocos años después para otros países latinoamericanos, uno de los brazos de la Educación –justamente el que pretendía la emancipación respecto del subdesarrollo social– sería quebrado por el surgimiento de gobiernos dictatoriales.

Además, como considerará Hobsbawm (2002, p. 393), aunque gobernantes o ciudadanos aún no tuvieran claro cómo, desde 1973, “los cimientos de la Era de Oro habían desmoronado irrecuperablemente”, lo que ocurrirá con el colapso del *socialismo real* de Europa Occidental y la Unión Soviética en 1989, hasta esa fecha se buscó mantener, ya en condiciones muy desfavorables en el mundo y aun más agravadas en los países subdesarrollados, la construcción de la nueva sociedad pretendida.

Por todo eso, también cabe pensar que, en tiempos políticos internos tan sombríos en el país, la búsqueda por concretar una propuesta nueva para la salud y para la sociedad también exigió mucho empeño personal. Formó

parte y estuvo, en cierto modo, históricamente estimulada y facilitada por el surgimiento, en varios países, en la década de 1960, de rebeldes y contestadores, muchos de ellos profesionales, intelectuales o técnicos (Hobsbawm, 1982); la trayectoria de los fundadores de la salud colectiva ciertamente no fue fácil. En aquel contexto, no solo encontrar otra puerta por abrir y, al final, abrirla fueron acontecimientos marcados por actos personales de coraje y osadía; autores que optaron por realizar, en el plano de la acción, las grandes esperanzas de su tiempo histórico.

Octubre de 2017 (100 años de la Revolución Bolchevique)

Referencias

- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Arendt, H. (2013). *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). *A saúde coletiva e o espaço público moderno: raízes sociais da ciência epidemiológica*. Projeto História, São Paulo, v. 23, p. 83-103.
- Azeredo, Y. N.; Schraiber, L. B. (2016). *El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea*. Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 12, n. 1, p. 9-21.
- Bourdieu, P. (1974). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Bourdieu, P. (2003). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Donnangelo, M. C. F.; Pereira, L. (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Heller, A. (1986). *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hobsbawm, E. J. (2002). *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Hobsbawm, E. J. (1982). *Revolucionários: ensaios contemporâneos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lacaz, C. da S. (1966). *Vultos da medicina brasileira*. São Paulo: Pfizer.
- Mota, A.; Schraiber, L. B. (2014). Medicina sob as lentes da historia: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1085-1094.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pereira, L. (1965). *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- Rossi, P. (1989). *Os filósofos e as máquinas: 1440-1700*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Schraiber, L. B. (2019). *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI*. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. doi: [10.18294/9789874937216](https://doi.org/10.18294/9789874937216)
- Starobinski, J. (1994). *A invenção da liberdade, 1700-1789*. São Paulo: UNESP. (Coleção Studium).
- Vieira-da-Silva, L. M. Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. En: Lima, N. T.; Santana, J. P. De; Paiva, C.H.A. (Org.). (2015). *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 aos de história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 25-48.
- Vieira-da-Silva, L. M.; Pinell, P. (2014). The Genesis of Collective Health. *Sociology of Health and Illness*, Boston, v. 36, n. 3, p. 432-446.



Presentación¹

¿Qué es la salud colectiva? ¿Se trata de un nuevo espacio social o de un nombre diferente para la salud pública institucionalizada? ¿Cuál es la necesidad de un estudio más al respecto? Los caminos para la formulación de preguntas de investigación, más precisamente, para la construcción del objeto, en el sentido de Bachelard y Bourdieu, no son previsibles. El punto de partida para el presente estudio fue la necesidad de explicar mejor el proceso de implantación de políticas de salud en Brasil, suscitado en un proyecto anterior (Vieira-da-Silva *et al.*, 2007). ¿Por qué la misma política presenta extrema variabilidad en su implementación? ¿Qué hace que profesionales de la salud, médicos, enfermeros, odontólogos, entre otros, mujeres y hombres, posean disposiciones tan diversas al lidiar con la organización de los servicios y con la atención a la salud? ¿Será que las posiciones ocupadas en el espacio social, producto de su inserción en diversos campos, influyen específicamente en la implantación de las políticas de salud?

La respuesta a estas cuestiones implicaba investigar el campo de la salud colectiva como campo en el sentido de Bourdieu. Esto porque, para ese autor, las prácticas sociales entre las cuales están aquellas relacionadas con la implementación de las políticas ocurren en campos o en espacios intercampos (Bourdieu, 2016). De esta forma, la investigación empírica sobre el campo de la salud colectiva se impuso frente a las lagunas existentes al respecto.

El concepto de *campo* de Bourdieu utilizado aquí corresponde a un microcosmos social, una red de relaciones objetivas entre agentes e instituciones, dotado de autonomía relativa en la cual existen luchas específicas que tienen sentido para sus integrantes. Su estudio empírico implica la identificación de

1. Trabajo originado del proyecto de investigación “El espacio de la Salud Colectiva”, apoyado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Convocatoria MCT/CNPq 14/2009), Universal Faixa A. Proceso (CNPq n° 47 312 6/2009-5), beca de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES) (BEX 2041/09-0), estancia posdoctoral en el Centro Europeo de Sociología y Ciencia Política (Cescp), 2009, París, Francia. Parte de los resultados del proyecto de investigación que dio origen al presente libro fue publicada previamente en Vieira-da-Silva y Pinell, “*The Genesis of Collective Health in Brazil*” (2014), Vieira-da-Silva, “Génesis socio-histórica de la salud colectiva en Brasil” (2015) y “Salud Colectiva brasileña: arquitectura y dinámica de un campo” (2018). La edición del libro contó con el financiamiento del Observatorio de Análisis Político en Salud (Oaps). Convocatoria CNPq 41/2013, Proceso N° 405071/2013-2.

las disposiciones comunes a los agentes que conformarían un *habitus*, disposiciones adquiridas a lo largo de una trayectoria que correspondería a las sucesivas posiciones ocupadas en el espacio social por los entrevistados (Bourdieu, 1992). El concepto de *habitus* corresponde a las disposiciones de los agentes, sus esquemas de percepción, producidos por la historia colectiva, modificados por la historia individual de cada uno, y corresponde a la incorporación inconsciente de estructuras sociales. Estas disposiciones, por un lado, corresponden a la incorporación, en los cuerpos, de las estructuras sociales y, por otro, orientan las tomas de posición de los agentes, sus opciones, opiniones y prácticas, estructurando así el mundo social² (Bourdieu, 1996, 2006, 2009). Es un enfoque que implica no solo analizar a los agentes y a las instituciones que componen el campo, su estructura interna, las cuestiones en juego, sino también las presiones externas, las condiciones históricas de posibilidad de su existencia³ (Bourdieu, 1996). El tercer concepto utilizado por el autor para analizar un campo es *illusio* o inversión específica, que los agentes de determinado campo hacen en las cuestiones en disputa en el campo.

La opción teórica adoptada se justificó por el potencial de la teoría de las prácticas de dicho autor para articular las determinaciones estructurales con lo que existe de creativo y específico en cada agente en sus interacciones intersubjetivas. En otras palabras, esa teoría permite escapar de la falsa oposición entre objetivismo y subjetivismo, integrando ambos enfoques (Bourdieu, 2009).

La delimitación preliminar del objeto como el estudio de la salud en poblaciones nos llevó a recuperar antecedentes ya investigados, aunque todavía controversiales. Distintas fueron las denominaciones para espacios sociales contruidos en torno a ese objeto a lo largo de la historia: policía médica, higiene, salud pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitaria, nueva salud pública y salud colectiva. Estas diferentes denominaciones son el resultado de un proceso histórico de construcción social y, con frecuencia, estuvieron ligadas a movimientos sociales (Donnangelo,

2. Bourdieu desarrolló los conceptos de *habitus*, campo y espacio social apoyado en diversas investigaciones empíricas sobre distintos campos sociales: el campo científico, el campo literario, el campo artístico, el de la alta costura, la sociedad francesa de la década de 1970, la sociedad cabila, entre otros, que movilizaron múltiples estrategias metodológicas y técnicas de recolección y análisis de datos: encuestas por muestra probabilística, análisis de correspondencias, entrevistas estructuradas, entrevistas en profundidad, observación etnográfica (Bourdieu, 1989, 1992, 2006, 2009).

3. El concepto de *habitus* permite, según ese autor, un alejamiento simultáneo “[...] de la alternativa del determinismo mecánico externo, por las causas, y del determinismo intelectual, por la razón” (Bourdieu, 2001, p. 172).

1976; Paim, 2006; Pinell, 1992; Rosen, 1974). Su significado ha sido objeto de diversos análisis: como Policía Médica (Rosen, 1974); cumpliendo funciones de medicalización de las familias (Foucault, 1979b); como cuestión de Estado relacionada con el control social (Pinell, 1995); como cultura y como espacio político de la salud (Fassin & Dozon, 2001); como parte de un proceso de medicalización negociada (Bourdelaïs & Faure, 2005).

La emergencia de la salud pública en el siglo XVIII en Francia y de la policía médica en Alemania también está relacionada con la estructuración de Estados nacionales (Paim, 2006; Pinell, 1995). La entonces denominada “medicina social” tiene un doble significado: reformista y de control social (Pinell, 1995). Los médicos en el siglo XVIII aparecen como reformadores de la sociedad, consejeros y *expertos* en el arte de mejorar el cuerpo social, estando bien representados en las asambleas revolucionarias. Es su función como higienistas, y no un prestigio terapéutico, lo que les confiere ese aumento de poder político (Foucault, 1979b). Por otro lado, para Vigarello (1999) hay una redefinición del territorio de la higiene pública en la dirección de *proteger* a la sociedad de los desechos físicos y morales que corresponderían, en la formulación de Pinell (1995), al control de los “salvajes del interior”. La institucionalización de la medicina social ocurre como “movimiento higienista” (Murard & Zylberman, 1985) que, de forma progresiva, en el transcurso de ese siglo y del siguiente, ve fracasar sus proyectos de intervención social frente al liberalismo dominante y a un campo médico cada vez más especializado (Pinell, 2011).

Desarrollado en la misma época, aunque en el contexto social de Inglaterra y EEUU, el “sanitarismo” estaría, a su vez, relacionado con propósitos reformistas, teniendo como hitos el Informe Chadwick y el Informe Shattuck (Paim, 2006).

La medicina preventiva emerge en el período de posguerra en los países centrales, particularmente en EEUU, y se difunde hacia los periféricos a partir de la creación de departamentos específicos en las escuelas médicas. Correspondería más a un movimiento ideológico, diferenciándose tanto de la higiene como de la salud pública y también de la medicina social (Arouca, 2003). Se proponía crear una “nueva actitud”, cumpliendo una función “normalizadora” para los médicos, de la misma forma en que la higiene normalizaba la vida de las personas. La medicina comunitaria y la medicina de familia serían desarrollos de la medicina preventiva que proponían articular las prácticas privadas con la salud pública (Paim, 2006).

La salud pública que se construye a lo largo del siglo XX en los países desarrollados es consecuencia del liberalismo económico, para el cual la acción estatal debe tener un papel complementario respecto a aquello que el individuo y la iniciativa privada no logren realizar (Paim, 1992). La

constitución de ese modelo estuvo subordinada al desarrollo hegemónico del campo médico, cuyo proceso central fue la creciente especialización (Pinell, 2011). Su especificidad puede recuperarse de la definición clásica de Winslow, formulada en 1928 en un simposio organizado por la American Public Health Association (APHA) y posteriormente publicada en la revista *Science*, según la cual la salud pública se diferenciaría de la Medicina por dirigirse al colectivo, por priorizar la salud y por tomar como objeto la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud (Lecourte, 2004).

Con la crisis de ese modelo de salud pública, surgió en la década de 1990 el movimiento denominado “nueva salud pública”, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto de Medicina estadounidense, que redefine las funciones de la Salud Pública, extendiéndolas al ámbito de la atención médica y rehabilitación, además de las clásicas acciones de promoción y prevención (Paim & Almeida Filho, 1998; Terris, 1992).

Aunque la salud pública de vertiente técnica sea dominante, existen influencias en el pensamiento contemporáneo de otros movimientos, principalmente el de la Medicina Social, cuyo énfasis está en la determinación social de las enfermedades. Al respecto, Donaldson (2001), haciendo un balance de los 125 años de la salud pública en Inglaterra, considera que las tareas actuales de la salud pública están relacionadas con las desigualdades sociales y con los determinantes sociales y económicos de la salud, con los desafíos del calentamiento global y con los impactos en la salud del proceso de globalización.

Ese subespacio social de saberes y prácticas se consolidó a lo largo del siglo XX. Su institucionalización y creciente autonomía ocurren en el ámbito de diversos campos del espacio social en el sentido que le otorga Bourdieu (2006), a saber: en el campo científico y en el campo burocrático, manteniendo siempre una relación estrecha con los campos médico, político y del poder.

Algunos elementos se destacan en ese proceso a escala internacional:

- 1) La consolidación de un subcampo científico cuyo objeto es la salud-enfermedad en poblaciones, en cuyo interior la epidemiología surge como disciplina central, pero que también se constituye a partir de estudios sobre las políticas de salud, la organización y el funcionamiento del sistema de salud, con gran aporte de las ciencias sociales;

- 2) La creación de instituciones de enseñanza superior específicas dedicadas a la enseñanza de la Salud Pública y fuera de las facultades de Medicina⁴;
- 3) La creación de estructuras gubernamentales específicas para atender la salud de las poblaciones (ministerios de Salud y secretarías regionales y municipales);
- 4) La creación de asociaciones de salud pública⁵;
- 5) La consolidación en la posguerra de la OMS y de sus oficinas regionales como instituciones normalizadoras.

En Francia, la dominancia del campo médico, en particular de la medicina hospitalaria (Pinell, 2011), pudo haber influido en el pequeño grado de consolidación de ese espacio y en su ocupación por movimientos sociales y organizaciones privadas, como fue el caso de la lucha contra el cáncer (Pinell, 1992) y de la epidemia del sida (Pinell, 2002).

Ya en América Latina y en Brasil, en particular, este espacio social parece haberse consolidado principalmente a partir de la década de 1970, cuando se desarrollaron la denominada medicina social latinoamericana y la salud colectiva brasileña. Este fenómeno ha sido estudiado desde diversas perspectivas en los últimos años: como movimiento social, organizado en torno a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Tajer, 2003); como modelo de la teoría y práctica de la medicina social para el mundo (Iriart *et al.*, 2002; Yamada, 2003); en sus relaciones con los movimientos sociales latinoamericanos (Waitzkin *et al.*, 2001), en una perspectiva histórica y en sus bases teóricas y conceptuales (García, 1989; Nunes, 1989, 1994; Paim, 1992, 2006; Paim & Almeida Filho, 1998); su influencia en proyectos de Reforma Sanitaria (Laurell, 2003; Paim, 2008); en las especificidades del desarrollo de la epidemiología latinoamericana (Barreto, 2004). En particular, los cursos de posgrado han sido objeto de análisis y evaluación (Minayo, 2010; Nunes, Ferreto & Barros, 2010).

4. La creación de las escuelas de Liverpool y de la London School of Hygiene and Tropical Medicine a finales del siglo XIX (Paim, 2006), la Harvard School of Public Health, que fue fundada en 1922 (Harvard School of Public Health, 2006), y la John Hopkins School of Public Health, fundada en 1916 (John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2006), son ejemplos de este proceso.

5. Existen hoy cerca de 70 asociaciones nacionales de Salud Pública afiliadas a la Asociación Mundial de Salud Pública, que fue fundada en 1967 (World Federation of Public Health Associations, 2006). La American Public Health Association (APHA) posee 50 mil afiliados de 50 diferentes profesiones (APHA, 2006). La Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (Abrasco) reunió 14 mil personas en su congreso en 2006 (Portugal, 2006).

También en Brasil, una de las denominaciones iniciales de este espacio fue “medicina social”. Donnangelo (1932, p. 9) justificaba la publicación de una recopilación de textos sobre el tema debido a la “...necesidad de divulgación de material básico para el reconocimiento del campo de la medicina social y para la reproducción de conocimientos en esa área”. Esa misma autora, una de las fundadoras, fue quien primero caracterizó a la salud colectiva como “campo de saber y práctica” (Donnangelo, 1983, p. 19). Posteriormente, otros autores analizaron la salud colectiva brasileña como un campo científico (Ribeiro, 1991) o como campo científico y ámbito de prácticas (Costa, 1992, Paim & Almeida Filho, 1998). Un campo que contiene las dimensiones de “producción de conocimiento; esfuerzo de formulación de política y expresión de organización corporativa de sectores de profesionales de salud del sector público, los sanitaristas” (Costa, 1992, p. 36, traducción propia). También, a veces, se observa una superposición entre la salud colectiva y las “ciencias sociales aplicadas a la salud” (García, 1989; Teixeira, 1985). Aunque la ambigüedad del término “salud colectiva” es mencionada por algunos autores, como Donnangelo (1983), el mismo es considerado también como un “proyecto” y como un campo que se estructura en tres dimensiones: como corriente de pensamiento, como movimiento social y como práctica teórica (Nunes, 1994).

La idea de campo, pues, es recurrente en el pensamiento de diversos autores que escriben sobre el tema (Costa, 1992; Luz, 2009; Nunes, 1994; Paim & Almeida Filho, 1998; Teixeira, 1985) a partir de la formulación inicial de Donnangelo (1983). Sin embargo, aparece a veces como noción de sentido común, otras como parte del proceso de construcción del propio campo, con diversos sentidos según se mencionó. Gran parte de los estudios referidos son ensayos o trabajos con otros propósitos en los cuales se hacen breves comentarios sobre el significado de la salud colectiva. En algunos casos, hay una referencia explícita al concepto de Bourdieu, como en los trabajos de Costa (1992), Ribeiro (1991), Campos (2000), Nunes (2005), Luz (2009) y Leal y Cargado Junior (2012). Pero el potencial del análisis empírico de los campos que Bourdieu propone no ha sido explorado.

Existen, pues, diversas cuestiones no respondidas en la bibliografía revisada. ¿Se puede hablar de la existencia de un campo de la salud colectiva en el sentido bourdieusiano del concepto? ¿O solo de un espacio de la salud, parte del espacio social? ¿Cuál es su estructura? ¿Cuáles son los principales elementos que aseguran su autonomía relativa? ¿Cuáles son las intersecciones y fronteras con otros campos más establecidos? ¿Cuáles son las principales cuestiones que están en juego en el campo? ¿Se puede hablar de un *habitus* sanitarista? ¿Cómo se constituyeron históricamente estos componentes?

El estudio de caso de Brasil, como caso ejemplar de lo posible, apoyado en el referencial teórico de la sociología reflexiva de Bourdieu, nos aportó elementos para responder a algunas de esas preguntas ante las circunstancias particulares que contribuyeron específicamente a la constitución de ese subespacio social en el país.

Este libro es el producto de un proyecto de investigación que articuló, para el análisis, técnicas de recopilación y enfoques diferentes y complementarios. No se trata de una historia exhaustiva de la génesis de la salud colectiva y de sus instituciones. Por esa razón, existen en el texto muchas lagunas relativas a la historiografía de ese campo. El objetivo principal fue investigar empíricamente si la salud colectiva podría ser considerada como un *campo* en el sentido de Bourdieu (1996).

De esta forma, las tres partes que lo componen –la génesis, las transformaciones y las articulaciones con la Reforma Sanitaria– son el producto de una misma investigación. El gran énfasis otorgado al estudio de la génesis⁶ se debió a la opción teórica por la sociología de Bourdieu. Para este autor, el análisis histórico es necesario para la interpretación del mundo social. Por otro lado, la comprensión de las transformaciones y de las características actuales de la salud colectiva requería una objetivación de la situación del campo en ese momento mediante una muestra más amplia de agentes que actuaban en él. Así, también se entrevistó a investigadores y gestores que, aunque no participaron en los eventos inaugurales, contribuyeron a la construcción y consolidación del campo, en posiciones estructurantes que ocuparon, como editoriales científicas, presidencia de la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (Abrasco), presidencia del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass), entre otros. También se analizaron algunas características del universo de docentes (permanentes y colaboradores) de los programas de posgrado en Salud Colectiva, con el fin de objetivar aspectos de la estructura de ese espacio social⁷.

La articulación entre esas diferentes técnicas de recolección permitió una aproximación con la arquitectura y la dinámica del campo, aunque imperfecta. Sin embargo, la multiplicidad de agentes involucrados en la creación de un campo implicará inevitablemente lagunas. En la composición de la muestra, además de la saturación, se buscó identificar trayectorias ejemplares, que Bourdieu consideraba representativas de clases de trayectorias. Se espera que

6. Ver los capítulos "Las condiciones históricas de posibilidad" y "La arquitectura y la dinámica del espacio: cuestiones en juego, disposiciones, posiciones y tomas de posición" de este libro.

7. Ver el capítulo "Transformaciones, continuidades y rupturas (1979-2009)" de este libro.

las omisiones e insuficiencias estimulen la realización de otros estudios. Las relaciones entre la salud colectiva y la Reforma Sanitaria, examinadas en el capítulo *La Reforma Sanitaria Brasileña y la salud colectiva: concepciones, posiciones y tomas de posición de intelectuales fundadores*, se apoyan en el análisis de las respuestas de los entrevistados a la cuestión sobre esta temática que integraba la investigación original, habiéndose movilizado referentes teóricos congruentes para la misma y diálogos con la literatura sobre el tema.

Este trabajo contó con contribuciones de diversas personas a lo largo de su elaboración. La colaboración académica desarrollada con Patrice Pineil durante dos períodos de estancia posdoctoral en el Centre de Sociologie Européenne, hoy Centre Européen de Sociologie et Science Politique (París, Francia), fue de suma importancia para la construcción del objeto. El punto de partida de la investigación admitía la existencia de un campo de la salud colectiva brasileña. La posibilidad de formular la cuestión, poniendo en duda la existencia o no de un campo, solo fue posible debido al trabajo colectivo que involucró a otros colaboradores situados en posiciones complementarias a la de la autora. Uno de los participantes del proyecto de investigación, Jairnilson Paim, permitió explorar el punto de vista de los fundadores vinculados al grupo médico, por lo tanto, la perspectiva interna; y el otro, Patrice Pinell, médico y sociólogo, situado externamente al campo, en otro país, pudo contribuir a su enunciación.

El estudio sobre la emergencia y las transformaciones de la salud colectiva se benefició de la participación y del diálogo constante con el profesor Jairnilson Paim, quien analizó, con otros referentes, el espacio de los puntos de vista sobre la Reforma Sanitaria Brasileña a partir de las respuestas de los entrevistados a la cuestión formulada sobre esta temática, en el capítulo *La Reforma Sanitaria Brasileña y la salud colectiva: concepciones, posiciones y tomas de posición de intelectuales fundadores*. Como uno de los fundadores de la salud colectiva, Paim hizo importantes sugerencias y su entrevista, la primera de todas, fue también referencia para la exploración de diversos aspectos y hechos. Realizó además una lectura crítica de los originales con varias y relevantes sugerencias.

Tratándose de un estudio guiado por la sociología de Bourdieu, no podía dejar de hacer un intento de objetivación de la posición del sujeto objetivante. Las disposiciones heredadas de la investigación epidemiológica, dominantes en la salud colectiva y que me influenciaron mucho al inicio de la trayectoria, hacen que la tarea sea difícil, pues se trata de hablar en primera persona. Sin embargo, el análisis no estaría completo sin esta breve incursión reflexiva.

Ingresé al campo de la salud en el momento de su creación, en 1979, en uno de los programas de posgrado que participaron activamente en la

creación del nuevo espacio social, a saber, la Maestría en Salud Comunitaria de la Universidad Federal de Bahía (UFBA). La polarización entre la salud pública institucionalizada, la medicina preventiva estadounidense y el proyecto de la medicina social se reproducía en la Maestría en Salud Comunitaria de la UFBA entre las posiciones de los representantes de la Rockefeller y los jóvenes docentes y estudiantes. Debido a mis disposiciones políticas y críticas adquiridas en la década de 1970, en el Colegio de Aplicación y en las luchas estudiantiles y democráticas, fui atraída hacia el polo de la medicina social y la crítica a la medicina preventiva, formado por médicos y sociólogos que estudiaban los determinantes sociales de la salud, área en la que desarrollé mi tesis de maestría.

Con los cambios en el campo de la salud colectiva resultantes del proceso de democratización del país y la creación del SUS, se abrió un espacio de posibilidades para las prácticas reformistas que antes solo existían en el papel. Ocupé, durante el período de la transición democrática, el cargo de secretaria municipal de Salud. Esta experiencia como gestora municipal de salud en un momento de efervescencia del movimiento sanitario, con la realización de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud, implementación de las Acciones Integradas de Salud y Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (Almeida, 1989), influyó en el redireccionamiento de mis intereses en investigación y mayor inserción en el subespacio de las políticas, planificación y gestión en salud.

Posteriormente, la consolidación del subcampo científico de la salud colectiva y de las ciencias sociales en salud en su interior hizo posible la colaboración académica con el Centre de Sociologie Européenne y con Patrice Pinell. Ese contacto resultó en la adquisición de nuevas disposiciones en materia de investigación que, a su vez, dieron lugar al desarrollo del presente proyecto, apoyado en la sociología genética de Bourdieu. De esta forma, atraída por el polo sanitario de la salud colectiva, adopté el punto de vista de los fundadores médicos que operaron la ruptura, pero transformada por el tránsito entre los tres subespacios de la salud colectiva y el campo sociológico.

Esta trayectoria, que pudo haber influido en la adquisición de un *habitus* clivado (Bourdieu, 2005), puede, tal vez, explicar la ambigüedad del texto que en ocasiones oscila entre los conceptos de campo y espacio, entre el análisis de la salud colectiva como un campo en constitución y su caracterización como un espacio social con un proyecto de convertirse en campo. Ambas formulaciones se sustentan con las evidencias empíricas reunidas de fuentes primarias y secundarias, documentales y entrevistas. Sin embargo, pueden constituir una doble verdad, expresión cara a Bourdieu, sobre este fenómeno. El espacio de los puntos de vista sobre la salud colectiva resulta de la estructura de las posiciones y trayectorias de sus fundadores, orientada por los *habitus*

incorporados y adquiridos que, a su vez, contribuyeron a estructurarlas y son, por eso, estructurantes.

Este trabajo tampoco sería posible sin la enorme producción bibliográfica nacional que lo antecedió, en la cual fueron investigadas diversas dimensiones del espacio de la salud colectiva. También contó con evidencias provenientes de varias tesis doctorales y proyectos de investigación orientados por la sociología reflexiva de Bourdieu, desarrollados en el ámbito del grupo de investigación en análisis sociohistórico del Instituto de Salud Colectiva (ISC). Son muchos los trabajos y solo haré referencia a aquellos que se desarrollaron directamente vinculados al proyecto. El análisis de Sandra Garrido sobre la génesis de la política del sida en Brasil (Barros & Vieira-da-Silva, 2016), el estudio sobre la emergencia del Programa de Incentivo Fiscal a la Alimentación de los Trabajadores (PIFAT/PAT) (Souza, 2018) realizado por Jamacy Costa Souza y la investigación sobre la sociogénesis de las políticas de salud bucal hecha por Thais Regis Aranha (Rossi, 2018) permitieron comprender mejor los “intercampos” (Bourdieu, 2015, p. 38) o espacios sociales de emergencia de las políticas (Pinell, 2011) como espacios complejos en los que interactúan agentes con inserciones en campos diferentes, pero unidos por el interés específico en la política en cuestión. Estos estudios nos ayudaron a comprender las relaciones de esos espacios sociales con la salud colectiva y la construcción progresiva de un polo sanitario en la formulación e implementación de las políticas de salud.

En esa misma dirección, el trabajo de Juarez Furtado, que estudió el espacio específico de la evaluación en salud (Furtado & Vieira-da-Silva, 2014), y el de Catarina Matos Soares (2014), que investigó la constitución del espacio de la salud bucal colectiva, ayudaron a comprender el funcionamiento de algunos subespacios dentro de la salud colectiva. También otras investigaciones orientadas por la sociología de Bourdieu nos permitieron acumular experiencia práctica en el contraste de los conceptos con diversos objetos empíricos, como aquella realizada por Sonia Cristina Lima Chaves al analizar la adecuación entre las prácticas preventivas de los usuarios y su posición en el espacio social (Chaves & Vieira-da-Silva, 2008); Monique Azevedo Esperidião al analizar las diferencias entre la utilización de servicios de salud y la posición en el espacio social (Esperidião & Vieira-da-Silva, 2016); y Shirley Andrade Cruz investigando el concepto de capital social (Cruz, 2015).

También de gran importancia fue el apoyo obtenido en la Casa Oswaldo Cruz, en ese momento dirigida por Nísia Trindade Lima, que me permitió consultar diversas entrevistas del archivo de esa institución. En esa misma dirección, las entrevistas facilitadas por Maria Ligia Rangel permitieron

reconstruir el espacio del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA en sus inicios.

La estrecha cooperación del ISC con el grupo de investigadores del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad de Lanús, en Argentina, también posibilitó intercambios derivados de una investigación específica del grupo coordinado por Hugo Spinelli sobre la medicina social latinoamericana y, en particular, sobre la trayectoria de Juan César García (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011). Por su parte, el grupo de la Universidad de São Paulo (USP), coordinado por Lilia Blima Schraiber y André Mota, con la participación de Ricardo Ayres y Moisés Goldbaum, desarrolló un estudio específico sobre la historia de la salud colectiva en São Paulo, con un enfoque distinto, pero complementario, que nos estimuló e inspiró mucho.

No podría dejar de mencionar la importancia de las entrevistas realizadas que, además de las informaciones necesarias para el análisis de las trayectorias en el sentido bourdieusiano, me proporcionaron muchos *insights*, dado que todos eran investigadores o gestores, liderazgos con participación relevante en la creación y consolidación del campo de la salud colectiva en Brasil. Por eso, estoy agradecida a todos mis entrevistados, compañeros y amigos de la salud colectiva.



Capítulo 1

Las condiciones históricas de posibilidad

La construcción de un espacio social es un proceso histórico. No surge ni de una determinación directa de las estructuras sociales ni de una acción racional planificada por un conjunto de agentes sociales dotados de clarividencia que orientaron sus trayectorias en esa dirección. Es el producto del encuentro entre las historias individuales de los agentes que contribuyen a estructurar el espacio y la historia colectiva que define los límites de esa acción, pero también lo pensable y lo impensable, en el sentido de Bourdieu. Esos posibles históricos se definen por la estructura de relaciones entre posiciones y tomas de posición de los agentes en cada momento histórico, en cada campo específico y en el espacio social como un todo (Bourdieu, 1996, 2006). Ese análisis histórico no corresponde todavía a la búsqueda del origen como causa, sino al “...lugar de lo esencial, el lugar donde se ven las luchas” (Bourdieu, 2012, p. 134), donde es posible captar la lógica de una lógica, en otras palabras, las razones para el funcionamiento de los campos sociales.

En esa perspectiva, las condiciones de posibilidad históricas de la constitución del espacio de la salud colectiva en Brasil como redefinición del espacio de la medicina preventiva y de la salud pública institucionalizada pueden relacionarse con algunos acontecimientos concomitantes: el financiamiento de las fundaciones estadounidenses, la acción político-institucional de la OPS, los apoyos de la Financiadora de Estudios y Proyectos (FINEP) (Ribeiro, 1991), la coyuntura política y la situación del campo intelectual y del campo médico brasileño en las décadas de 1960 y 1970. A pesar de la naturaleza del financiamiento, el espacio así viabilizado resultó en un lugar de producción de conocimiento crítico y de formulación de proyectos contrahegemónicos con referencia a los objetivos formalmente explicitados por las propias instituciones financiadoras. La explicación de esa aparente paradoja, ya registrada por Escorel (1999), se debe a las especificidades relacionadas con la génesis de ese espacio que serán analizadas a lo largo del texto. En función del alcance

del presente libro, las situaciones del campo intelectual y del campo médico fueron solo esbozadas y se apoyaron en fuentes bibliográficas.

Filantropía internacional y la constitución de una elite intelectual

Las deducciones automáticas sobre las implicancias políticas de algunos hechos sociales son, en ocasiones, engañosas. Que, en un primer momento, la actuación de las fundaciones estadounidenses (Rockefeller, Kellogg, Milbank, Ford) estuvo orientada, sobre todo en el período posterior a la guerra, a la consolidación de la hegemonía estadounidense, no solo en Europa con el Plan Marshall, sino también en otros continentes, parece evidente y ha sido investigada por algunos autores. Esa actuación, que data del inicio del siglo XX, estaría relacionada, según Brown, con los intereses del desarrollo capitalista en ese país y su expansión hacia el exterior. En relación con las acciones de salud propiamente dichas, ese autor consideraba que las medidas orientadas al control de enfermedades infecciosas, como la anquilostomiasis, la malaria y la fiebre amarilla, se llevaban a cabo con base en la creencia en el impacto que el control de esas enfermedades tendría en el desarrollo de países no industrializados de América Latina, Asia y África. Además, esos países también podrían funcionar como productores de materias primas y como mercados consumidores para EEUU. Se suma a eso la necesidad de control político con el objetivo de “...establecer en los corazones y mentes de las poblaciones de los países receptores una actitud más favorable hacia la dominación económica y política continua de los Estados Unidos.” (Brown, 1976, p. 901, traducción propia).

A pesar de esas evidencias, estudios con distintos enfoques y referentes teóricos han revelado una compleja red de agentes e instituciones involucrados con ese tipo de financiamiento. Un ejemplo de esas contradicciones aparece en los análisis de Miceli (1993b) sobre el financiamiento de la Fundación Ford a las ciencias sociales brasileñas. También los trabajos de Dezalay y Garth (2002), al estudiar el período de la Guerra Fría, encontraron resultados paradójicos en las políticas estadounidenses orientadas a la consolidación de su hegemonía, resultados que son consistentes con su hipótesis central, según la cual el producto de la exportación de determinados proyectos e ideas (*expertises*) depende de la existencia de homologías estructurales entre importadores y exportadores. En otras palabras, muestran las relaciones entre las disputas al interior del campo del poder estadounidense y los procesos internos

ligados a las historias nacionales específicas de cuatro países de América Latina, entre los cuales se encuentra Brasil.

La creación de fundaciones dedicadas a la filantropía en EEUU tiene sus raíces en las contradicciones derivadas de la acumulación de grandes fortunas durante el período de industrialización y su necesidad de legitimación social, debido a las reacciones hostiles provenientes de la población¹ en la sociedad estadounidense. Por otro lado, se relacionan con las disputas dentro del campo del poder, posteriores al período de la Guerra de Secesión en ese país. La burguesía industrial, que entonces se consolidaba, quería asegurar su poder en la disputa con las viejas élites agrarias. Estos nuevos grupos dominantes poseían capital económico, pero no el capital simbólico de sus antecesores, la antigua aristocracia. Así, como contrapunto, comenzaron a valorar el capital cultural adquirido a través del sistema educativo (Guilhot, 2004).

De esta forma, influir en el sistema educativo implicaba ejercer control sobre el principal mecanismo de reproducción de los dominantes, relacionado con la formación de cuadros para ocupar puestos en la burocracia estatal y en el campo del poder. Por esta razón, importantes universidades estadounidenses fueron creadas o fueron objeto de financiamiento de millonarios a partir del final del siglo XIX y principios del siglo XX. Así, Leland Stanford, el gobernador de California que se enriqueció con la especulación inmobiliaria, Ezra Cornell, que había desarrollado y comercializado el telégrafo, y John Hopkins, uno de los empresarios de ferrocarriles, crearon universidades a las que dieron sus nombres. También el todopoderoso dueño de la Standard Oil Company, John Rockefeller, contribuyó a la creación de la Universidad de Chicago (Guilhot, 2004).

Por otro lado, también las revueltas obreras que ocurrieron en el período, como en el caso de la huelga de los trabajadores de la compañía de acero Carnegie, en 1892, que resultó en una sangrienta batalla entre los huelguistas y los guardias privados de la empresa Pinkerton, en la ciudad de Homestead, situada en el estado de Pensilvania, en EEUU, contradecían directamente los intereses financieros de los industriales y empresarios. Seguros de que la reforma social era inevitable, estos filántropos invirtieron en el tratamiento *científico* de las cuestiones sociales de la época, entre las cuales se encontraba la higiene pública, junto con la vivienda, la educación y la urbanización, que requerían reformas que no amenazaran el orden social capitalista y se constituyeran como alternativa al socialismo. El desarrollo de las ciencias sociales

1. Según Mazon (1985), el pastor bautista y consejero íntimo de Rockefeller, Frederick Gates, le recomienda la distribución de su fortuna bajo pena de que ésta lo destruya a él y a su descendencia.

estaba en el centro de esta estrategia. Este movimiento de reforma social estaba formado por trabajadores sociales, militantes, universitarios y pensadores progresistas (Guilhot, 2004).

Otra perspectiva sobre la red de relaciones entre especialistas en diversas áreas relacionadas con la formulación de políticas públicas prioriza el análisis de las organizaciones denominadas *think tanks*², organizaciones privadas, no lucrativas, situadas entre las ciencias sociales académicas, por un lado, y el gobierno y los partidos políticos, por otro. A principios del siglo XX, la metáfora que más atraía a los científicos sociales reformistas era derivada de la medicina y la salud pública. Así, diagnóstico, prevención y cura de los males sociales comenzaron a formar parte del lenguaje de los expertos economistas y proporcionaban una racionalidad para la intervención pública en las condiciones de trabajo, vivienda y recreación. Este tipo de iniciativa formaba parte de la práctica de lo que los filántropos denominaban una nueva “ciencia de la filantropía preventiva” (Smith, 1991, p. 37).

La Fundación Carnegie, fundada en 1905, la Fundación Rockefeller, fundada en 1913, y la Russell Sage, en 1907, aportaron un considerable volumen de recursos para la investigación social aplicada orientada a la cura de los males sociales y, en particular, para la investigación médica en higiene y en ciencias sociales. La Fundación Rockefeller actuó en ambas áreas: en el fomento a la investigación, en la intervención en medicina e higiene, y en el desarrollo de las ciencias sociales (Mazon, 1985).

Sin embargo, además del uso de la metáfora médica, la idea de que la propia enfermedad era una de las causas más importantes de la miseria y de los problemas económicos, morales y sociales fundamentó la intervención específica en el área de la investigación médica. El principal consejero de Rockefeller, Gates, después de convencerse del atraso de la investigación sobre esta temática, elaboró un plan para la creación del Instituto Rockefeller para la investigación médica, inaugurado en 1901. La Comisión Sanitaria de Rockefeller, creada en 1909, tenía como objetivos centrales desarrollar industrialmente el Sur agrario y vincularlo a los intereses de los capitalistas del Norte. Esta fue precedida por una comisión educativa, creada en 1902, orientada a la formación de líderes y coordinada por el hijo de Rockefeller y por Frederick

2. El término *think tank* proviene del argot militar de la Segunda Guerra Mundial. Se refería a una sala segura donde podían ser discutidos planes y estrategias. El término fue utilizado por primera vez en 1950 para describir organizaciones como la Rand Corporation, orientadas a investigaciones estratégicas militares en la postguerra. La Rand Corporation, aunque financiada por diversas fundaciones, como Rockefeller, MacArthur y Ford, obtiene el 11% de sus recursos de la iniciativa privada (Smith, 1991, p. xiii, 302-303).

Gates (Brown, 1976). Posteriormente, la actuación de Rockefeller se extendió a más de 60 países en el mundo, entre los cuales se encontraba Brasil.

En el mismo período, la Fundación Carnegie financió un estudio sobre la enseñanza médica que fue desarrollado por el educador Abraham Flexner, publicado con el título *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Flexner, 1910). Este trabajo contenía propuestas relacionadas con la modernización de la enseñanza médica (Schraiber, 1989), siendo hasta hoy bastante controversial (Almeida Filho, 2010; Pagliosa & Da Ros, 2008). Tres hechos pueden estar relacionados con la invitación realizada en 1908 por el presidente de la Fundación Carnegie, Henry S. Pritchett, para llevar a cabo un estudio de tal envergadura. Según el propio Flexner (1960), su vida cambió con su ingreso a la Universidad Johns Hopkins en 1884, financiado por los ahorros de su hermano mayor, Jacob, y gracias a contactos derivados de las conexiones de su familia con la comunidad judía³. Por otro lado, el matrimonio con Anne Crowford, una exalumna de una adinerada familia de Georgia, permitió que Flexner cerrara su colegio, volviera a estudiar en Harvard y se mudara a Berlín, donde escribió su primer libro, *The American College: A Criticism*, en el cual critica el sistema educativo estadounidense inspirado principalmente en la experiencia alemana (Flexner, 1908; Pagliosa & Da Ros, 2008). Una tercera razón puede encontrarse en las relaciones establecidas con su hermano mayor, Simon Flexner, patólogo de la Universidad Johns Hopkins que fue uno de los fundadores de la Fundación Rockefeller y director del Rockefeller Institute for Medical Research (Almeida Filho, 2010). De esta forma, las estrategias económicas y matrimoniales, la inversión en el capital cultural adquirido y el capital social permitieron que Flexner, un tutor de alumnos ricos de una ciudad del interior de Kentucky (EEUU), pudiera asistir a dos universidades importantes (Johns Hopkins y Harvard), viajar a Europa, escribir un libro crítico sobre la educación superior estadounidense, *The American College* (1908), y crear una red de relaciones que resultaron en su contacto con Henry S. Pritchett, entonces presidente de la Fundación Carnegie, quien lo invitó a realizar la evaluación de la enseñanza médica en los EEUU y en Canadá (Flexner, 1960).

3. Según Flexner (1960), en su autobiografía, él fue a Johns Hopkins con una carta de presentación de Lee Sale, hermano del reverendo Samuel Sale, rabino de la congregación judía en Baltimore. Minton Warren, profesor de latín que examinó a Flexner (1960, p. 30), le dijo entonces: "Su trabajo muestra que usted no conoce mucho latín, pero Sale dice que viene de una buena familia, y nosotros lo vamos a aceptar". Original: "Your paper shows that you don't know much Latin but Sale says that you come from a fine Family, and we are going to let you in".

El tránsito de *experts* entre las fundaciones y el gobierno es un indicador de la red de relaciones formada por esta élite intelectual y sus mutuas influencias. En el año 1912, Flexner comenzó a trabajar como secretario asistente y miembro del General Education Board, fundado en 1902 por George Peabody, un banquero estadounidense, y posteriormente financiado por Rockefeller, cuyo hijo, John D. Rockefeller Jr., también formaba parte de sus cuadros. Los especialistas eran egresados de las universidades de la Ivy League⁴ y transitaban entre puestos en el gobierno y en las fundaciones. Dezalay menciona una anécdota que ilustraba esta proximidad, según la cual David Rockefeller, presidente del Consejo para Relaciones Exteriores de los EEUU (*Council on Foreign Relations*), propuso a su amigo Allen Dulles⁵ la presidencia de la Fundación Ford si él renunciaba a la dirección de la Central Intelligence Agency (CIA) (Dezalay & Garth, 1998).

Ese tránsito de expertos también se verificaba con la OPS. En 1947, Fred Sopper, funcionario de la Fundación Rockefeller, fue elegido director de la OPS (Lima, 2002). La OPS, inicialmente denominada Oficina Sanitaria Internacional Pan American Sanitary Bureau (PASB), fue creada en 1902. La denominación “oficina” es de la lengua española; en portugués, la traducción más fiel sería “escritório”, que corresponde a su función originaria: la de ser un organismo estructuralmente subordinado al Estado americano, un departamento del Servicio de Salud Pública de EEUU e incluso dirigido por el cirujano general, jefe de ese servicio (Lima, 2002). Esta institución fue progresivamente asumiendo el papel de un organismo internacional, pero subordinado a las políticas de salud de EEUU. Fue dirigida por estadounidenses, hasta 1958, cuando asumió el chileno Abraham Horwitz (Lima, 2002). Tras la Segunda Guerra, con la creación de la OMS, pasó a funcionar como Oficina Regional de esa organización. Su principal publicación, sin embargo, continuó denominándose *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* hasta 1996.

4. Ivy League era una asociación formada por ocho universidades, entre las más antiguas e importantes de EEUU: Universidad Brown, en Providence, Rhode Island, fundada en 1764 como College of Rhode Island; Universidad Columbia, en Nueva York, fundada en 1754 como King's College; Universidad Cornell, en Ithaca, Nueva York, fundada en 1865; Dartmouth College, en Hanover, New Hampshire, fundada en 1769; Universidad Harvard, en Cambridge, Massachusetts, fundada en 1636 como New College y luego Harvard College; Universidad de Pensilvania, en Filadelfia, Pensilvania, fundada en 1751 como Academy of Philadelphia; Universidad Princeton, en Princeton, Nueva Jersey, fundada en 1746 como College of New Jersey; Universidad Yale, en New Haven, Connecticut, fundada en 1701 como Collegiate School.

5. Allen Welsh Dulles (1893-1969) fue el primer civil en ser director de la CIA (1953-1961), desempeñando su mandato durante la Guerra Fría.

La internacionalización del financiamiento de las fundaciones, la denominada “filantropía internacional”, involucraba tanto los intereses económicos anteriormente mencionados (Brown, 1976) como también el propósito de crear lazos entre la élite estadounidense y sus pares en otros países. Este movimiento ocurrió en Europa y América Latina, por diversas razones que variaron a lo largo del siglo XX (Guilhot, 2004). La circulación internacional de ideas y proyectos derivados de este proceso, para ser mejor comprendida, requiere un análisis tanto de la situación de los diversos campos sociales involucrados con su producción en los países exportadores como de la situación de esos mismos campos en los países receptores (Bourdieu, 2002).

Esa dinámica fue bien estudiada por Dezalay (2002), quien analizó las formas en que el denominado “dominio del derecho” o “de la ley” (*rule of law*)⁶ se relacionó con la reproducción y las transformaciones en el interior del campo del poder tanto en EEUU como en América Latina. Su análisis considera que la ley y las instituciones vinculadas a ella, a saber, las facultades de Derecho y el Estado, están en el centro de los procesos que estructuran, producen y reproducen el campo del poder. Las relaciones entre la ley y el desarrollo fueron comprendidas por medio del estudio de procesos nacionales e internacionales. La reproducción de las elites nacionales fue construida y legitimada por medio de préstamos internacionales durante décadas de viajes a París o Coimbra por parte de representantes de las elites de los países latinoamericanos estudiados, entre los cuales está Brasil. Ese movimiento de importación y exportación de ideas y personas, al mismo tiempo que reforzaba el colonialismo, proporcionaba los medios para su crítica. La elección del Derecho estaría relacionada con el papel central de la ley y del campo jurídico para la estructuración del campo del poder. Dezalay analizó también cómo esas disputas fueron exportadas e importadas por los intelectuales también de las Ciencias Sociales y, en particular, de la Economía hacia cuatro países de América Latina, a saber: Chile, Argentina, México y Brasil (Dezalay & Garth, 2002).

Dezalay y Garth (1998) ejemplifican la transición entre la generación de los notables y la de los técnicos y activistas con la constitución de la Comisión Internacional de Juristas, financiada con fondos secretos de la CIA, y los desdoblamientos posteriores a la muerte de Kennedy. La Comisión Internacional de Juristas fue creada como una contraposición a la Asociación Internacional de Juristas Demócratas, creada en 1946 por juristas franceses pertenecientes

6. El dominio de la ley (the rule of law) se refiere a la importancia del estado de derecho, en el cual existirían leyes claras, tribunales accesibles, así como la prohibición del ejercicio arbitrario del poder por fuera de las leyes, para el desarrollo.

a la resistencia, con el objetivo de disputar las consignas de paz, libertad y justicia, según ellos, apropiadas por las organizaciones pro-soviéticas (Dezalay & Garth, 1998). Ese hecho incitó a un grupo de juristas políticos, entre los cuales estaba Allan Dulles, presidente del *Council on Foreign Relations* y director de la CIA, a crear la Comisión Internacional de Juristas. Esa comisión, compuesta por juristas notables, parlamentarios, ministros, anticomunistas y financiada con fondos secretos de la CIA, reclutó como secretarios generales a personas provenientes del mundo académico y diplomático: Oxford, Cruz Roja Internacional. Uno de ellos, Sean McBride, impulsó la creación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y fue uno de los fundadores de Amnistía Internacional. Se crea, así, un espacio internacional de expertos con trayectorias sociales parecidas, de elevado capital social, que habían adquirido un mismo *habitus* en las escuelas preparatorias y eran representantes del orden establecido, dominado por blancos, anglosajones y protestantes, también conocido como *establishment wasp* (Dezalay & Garth, 1998).

Diferentes generaciones de intelectuales cuyas trayectorias fueron modificadas por las transformaciones ocurridas en los campos jurídico, económico, político y del poder influyeron de formas distintas en el significado de los movimientos de derechos humanos y de otros espacios sociales, tanto en EEUU como en sus relaciones con los movimientos latinoamericanos. Hay un interés por el estudio de la constitución de la salud colectiva en este análisis, teniendo en cuenta no solo los aspectos de orden general, sino también su intersección con los movimientos internacionales orientados a la salud. Por otro lado, aunque el campo jurídico sea central para la constitución del Estado moderno, otros espacios sociales relacionados con la producción simbólica de normalización estatal, como es el caso de la Medicina y de la salud pública, también contribuyeron con ese proceso y fueron influenciados por él.

La Fundación Ford, tras alinearse con la CIA, financió organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a las luchas en defensa de los derechos humanos y del medio ambiente. El núcleo de padres fundadores pertenecía al pequeño círculo elitista de los grandes abogados de negocios que, después de la guerra, constituyeron el núcleo del *foreign policy establishment* americano. En el contexto de la Guerra Fría, existía poca diferencia entre los objetivos de la CIA, del Departamento de Estado y los de las universidades de la Ivy League e incluso de la Fundación Ford, relacionados con la constitución de una élite internacional dedicada a la lucha contra el comunismo (Dezalay & Garth, 2002).

El período de la Guerra Fría estuvo marcado por una política exterior de EEUU para América Latina, iniciada en el gobierno de Truman (1945-1953),

pero que tuvo continuidad con Eisenhower (1954-1960), la cual implicaba el mantenimiento de la influencia político-militar en la región y, en el plano económico, acciones apoyadas en la defensa del libre comercio y de las inversiones extranjeras. Esa doble vertiente se desarrollaba bajo el signo de la bipolarización mundial entre la Unión Soviética y EEUU (Silva, 1992). En relación con Brasil, también hubo una gran inversión en la creación de una imagen favorable de EEUU. Según Tota (2000), existió un proyecto explícito al respecto llevado a cabo principalmente por Nelson Rockefeller, quien ocupó el cargo de coordinador del Office of the Coordinator of the Inter-American Affairs (OCIAA). Ese proyecto fue mediado por artistas e intelectuales, entre los cuales estaban los estadounidenses Walt Disney, Orson Welles y Waldo Frank, y los brasileños Vinicius de Moraes, Carmen Miranda y Oswald de Andrade. Entre varios otros intelectuales que interactuaron, estaba el médico sanitarista Jorge de Lima:

Intuitivamente, Waldo [Frank] aceptó una invitación para cenar en la casa de Jorge de Lima [...], médico alagoano, sanitarista formado en Bahía y en Río de Janeiro, que se había destacado por su contribución a la salud pública y a las letras. [...] Fue en la casa de ese brasileño, negro, católico e intelectual respetado donde Waldo consolidó la idea de una América comunitaria. (Tota, 2000, p. 165)

Para ese autor, cuyo análisis se basó en una diversidad de fuentes primarias, la americanización de Brasil no ocurrió de forma pasiva. En sus palabras, hubo “resistencia, antropofagia y sincretismo” (Tota, 2000, p. 193).

La prioridad de la ayuda externa estadounidense en el período mencionado fue claramente para Europa y Asia, quedando América Latina relegada en relación con el volumen de recursos recibidos. En el interior del gobierno estadounidense, se fueron diferenciando dos posiciones que se enfrentaban respecto a la política exterior: una que defendía el énfasis en el apoyo militar y otra en el desarrollo económico. En 1958, Juscelino Kubitschek propuso a Eisenhower, por medio de correspondencia personal y directa, la revisión de las relaciones de EEUU con América Latina, que se consolidaría en la propuesta de la Operación Panamericana. La propuesta fue lanzada oficialmente para los embajadores de los países de las Américas mediante un discurso de Kubitschek, en junio de 1958 (Silva, 1992). Los objetivos de la Operación Panamericana eran combatir el subdesarrollo económico de América Latina, que hacía al continente vulnerable al comunismo. Aunque hubo resistencias por parte de EEUU a la propuesta, se creó el Comité de los 21, que era una comisión formada por representantes de las repúblicas de las Américas, sometida

al Consejo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (Silva, 1992), y se creó el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el fin de auxiliar financieramente a países de América Latina. Sin embargo, un apoyo más significativo de EEUU a la Operación Panamericana solo llegó después de la Revolución Cubana, aún en el último año del gobierno de Eisenhower, pero principalmente con Kennedy. Las deliberaciones de la reunión del Comité de los 21 realizada en Bogotá, en 1960, materializaron el cambio en la posición estadounidense respecto a la Operación Panamericana no solo en el discurso, apoyando la propuesta brasileña de una acción multilateral amplia, sino también aportando recursos significativos para un fondo de desarrollo social y económico a crear dentro del BID (Silva, 1992). El acta de Bogotá ya contenía propuestas relacionadas con “mejoras en la salud pública” como parte de las propuestas de “mejoramiento social” y puede considerarse el preludio de lo que sería la Alianza para el Progreso, principal iniciativa del gobierno de Kennedy para América Latina (Silva, 1992, pp. 38-39).

Durante la década de 1960, el gobierno Kennedy procuró apoyarse en la *intelligentsia* con el *slogan* de reunir a los mejores y más brillantes (*the best and the brighter*). La creación de la Alianza para el Progreso, además de ampliar la ayuda económica, extendía y oficializaba el objetivo antes reservado solo a las fundaciones filantrópicas: la construcción de una alianza de las élites profesionales al servicio de una política de modernización, basada en el trabajo de Rostow (1960) sobre las etapas del desarrollo económico, explícitamente denominado como un “manifiesto anticomunista” y que proporcionaba un referente teórico en contraposición al análisis marxista. Esa aproximación se encontraba en la United States Agency for International Development (USAID), en la Fundación Ford, en los movimientos de derechos humanos, así como en la economía liberal y en las ciencias sociales (Dezalay & Garth, 2002).

En lo que respecta específicamente a la salud, también una línea de producción intelectual sobre salud y desarrollo sufrió influencia del pensamiento de Rostow, particularmente en la formulación hecha por Myrdal (1952) sobre el “ciclo vicioso de la pobreza y la enfermedad”. Myrdal y Winslow fueron conferencistas de la 5.ª Asamblea Mundial de Salud, en la cual los médicos sanitarios brasileños vinculados a la Fundación Servicio Especial de Salud Pública (SESP), Manoel Ferreira y Ernani Braga, presentaron un trabajo que incorporaba sus ideas sobre las relaciones entre salud y desarrollo (Hochman, 2009). *El Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso* fue parte de las resoluciones de la conferencia realizada en enero de 1962, en Punta del Este, Uruguay (OPS, 1962). Esas resoluciones influyeron en la agenda de los ministerios de Salud de la región durante las décadas siguientes.

Después de la muerte de Kennedy, la doble estrategia estadounidense de actuar tanto en el plano de las ideas como en el de la represión pasó a estar dominada por este último componente con la continuación de la Guerra de Vietnam. Se estableció una crisis en esas instituciones que se encontraban en el punto de encuentro entre los campos del poder y el saber, debido a las denuncias sobre el financiamiento de la CIA y los privilegios fiscales de las fundaciones. La contestación era interna al sistema, realizada por los jóvenes miembros, que comenzaron a criticar la ideología meritocrática. También la autonomía de los *campus* de la Ivy League permitió la entrada de recién llegados que no habían pasado por las escuelas preparatorias de élite, que moldearon el *habitus* de la generación anterior, en la cual la filantropía y el internacionalismo formaban parte de las atribuciones (*noblesse oblige*) de la nobleza de Estado (*gentleman statesman*). Esos jóvenes fundaron el Institute for Policy Research, en el cual se aglutinaron intelectuales de izquierda unidos contra la Guerra de Vietnam. Ante la saturación de puestos en Wall Street o en Washington, a los que el diploma de la Ivy League daba acceso casi automático, los graduados en las facultades de la liga menos dotados de capital social o más motivados ideológicamente buscaron invertir en nuevos espacios de prácticas profesionales abiertos por los programas de ayuda al desarrollo, como la Alianza para el Progreso.

Pero también surgieron críticas provenientes del Parlamento. La crítica al orden establecido occidental dentro del campo del poder alcanzó a esas organizaciones situadas en la intersección entre lo político y el saber, y que eran fuertemente ideológicas. El espacio de las fundaciones, así, comenzó a reorganizarse y profesionalizarse. La Fundación Ford financió, entre las décadas de 1960 y de 1980, diversas ONG orientadas a una militancia vinculada a causas sociales y políticas, creando centros de investigación que pasaron a albergar a intelectuales de izquierda opositores a las dictaduras militares latinoamericanas.

Posteriormente, en la segunda mitad de la década de 1960, crece la politización del espacio. Hay una contrarrevolución conservadora de derecha que destruye la fachada de consenso y se reúne en instituciones con objetivos científicos. Se crea, así, un mercado de *policy research* con sus consultorías y conferencias. La competencia entre las producciones ideológicas de los *think tankers* de derecha y de izquierda que se oponen permite que ese espacio funcione como un campo cuyo desarrollo resulta de esas alternancias. De esa forma, se verifica una transformación de ese espacio de prácticas dominado por los notables hacia un mercado profesional, en la segunda mitad de la década de 1960, que, posteriormente, se politiza. Sin embargo, no se caracteriza como una ruptura clara, porque las continuidades son numerosas. Su

actuación en el exterior permite alcanzar el objetivo de los sabios (*wise man*), que sería formar una elite intelectual internacional (Dezalay & Garth, 2002).

Específicamente en el área de salud, la OPS quedó encargada de la elaboración de una metodología para la planificación en salud junto con el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad de Venezuela. La metodología, que contó con la participación del médico argentino Mario Testa, uno de los teóricos y articuladores del movimiento de la Medicina Social latinoamericana, se conoció como método Cendes-OPS (Santos, 1995). Carlyle Guerra Macedo, quien luego dirigiría el Programa de Recursos Humanos de la OPS en Brasil, participó en la segunda promoción del curso orientado a la difusión del método.

Entonces, la Operación Panamericana se basaba en introducir la técnica de planificación en la acción gubernamental en la región de las Américas. La Alianza para el Progreso aspiraba a utilizar ese instrumento para impulsar la cooperación de EEUU con América Latina y el Caribe. Y eso incluyó la salud. La OPS fue convocada; la OPS y la OMS fueron convocadas para apoyar, junto con la Cepal [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económico-Social, que también fue creado en esa época. Un grupo de trabajo especial fue creado y se reunió en el Cendes de la Universidad Central de Venezuela, y elaboró una metodología de planificación en salud, que usted debe conocer con el nombre de Cendes-OPS. Con base en esa metodología, comenzaron a dictar cursos para preparar personas para los gobiernos, y yo participé en el segundo curso que ofrecieron. (Carlyle Guerra Macedo, noviembre de 2008)

Ese método se difundió en toda América Latina y en Brasil, principalmente por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y por la Superintendencia del Desarrollo del Noreste (SUDENE). Tanto la división de Salud de la Sudene como la ENSP ofrecían cursos de Salud Pública, principalmente orientados a técnicos de las secretarías de Salud y de la Fundación SESP (Santos, 1995). De esa forma, el espacio creado para la difusión de una ideología racionalizadora y tecnicista fue ocupado y disputado por agentes con disposiciones críticas que iban a subvertir los objetivos originales.

En Brasil, la constitución del campo intelectual fue analizada por diversos autores, revisados por Miceli (2001). En su tesis doctoral publicada en 1976, ese autor desarrolló un argumento que relacionaba condicionantes ligados a la trayectoria social de los intelectuales con aquellos derivados de la emergencia de un mercado de trabajo intelectual en las décadas de 1920, 1930 y 1940, condicionantes que cobraban sentido en referencia al contexto político

institucional del período analizado, caracterizado por el reordenamiento del campo del poder en Brasil (Miceli, 1979). También en Brasil, la primera generación de intelectuales provenía de las élites, aunque caracterizados por Miceli (1979, p. 26) como “herederos de los primos pobres de las oligarquías”. Ese campo intelectual atravesó transformaciones en las décadas de 1950 y 1960, principalmente en el área de las ciencias sociales, en la cual varias instituciones estaban desarrollando un conocimiento innovador sobre la sociedad brasileña. De esa forma, las iniciativas de exportación de un programa anticomunista desarrollista no siempre encontraron una contrapartida de agentes en el Sur, sobre todo fuera de la esfera gubernamental. Ya desde el punto de vista del gobierno brasileño, la iniciativa de Juscelino Kubitschek, al proponer a Eisenhower la Operación Panamericana, en 1958, era coherente con los objetivos de la Guerra Fría, aunque representaba una iniciativa que otorgaba a Brasil mayor protagonismo en relación con la política exterior en el continente (Silva, 1992).

Muchos intelectuales que pasaron a recibir financiamiento de las fundaciones desarrollaron estudios en una dirección por momentos contraria a los objetivos del Norte. Ese fue el caso del financiamiento de la Fundación Ford a algunas instituciones e investigadores sintonizados con nuevos referentes teóricos, críticos respecto del funcionalismo y del desarrollismo estadounidenses, en Minas Gerais, en Río de Janeiro y, en particular, en el Centro Brasileño de Análisis y Planificación (CEBRAP), que albergó a varios profesores universitarios jubilados de forma compulsiva por la dictadura militar en 1969 (Miceli, 1993a).

Ese puede considerarse como un proceso no lineal, porque resulta de la interconexión de distintos campos sociales relativamente autónomos que se están constituyendo, formados por agentes e instituciones con intereses diferentes, pero que, en algunos casos, confluyen. Los objetivos formalmente humanitarios, definidos de forma ambigua por las fundaciones estadounidenses, permitieron reunir, por un lado, a profesionales de las áreas sociales o pensadores progresistas que encuentran financiamiento y lugar de trabajo en fundaciones. Por otro lado, estaban sus proveedores y gestores que, por numerosos movimientos y distintas microdecisiones, forman una red de relaciones entre personas con disposiciones políticas ligadas al denominado *establishment tuasp* que deciden invertir en esas áreas por razones diversas. Los vínculos entre esos agentes y el campo del poder permiten incorporar esas acciones en las estrategias internacionales de búsqueda de hegemonía.

Transformaciones en el campo médico y las agencias estadounidenses

La salud colectiva surgió en el interior del campo médico. La introducción de la enseñanza de la medicina preventiva, que hizo posible el desarrollo del pensamiento crítico sobre la salud y sus determinantes sociales, así como sobre la necesidad de la reforma sanitaria, formaba parte de movimientos orientados a la modernización de la medicina. Ese movimiento se inicia en la segunda década del siglo XX en São Paulo y se extiende hasta las décadas de 1950 y 1960. El campo de la medicina moderna ha sido considerado como un espacio social en el cual está en disputa el monopolio sobre las prácticas legítimas de salud (Pinell, 2009). Se constituyó y, de forma progresiva, se institucionalizó en Brasil durante el siglo XIX, con la creación de las facultades de Medicina de Bahía y de Río de Janeiro, así como de diversos periódicos médicos y otras instituciones específicas (Edler, 1998; Machado *et al.*, 1978).

La llegada a Brasil de una misión de la Fundación Rockefeller en 1917, ya encontró un desarrollo no solo de la investigación en enfermedades infecciosas, con la Escuela Tropicalista de Bahía (Santos, 2008) y las investigaciones realizadas en Río de Janeiro y en São Paulo por los médicos Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz y Vital Brazil, sino también un movimiento sanitarista orientado a la lucha por el saneamiento desde una perspectiva nacionalista y eugenista (Castro-Santos, 1989; Hochman, 2012; Kobayashi, Faria & Costa, 2009). Existía además un cierto grado de institucionalización de la salud pública por medio del Departamento Nacional de Salud Pública, que ya desarrollaba diversas acciones orientadas al control de la fiebre amarilla y otras enfermedades. La Rockefeller firmó acuerdos con el Departamento Nacional de Salud Pública, e integró a los médicos Vital Brazil y Carlos Chagas en la comisión consultiva entonces formada. Las acciones desarrolladas por la Rockefeller en Brasil, centradas en los estados del Sur, se dirigieron no solo a la cooperación con el Departamento Nacional de Salud Pública y

los gobiernos estatales en el combate a la anquilostomiasis⁷, la malaria y la fiebre amarilla, sino que también aportó recursos considerables a la recién creada Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo. También apoyó la creación del Laboratorio de Higiene de la Facultad de Medicina y Cirugía en 1918, transformado en 1924 en Instituto de Higiene de São Paulo e incorporado a la USP en 1938. En 1945, el instituto pasó a ser una unidad independiente de la USP, bajo la denominación de Facultad de Higiene y Salud Pública (Faria, 1999). Concedió becas de estudio a diversos médicos, entre los cuales estaba Samuel Pessoa, que recibió apoyo como residente asistente en 1922 para estudios de Higiene Rural (Paiva, 2006). Uno de los objetivos de la Rockefeller era sustituir el modelo francés de enseñanza médica por el estadounidense, con la prioridad dada al régimen de tiempo completo y a la investigación de laboratorio, lo que implicaba la introducción de una clínica experimental, es decir, una clínica basada en la investigación básica. Además, tenía también por objetivo fomentar la enseñanza de la Higiene y apoyar acciones de saneamiento, control de endemias y educación para la salud. En Bahía e incluso en otras universidades del Sur, como fue el caso de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) y de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), creada en 1951, ese proceso tuvo lugar a partir de la década de 1950⁸. La introducción de la enseñanza de la Medicina Preventiva contó con la participación de la OPS y fue financiada por la Fundación Kellogg, que otorgó becas de estudio a médicos recién graduados de Brasil y de otros países de América Latina que realizaron residencia o cursos de posgrado (especialización y

7. El énfasis en el control de la anquilostomiasis se debió a la caracterización de esta parasitosis como el “gusano de la pereza” por un zoólogo estadounidense, Charles Wardell Stiles, que convenció a los filántropos de la Rockefeller de que se trataba de una intervención orientada al desarrollo, teniendo en cuenta el aumento en la productividad de los trabajadores afectados por esta enfermedad. Las acciones de control de la anquilostomiasis fueron inicialmente desarrolladas en los estados del sur estadounidense. Posteriormente, con la creación de la comisión sanitaria internacional de la Rockefeller, en el año 1913, la campaña contra la anquilostomiasis fue dirigida primero a Inglaterra y luego a Asia y a los países de América Latina. En el año 1914 se inició la campaña contra la fiebre amarilla y en 1915, contra la malaria. Más allá de los beneficios en productividad, la Fundación Rockefeller consideraba que la medicina y las acciones de control de las enfermedades transmisibles eran un instrumento importante para influir política y culturalmente en los países asistidos, exportando la civilización occidental. La necesidad de profesionales especializados llevó a la fundación a financiar escuelas de Salud Pública en EEUU y en el exterior (Brown, 1976).

8. Según Faria (1999), la priorización de los estados del sur del país se relacionaba con la creencia de la Fundación Rockefeller de que las posibilidades de desarrollo se encontraban en esa región debido a la inmigración europea. Según Kobayashi, Faria y Costa (2009), la acción de la Fundación Rockefeller coincidió con el entonces Movimiento Sanitarista, que tenía como objetivo desarrollar acciones de higiene y salud pública con fines explícitamente eugénicos.

maestría) en Salud Pública, en Medicina Preventiva, en Ciencias del Comportamiento y en Ciencias Sociales⁹. Además, la Fundación Kellogg financió la creación de las maestrías en Medicina Social de la UERJ y de Xochimilco, en México, en 1974, y de diversos otros departamentos¹⁰. En cambio, la Fundación Rockefeller financió la Maestría en Salud Comunitaria de la UFBA, creado en el año 1973, con un aporte de 40 mil dólares (Rac, 1976).

Medicina Preventiva y la Organización Panamericana de la Salud

La medicina preventiva surgió en la primera mitad del siglo XX como un movimiento conservador por parte de las asociaciones médicas estadounidenses frente a la expansión de la salud pública. Propuso un cambio en la actitud del médico, que incorporaría la práctica de la prevención en la clínica.

Su desarrollo periférico hacia los países de América Latina fue protagonizado por la OPS en la década de 1950 (Arouca, 2003). Los encuentros internacionales realizados por esta, principalmente los seminarios de Viña del Mar (Chile) y Tehuacán (México) (OPS, 1976), no solo constituyeron un espacio para la difusión de las ideas de la medicina preventiva, sino que también permitieron el encuentro y la articulación entre agentes e instituciones de diversos países (Arouca, 2003). De esos seminarios surgió una propuesta de formación de personal para la enseñanza de la medicina preventiva en América Latina. La Universidad de Harvard organizó entonces una maestría en la que participaron algunos brasileños, entre ellos Guilherme Rodrigues da Silva y Donald Wilson, quien posteriormente compitió con Guilherme por la cátedra de Medicina Preventiva en São Paulo. Desde ese momento, ya existía un movimiento de crítica hacia la salud pública calificada de tradicional, dado que la formación en Medicina Preventiva implicaba un mayor énfasis en la Clínica combinada con la salud pública, según el testimonio de Guilherme Rodrigues da Silva:

9. Guilherme Rodrigues da Silva fue becario de la Usaid; Everardo Duarte Nunes, de la Kellogg; Moysés Szklo fue becario de la OMS; Maria Andréa Rios Loyola fue becaria de la Ford (entrevistas de Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009; Maria Andréa Rios Loyola, 21 de mayo de 2009 y Roberto Figueira Santos, 7 de noviembre de 2008).

10. La Fundación Kellogg financió además el Proyecto Paulinia en Campinas (Everardo Duarte Nunes, 24 abr. 2009) y el Proyecto Planaltina en Brasília (José Paranaguá de Santana, 11 nov. 2008), el programa extramuros del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA y la primera dirección de Abrasco (Jairnilson Silva Paim, 28 may. 2008).

Y la idea que se tenía [en la maestría en Harvard] era que se debía formar a alguien con mayor base en clínica, y no en salud pública propiamente dicha. Existía un cierto rechazo a la salud pública tradicional [...] Pero terminó en un programa mixto. El programa se organizaba de la siguiente manera: quien ya había recibido formación en salud pública iba a hacer básicamente una residencia en Clínica Médica [...] Y, al contrario, quien tenía formación en Clínica Médica iba a hacer una maestría en salud pública, al comienzo. Ese fue mi caso; yo hice esa opción.

La OPS, posteriormente, apoyó y promovió el desarrollo de la denominada “Medicina Social latinoamericana”, principalmente debido a la actuación de Juan César García, médico y sociólogo argentino responsable del Programa de Recursos Humanos de esa institución. Su papel como líder del proceso es casi unánime entre los entrevistados¹¹. García no solo formuló las líneas generales de un programa de estudios y acción, sino que también desempeñó un papel de liderazgo político, al movilizar recursos institucionales para apoyar los programas emergentes de Medicina Preventiva e introducir en ellos la enseñanza de las Ciencias Sociales en Salud con un enfoque marxista.

La trayectoria de Juan César García es equivalente a la de la segunda generación de activistas de los derechos humanos analizada por Dezalay y Garth (1998). Originario de Necochea, provincia del interior de Argentina, donde realizó sus estudios secundarios, García adquirió posturas políticas de izquierda no solo por influencia del director del Colegio Nacional de Necochea, dirigente socialista, sino también por la influencia de su tío, Julio Laborde, secretario del comité central del Partido Comunista, quien orientó sus primeras lecturas socialistas. Hijo de campesinos, García eligió estudiar medicina como recurso para la ascensión social, común entre estudiantes provenientes de las clases populares en la década de 1950 en Argentina. La familia campesina se trasladó a la ciudad de La Plata, donde, entre 1950 y 1959, en la Facultad de Medicina, participó en movimientos estudiantiles de oposición al gobierno peronista y de carácter reformista. En 1960, obtuvo una beca y estudió en la Escuela Latinoamericana de Sociología (Elas) en la sede chilena de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011). Esta última facultad era financiada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y por las fundaciones Ford y Rockefeller, como parte de un programa también de modernización de la enseñanza de las ciencias sociales, lo que contribuyó a la formación de una

11. Ver nota metodológica en el Apéndice A.

élite intelectual (Blanco, 2007). Juan César estudió en ELAS entre 1960 y 1962, cuando estableció relaciones que permitieron el acceso a una beca en Harvard. En 1966, ingresó al Programa de Recursos Humanos de la OPS, en el que trabajó durante 18 años hasta su muerte, en 1984 (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011).

La OPS contó con el financiamiento de la Fundación Milbank en esas actividades. Sus programas tenían como objetivo la formación de liderazgos y, aunque el enfoque era predominantemente positivista, el ambiente permitía que intelectuales marxistas dieran dirección al proceso (García, 1985) y sus iniciativas se consideraban innovadoras¹².

El campo intelectual brasileño

El campo intelectual puede ser considerado como el universo de producción de bienes simbólicos e incluye los campos científico, artístico y literario (Bourdieu, 1996; Miceli, 2001). Algunas transformaciones en ese campo, en las décadas de 1960 y 1970, influyeron en la constitución de la salud colectiva. En ese período había una experiencia socialista en curso en el mundo, reacciones a la Guerra de Vietnam, junto con una contestación cultural que culminó con las manifestaciones de mayo de 1968. Miceli (1993b), al analizar las circunstancias que hicieron posible el financiamiento de la Fundación Ford a las ciencias sociales brasileñas, consideró que ese contexto favorecía las opciones intelectuales críticas al funcionalismo y al desarrollismo, como las de las escuelas sociológicas europeas de París (Alain Touraine) y de Frankfurt (Marcuse). Según ese autor, “...Lo candente ahora era la Economía Política, la Sociología de inspiración marxista, la Antropología por la mediación de la contracultura fundada en una nueva sexualidad, en las drogas, en los movimientos feministas” (Miceli, 1993a).

Además de esas influencias externas, existía el grupo de sociología de la USP, organizado en torno a Florestan Fernandes, que tenía el propósito de desarrollar investigación sociológica original e independiente sobre Brasil. A partir de ese núcleo se formó un subgrupo de estudios sobre el capital, del cual formaban parte Fernando Henrique Cardoso y Octavio Ianni, entre otros (Bastos *et al.*, 2006). Según algunos de sus integrantes, la opción por el marxismo se debió más a la necesidad de autonomía respecto de Florestan

12. Para José Paranaguá de Santana, su ida a la UERJ tenía a la OPS/OMS como una de las referencias: “Era una residencia, así, bien conceptuada. En la época se hablaba muy bien, cosa nueva, de la OMS, mucha gente progresista allí dentro” (José Paranaguá de Santana, 11 de noviembre de 2008).

que a una militancia partidaria. Fernando Henrique Cardoso fue asistente de Florestan Fernandes en la USP y trabajó con Alain Touraine; posteriormente sería presidente de la República de Brasil durante dos mandatos sucesivos (1995-2002) (Bastos *et al.*, 2006; Garcia Jr., 2004)

La sociología paulista de orientación marxista y sus referencias francesas se constituyeron en un polo importante del campo intelectual en las décadas de 1960 y 1970, e influyeron en el pensamiento y la producción académica de varios de los fundadores. Formaba parte del grupo de sociólogos Luiz Pereira, quien dirigió la tesis de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que, como se verá más adelante, constituyó uno de los principales liderazgos académicos y cuyo trabajo orientó en gran medida la construcción del campo.

El ambiente de efervescencia intelectual y política envolvía a los jóvenes médicos en formación. Hillegonda Maria Dutilh Novaes cursó, al inicio, Medicina en Ribeirão Preto y concluyó los estudios en Campinas, en 1971. Trabajó como pediatra durante diez años y, posteriormente, integró los cuadros del Departamento de Medicina Preventiva de la USP. En 1966, en el movimiento estudiantil de Ribeirão Preto, conoció a Arouca y a Anamaria Testa Tambellini, que eran estudiantes de sexto año de Medicina. Posteriormente, por motivos de salud, fue transferida a la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), donde describió la importancia de la presencia de los intelectuales del área de ciencias sociales:

...lo que fue absolutamente encantador en la UNICAMP en 1968, 1969, 1970 fue la convivencia con docentes de la UNICAMP de otras áreas. La UNICAMP estaba en construcción. Entonces, Sérgio y Ana eran amigos de Beluzzo, de João Manoel Cardoso de Melo, de Wilson Cano, de Orlandi, un filósofo, y estaban Verena y Peter Fry, grandes antropólogos [...] En fin, [...] creo que fue muy importante; esa convivencia que se tenía con intelectuales... (Hillegonda Maria Dutilh Novaes, 9 de junio de 2008)

También para Ricardo Lafetá Novaes, el ingreso como docente en el Departamento de Medicina Preventiva de la USP en 1973, a pesar de la coyuntura política represiva del gobierno médico, representó una inmersión en ese clima:

...Pero allí fueron años difíciles. La cuestión política era muy fuerte. Ricardo también descubrió el mundo allí; estudió mucho a Hegel y a Marx, hacía cursos con Fernando Novais, Maria Sílvia [...] solo con la élite de la USP... En fin, el descubrimiento intelectual. Se volvió althusseriano, sabía todo de Althusser y de Lacan. (Hillegonda Maria Dutilh Novaes, 9 de junio de 2008)

Además de la influencia académica, muchos de los fundadores de la salud colectiva estaban afiliados a partidos de izquierda y, en particular, al Partido Comunista Brasileño (PCB). En Brasil, los partidos de orientación marxista tenían proyectos de transformación socialista de la sociedad que iban desde la reforma hasta la revolución. La medicina social, inspirada en los movimientos reformistas y revolucionarios franceses del siglo XIX, aparecía como un proyecto alternativo, como un espacio capaz de convertir la opción política en una actuación profesional legal y posible en el período de represión política de la dictadura militar. La mayoría de los fundadores de la salud colectiva participó activamente en las luchas por la democratización del país y contribuyó a la construcción de un movimiento con amplia participación de diversos grupos sociales, que fue la Reforma Sanitaria Brasileña (Escorel, 1999; Paim, 2008). Las principales ideas acerca de lo que sería la Medicina Social latinoamericana ocurrieron en la década de 1960 y, según García, sufrieron la influencia del clima contestatario de 1968:

Los seminarios de medicina social no podían permanecer al margen de esas influencias y se sintió la necesidad de definir más claramente su campo. Precisamente, al paquete estratégico le faltaba el cemento ideológico que permitiera trascender las relaciones amistosas, diferenciando la medicina social de la salud pública y separándola de la medicina preventiva. (García, 1985, p. 26)

Las contradicciones de la coyuntura política nacional

Por otro lado, aunque todavía eran años de dictadura militar, por lo tanto, de restricción a las libertades y de persecución a los opositores, durante el gobierno Geisel, en un contexto de crisis económica y creciente insatisfacción social, se formuló el II Plan Nacional de Desarrollo, que explícitamente proponía la redistribución indirecta de ingresos mediante la oferta de bienes y servicios sociales. Además, se hizo una inversión en el desarrollo de la investigación y la posgraduación a través del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y de la FINEP, que desarrolló una línea de financiamiento para programas sociales, entre los cuales estaba la salud (Ribeiro, 1991). Uno de esos programas, el Programa de Apoyo al Desarrollo Social (PROSOCI), estimuló la formulación de tres programas de investigación importantes para la constitución de la salud colectiva: el Programa de Estudios Socioeconómicos en Salud (PESES), el Programa de Estudios

e Investigaciones Poblacionales y Epidemiológicas (PEPPE) y el programa de apoyo a la posgraduación en Medicina Social del Instituto de Medicina Social de la UERJ. El PESES facilitó no solo la llegada del grupo de Arouca de Campinas a la ENSP, en Río de Janeiro, también posibilitó la unión de otros docentes e investigadores alrededor de Arouca (Franco Netto & Abreu, 2009; Ribeiro, 1991). Así, la misma dictadura que obligó a Arouca a salir de Campinas abrió espacio en los programas de la FINEP para acogerlos en la ENSP, en Río de Janeiro.

Por otro lado, ocuparon cargos en el Ministerio de Salud del gobierno Geisel, en la gestión de Almeida Machado, médicos sanitarios involucrados en el debate sobre la Reforma Sanitaria en el país, como João Yunes, José da Rocha Carvalheiro, Nelson Rodrigues dos Santos, entre otros (Guedes, 2008).

En el ámbito de las secretarías estatales de Salud (SES), en algunos estados de la Federación, existían iniciativas anteriores, localizadas, de reformas administrativas, como la Reforma Leser (1967-1971). Walter Sidney Pereira Leser, médico formado en la USP, había sido profesor titular de Higiene de la Escuela Paulista de Medicina. Cuando fue secretario de Salud en el gobierno de Abreu Sodré (1967-1970), condujo una reforma administrativa en la Secretaría de Salud cuyas principales innovaciones fueron la creación de los centros de salud polivalentes (Guedes, 2008) y la carrera de médico sanitario en São Paulo (Mello & Bonfim, 2015). Teniendo en cuenta que era obligatoria la formación en salud pública para ingresar en la carrera de sanitario, Leser promovió, en la Facultad de Salud Pública de la USP, la reorganización de un antiguo curso de sanitarismo, de duración semestral, dirigido a médicos. Se ofrecieron seis promociones entre 1976 y 1978, lo que permitió la titulación de cerca de 300 sanitarios (Guedes, 2008). De esas primeras promociones participaron varios docentes de Departamentos de Medicina Preventiva y egresados de las residencias médicas. El Centro Brasileño de Estudios en Salud (Cebes) surgiría de una articulación de alumnos de ese curso, como se verá más adelante.

También en Minas Gerais, en 1975, con la gestión de Dario Faria Tavares en la SES, se abrió un espacio de actuación para diversos profesionales de la salud, que desarrollaron lo que quedó conocido como Proyecto Montes Claros. Ese proyecto correspondió a un proceso de reorganización local de los servicios de salud siguiendo directrices similares a las que luego integrarían las propuestas de la Reforma Sanitaria. Según Teixeira, el proyecto consistía en la

...construcción colectiva de un nuevo modelo de organización de los servicios; nuevas prácticas pedagógicas; transformación radical de las relaciones dentro del equipo de salud; participación ciudadana

de la comunidad y de los servidores; prácticas innovadoras en la planificación y en la gestión; autonomía y fortalecimiento del nivel local. (Teixeira, 1995, p. 14)

Al discutir las condiciones que favorecieron la experiencia de Montes Claros como situación innovadora, apoyado en una entrevista con Eugênio Vilaça, Santos comenta así el papel de la gestión regional:

Además de su inserción en esa coyuntura de rearticulaciones institucionales en salud, se pueden añadir los antecedentes técnicos y políticos del 'Proyecto Montes Claros' como precondiciones que hicieron posible su ejecución en esa región con la llegada del nuevo secretario estatal de salud, Dr. Dario Faria Tavares. [...] La primera gestión de Dario Tavares fue revolucionaria, reformadora. Empezamos a construir centros regionales en todos los lugares... (Santos, 1995, p. 22)

Además, el proyecto contó con recursos de la USAID, negociados por la SES y el Ministerio de Salud desde 1972, que financiaron la construcción y el equipamiento de una red de 40 puestos de salud, además de la capacitación de los auxiliares de salud (Santos, 1995).

En Bahía, Ubaldo Dantas, médico con maestría en Medicina Social en la London School of Tropical Medicine and Hygiene, asumió la SES entre 1975 y 1979, durante el gobierno de Roberto Figueira Santos, y apoyó la implantación de proyectos innovadores, como el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), los centros comunitarios de salud mental, entre otros.

Capítulo 2

La composición del espacio en sus orígenes

Se puede decir que la salud colectiva nació en Bahía, en Río de Janeiro y en São Paulo. Sus orígenes están en algunos grupos de docentes dentro de los Departamentos de Medicina Preventiva, especialmente en São Paulo, inicialmente en la Facultad de Medicina de la USP (FM-USP), en la UNICAMP y en Ribeirão Preto (USP). También el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la UFBA (FM-UFBA), el Instituto de Medicina Social de la UERJ y la ENSP estuvieron entre los primeros protagonistas. Aunque esos departamentos desempeñaron un papel central en la constitución del espacio de la salud colectiva, sus fundadores provenían de diversos estados de la Federación, tales como Piauí, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Río Grande do Sul, Río de Janeiro, São Paulo, Bahía, Mato Grosso del Sur. También había fundadores (docentes e investigadores) ubicados en otros departamentos, como Francisco Eduardo Campos, en la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG); José Augusto Cabral de Barros, Heloísa Maria Mendonça de Moraes y Eduardo Freese de Carvalho, en la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE); Márcio José de Almeida, Luiz Cordoní Jr. y Darli A. Soares, en Londrina; Antonio Luiz Caldas Junior y Cecília Magaldi, en Botucatu; Rita de Cássia Barradas Barata, José da Silva Guedes y Nelson Ibanez, en la Santa Casa; Elizabeth Moreira dos Santos, en la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), Luiz Roberto Ramos y Paulete Goldenberg, de la Escuela Paulista de Medicina; Eurivaldo Sampaio de Almeida, João Yunes y Ruy Laurenti, de la Facultad de Salud Pública de la USP¹.

1. Sería imposible relacionar todos los nombres importantes que participaron en los seminarios de fundación y tuvieron protagonismo en la estructuración de los departamentos de Medicina Preventiva, en la producción del conocimiento en salud colectiva y en la articulación del movimiento sanitario. Como se mencionó anteriormente, el análisis realizado aquí tuvo que seleccionar necesariamente algunas trayectorias ejemplares.

Las trayectorias de Guilherme Rodrigues da Silva y de Hésio Albuquerque Cordeiro son ilustrativas de la ruptura que se produjo en la génesis de la salud colectiva. Guilherme, hijo de agricultor y buscador de oro, nacido en un municipio vecino a Mucugê, situado en la Chapada Diamantina de Bahía, y Hésio Cordeiro, nacido en Juiz de Fora, Minas Gerais, e hijo de médico militar de Río de Janeiro, ambos médicos recién graduados, que habían orientado sus carreras inicialmente hacia la clínica, las cambiaron por la medicina preventiva a partir de las invitaciones recibidas para cursar maestrías en EEUU con financiamiento de la Kellogg y de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES) en las décadas de 1950 y 1960, respectivamente, dentro de los programas de modernización de la medicina.

La tercera figura de liderazgo médico fue Antônio Sérgio da Silva Arouca que, a diferencia de los otros dos, tenía fuertes contradicciones con su opción inicial por la medicina. Arouca, que puede considerarse uno de los fundadores más importantes, tuvo una trayectoria singular (Franco Netto & Abreu, 2009; Marques, 2007). De todos los fundadores, es uno de los pocos que, años después, salió de manera radical del campo que él mismo había creado para priorizar el ejercicio profesional de la política, sucesivamente como diputado federal, candidato a vicegobernador y candidato a vicepresidente de la República, y fue uno de los líderes nacionales del PCB y, posteriormente, del Partido Popular Socialista (PPS). Es posible que esa trayectoria *sui generis* haya contribuido a la ruptura con la medicina preventiva que representó su tesis doctoral. En esa época, Arouca era dirigente del clandestino PCB y sus disposiciones eran principalmente políticas. Al inicio, llegó a abandonar la medicina; después, pensó en mantener la carrera para sobrevivir haciendo radiología; y, por último, vio en la medicina preventiva una forma de conciliar la actividad política con la medicina. Con el golpe de 1964, esa fue la forma que encontró para ejercer la política de manera legal.

También para varios otros médicos, de trayectorias sociales variadas, en su mayoría estables desde el punto de vista del capital escolar, originarios tanto de clases populares como de clases medias e incluso de oligarquías rurales y urbanas, esta fue una razón de acercamiento e ingreso en los departamentos de Medicina Preventiva. La opción por la investigación y el gusto por los números también fueron motivaciones para que algunos de sus primeros docentes ingresaran en los departamentos de Medicina Preventiva. Cabe recordar que la medicina preventiva formaba parte de la renovación de la enseñanza de la medicina apoyada en la investigación, el laboratorio y el trabajo *extramuros*. De este modo, la creación de los departamentos de Medicina Preventiva se constituyó como un espacio permeable a la actuación política

que aglutinó a agentes con trayectorias diversificadas, teniendo en común la disposición para la militancia política y/o las contradicciones con la clínica.

De manera diferente a la antigua higiene, estos médicos, considerando importante introducir la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas médicas y también desarrollar la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, establecieron relaciones con un grupo universitario de ciencias sociales también involucrado con la militancia política de izquierda en grados variados. Para este grupo, el motivo aglutinador fue la constitución de un campo de conocimiento en torno a las ciencias sociales en Salud. Esa complementariedad de capitales (político y científico) contribuyó a delinear la futura estructura que el espacio en proceso de creación iba a asumir. El principal liderazgo de los científicos sociales fue Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983). Su tesis de doctorado, *Medicina e sociedade*, y el trabajo de García (1972) sobre la enseñanza médica y la sociedad fueron los primeros trabajos críticos que contenían los elementos teóricos necesarios para la ruptura que iba a consolidarse posteriormente con la tesis de Antônio Sérgio da Silva Arouca, *O dilema preventivista*, y con el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña. Donnangelo se graduó en Pedagogía, pero cursó las asignaturas de Sociología de Luiz Pereira, quien posteriormente orientó su tesis de doctorado (Mota & Schraiber, 2014; Nunes, 2008). Luiz Pereira, a su vez, formaba parte del grupo de sociólogos marxistas de la USP, entre los cuales estaban Fernando Henrique Cardoso y Octavio Ianni (Bastos *et al.*, 2006; Garcia Jr., 2004). Además de Donnangelo, otros sociólogos que conformaron el grupo inicial de científicos sociales de la salud colectiva recibieron influencia del grupo de la USP. Amélia Cohn, socióloga formada en la USP, hizo su maestría y doctorado en esa institución bajo la orientación de Luiz Pereira. Everardo Duarte Nunes y Regina Marsiglia cursaron Sociología en la USP, siendo que Marsiglia allí hizo su doctorado, orientado por Gabriel Cohn. También Maria Andréa Rios Loyola, socióloga, formada inicialmente en Antropología Social por el Museo Nacional de Río de Janeiro, fue orientada en su maestría en Francia por Alain Touraine y, al regresar a Brasil, trabajó en el CEBRAP.

Ambos grupos poseían, en el momento de la génesis del espacio, capitales científicos y políticos equivalentes, con pequeñas variaciones. Se diferenciaban principalmente en lo que respecta a la posición política, al capital burocrático universitario, al capital burocrático institucional y a la generación. La estimación de la composición de las diversas especies de capitales para cada agente forma parte del esfuerzo de aprehensión empírica del campo. Para Bourdieu (1986a, 2009), los capitales económico, cultural y social son las principales formas de poder utilizadas por los agentes sociales en sus luchas

en un determinado espacio social. También examinó los capitales que son específicos para el análisis de los campos científico, burocrático y político, campos relacionados con la creación de la salud colectiva. El capital simbólico, que corresponde a la transformación de las otras especies de capital en capital de reconocimiento, también es importante. Sin embargo, la ausencia de información disponible para todos los entrevistados impidió su incorporación en el análisis, con excepción de aquellos que fueron citados por casi todos los entrevistados como liderazgos: Guilherme Rodrigues da Silva, Antônio Sergio Arouca, Cecília Donnangelo y Juan César García.

El capital científico se define como el conjunto de propiedades que son producto de actos de conocimiento y reconocimiento entre pares, en el ámbito del campo científico, en relación con las contribuciones al conocimiento dadas por cada agente (Bourdieu, 2001). Los indicadores seleccionados para la medición del capital científico fueron adaptados de aquellos utilizados por Bourdieu en su análisis del campo científico en Francia, en su libro *Homo academicus* (Bourdieu, 2008). Se realizó un ajuste para el período de análisis entre 1976 y 1986. Para fines de clasificación, se utilizó la posición ocupada por el entrevistado que correspondiera al mayor volumen de capital en el período. Así, Arouca fue clasificado como poseedor de capital político muy elevado por haber sido, en 1986, presidente de la 8.ª Conferencia Nacional de Salud y presidente de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz). En ese momento, el campo científico brasileño estaba en desarrollo, existían pocos programas de posgrado, un número menor con doctorado y las exigencias de publicación eran aún reducidas. Así, un capital científico muy alto correspondería a indicadores de reconocimiento internacional. El capital alto correspondería al reconocimiento nacional. Ser profesor titular, en ese momento, como en el caso de Guilherme Rodrigues da Silva, expresaba ese volumen de capital. El capital pequeño correspondería solamente a tener una maestría y publicaciones locales, como era el caso de diversos entrevistados en ese momento.

El capital político corresponde a los actos de conocimiento y reconocimiento que están relacionados con la capacidad de los agentes para representar y movilizar personas (Bourdieu, 1986b). Fueron consideradas como capital político muy elevado todas las posiciones cercanas al campo del poder, como por ejemplo cargos de primer y segundo nivel en el gobierno –ministro de Salud, presidente de Fiocruz–, de dirección nacional de partidos y movimientos sociales, además de mandatos de senadores y diputados federales. A medida que los cargos o posiciones se acercaban al poder local, disminuía el volumen del capital atribuido (Cuadro 1).

Cuadro 1. Criterios para el análisis de la composición de las diferentes especies de capital en el período de génesis del espacio de la salud colectiva brasileña (1976 a 1986).

Volumen del capital	Muy alto	Alto	Medio	Bajo
Tipo de capital	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑
Científico*	Reconocimiento internacional; premios internacionales; publicaciones internacionales	Reconocimiento nacional Profesor titular 2 o más artículos en revistas indizadas/año (**)	Reconocimiento local Doctorado 1 artículo en revistas indizadas/año (**)	Maestría
Burocrático	Cargos de dirección en organismos internacionales (OPS, OMS); Ministerio de la Salud	Cargos de dirección intermedios en los diversos niveles y en Secretaría Estatal de Salud	Cargos técnicos y de asesoría en organismos internacionales y en el Ministerio de Salud y de dirección en Secretaría Municipal de Salud	Cargos técnicos (asesor, consultor)
Burocrático universitario	Rector	Director de unidad	Jefe de departamento; coordinador de posgrado	Coordinador de disciplina
Político	Ministro de Salud; presidentes de agencias	Secretarios estatales de Salud	Secretarios municipales de Salud	Otros cargos técnicos de designación política
Participación en partidos políticos	Dirigente nacional	Dirigente estatal	Dirigente municipal	Afiliado
Participación en cargos electivos	Senador; diputado federal	Diputado estadual	Concejal	Militante de partido
Participación en movimientos sociales	Dirigente nacional	Dirigente estatal o participante de comisiones nacionales de asociaciones	Dirigente municipal o militante de comisiones estatales o municipales de asociaciones	Afiliado a la entidad

Fuente: Adaptado de Vieira-da-Silva y Pinell (2013, p. 436).

*Criterios para análisis del capital científico en la década de 1970.

**En ese período, una publicación por año era considerada, en el área, como una productividad muy buena.

A su vez, el capital burocrático se considera un tipo de capital informacional que actúa como un metacapital que ejerce un poder sobre las demás formas de capital. Está relacionado con el uso de recursos materiales y simbólicos y con el poder de nominación y certificación (Bourdieu, 2012). Fue medido

según los cargos ocupados en la burocracia estatal o universitaria, siguiendo la misma lógica del capital político (Cuadro 1).

El resultado de la clasificación de las capitales aparece en el Cuadro 2, en el cual también se resumen algunas de las propiedades de los fundadores relacionadas con sus posiciones y tomas de posición. La posición en el espacio social está dada principalmente por el volumen y la composición de las diferentes especies de capital científico, burocrático y político. Las trayectorias sociales y políticas muestran la diversidad del grupo que creó la salud colectiva desde el punto de vista del origen social. Las disposiciones políticas están relacionadas con los partidos o movimientos en los cuales los entrevistados militaban. La participación en Cebes, en Abrasco y en el Proyecto Andrómeda también muestra una variación en las formas de participación de los eventos inaugurales del campo. El tema de la tesis corresponde a una toma de posición respecto a los objetos de investigación (Cuadro 2).

Parte del grupo de médicos tenía una militancia organizada, principalmente en el PCB, pero también en otros partidos de izquierda, como el Partido Comunista do Brasil (PCdoB) y en la Acción Popular. También existía un grupo de médicos de izquierda no organizado. Las posiciones políticas de la generación graduada en el año 1950 iban desde la centro-izquierda o izquierda católica hasta el centro. En cambio, el grupo de los científicos sociales, en su mayoría, tenía militancia de izquierda no organizada en partidos. El análisis de correspondencias² muestra que estas posiciones guardaban una relación con las posturas adoptadas en términos académicos (Figura 1). Así, las posiciones situadas más a la izquierda en el espectro político se inclinaron hacia la producción de tesis que iban desde la Sociología pura hasta la Sociología Médica y la Epidemiología Social. A medida que se avanza hacia el centro en lo que respecta al espectro político, los trabajos de investigación iban desde la Epidemiología hasta la Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, pasando por la Clínica y la investigación laboratorial de Parasitología (Cuadro 2 y Figura 1). Es una asociación consistente con otros hallazgos de la investigación, cuyas trayectorias revelan que la militancia política de izquierda, partidaria o no, estaba asociada al desarrollo de investigaciones que incorporaban las Ciencias Sociales desde una vertiente crítica, ya sea en Epidemiología o en el análisis de las políticas de salud.

2. Ver detalles de la metodología del análisis de correspondencias en el Apéndice A.

Cuadro 2. Posiciones y tomas de posición de algunos de los fundadores de la salud colectiva brasileña (1976-1986).

Fundador ¹	Profesión	Institución	TS	TP	DP	Cebes	Abrasco	Andrómeda	CC	CB	CP	CS	Área de la tesis ²
	M	UFBA	E, CD	Arena PP PMDB PSDB	CD	—	-	—	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	Clínica
	M, S	OPS		SFP, MI	I	-	-	-	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	SM, r
	M	UNICAMP	A, CM	PCB	I	↑↑↑↑	-	↑↑↑↑	↑↑	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	SM, r
	M	USP	E, CM	SFP, MRS	I	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑↑	Epi
	S	USP	s/inf.	SFP, MI	I	-	↑↑↑	-	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	SM, r
	M	UERJ	E, CM	PCB	I	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	SM
	M	UFBA	A, CP	SFP, MRS	I	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑	-	Epi Soc
	M	OPS	A, CM	SFP, PSB	CI	-	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	-	Gestión
	P	ENSP	E, CD	PCB	I	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑↑	↑	↑↑	-	SM
	M	OPS	E, CD	MI, SFP, MRS	I	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑↑	↑	-	Epi EI
	M	UERJ	E, CM	PCB	I	↑↑↑↑	↑↑↑↑	-	↑	↑↑	↑↑↑	-	Epi EC
	M	UNICAMP	E, CM	PCB	I	↑↑↑	↑↑		↑↑	↑	↑↑↑	-	Epi Soc
	M	UFBA	A, CM	MI, PCB	I	-	↑↑↑↑	-	↑↑	↑↑	↑↑↑↑	-	Epi EI
	M	OPS	E, CM	PCB	I	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	-	SM
	M	ENSP	A, CP	AP, MI	I	-	↑↑↑↑	-	↑	↑	↑↑	-	Evaluación
	M	USP	A, CM	PCB	I	-	↑↑↑↑	-	↑↑	↑↑↑	↑↑		Epi Soc
	S	UERJ	E, CM	SFP MI	I	-	↑↑↑↑	-	↑↑		↑↑	-	SM
	M	RP	A, CP	PSB, MDB	CI	-	↑↑	-	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	-	Epi EI
	M	UERJ	E, CD	PCdoB MDB	I	-	↑↑	-	↑	↑	↑	-	Epi

Fuente: Elaborado propia.

Profesión: M = Médico; S = Sociólogo; P = Psicólogo.

Instituciones: USP = Universidad de São Paulo; UFBA = Universidad Federal de Bahia; UERJ = Universidad del Estado de Río de Janeiro; UNICAMP = Universidad de Campinas; ENSP = Escuela Nacional de Salud Pública; Santa Casa = Santa Casa de São Paulo; OPS = Organización Panamericana de la Salud; UFMT = Universidad Federal de Mato Grosso.

TS = Trayectoria Social: E = Estable; A = Ascendente; CD = Clases Dominantes; CM = Clases Medias; y CP = Clases Populares.

TP = Trayectoria Política: Arena = Alianza Renovadora Nacional (partido de apoyo a la dictadura brasileña entre 1964 y 1979); MDB = Movimiento Democrático Brasileño (frente político de centroizquierda); partidos de izquierda: PCB = Partido Comunista Brasileño; PCdoB = Partido Comunista de Brasil; PSB = Partido Socialista Brasileño; AP = Acción Popular; SFP = Sin Filiación Partidaria; MRS = Militante de la Reforma Sanitaria; MI = Militancia de Izquierda.

DP = Disposiciones Políticas: I = izquierda; CI = centro-izquierda; Cebes = Centro Brasileño de Estudios en Salud; Abrasco = Asociación Brasileña de Salud Colectiva; Andr. = Proyecto Andrómeda (articulación clandestina).

Especies de capital: CC = Capital Científico; CB = Capital Burocrático; CS = Capital Simbólico.

Clasificación de los capitales y de la participación en Cebes y Abrasco: ↑ (bajo); ↑↑ (medio); ↑↑↑ (alto); ↑↑↑↑ (muy alto).

Clasificación de la tesis o principal trabajo: SM = Sociología Médica; Epi = Epidemiología; Epi Soc = Epidemiología Social; Epi EI = Epidemiología de Enfermedades Infecciosas; Epi EC = Epidemiología de Enfermedades Crónicas; Ad H = Administración Hospitalaria; Planif = Planificación; r = trabajo considerado como referencia en la creación del campo.

¹Cada línea de esta columna corresponde a uno de los fundadores cuyas trayectorias se analizaron. Se han omitido los números para evitar su identificación.

²O el principal trabajo.

Cuadro 2. Continuación

Fundador ¹	Profesión	Institución	TS	TP	DP	Cebes	Abrasco	Andrómeda	CC	CB	CP	es	Área de la tesis ²
	M	Santa Casa	E, CD	SFP MRS	I	↑	↑↑↑	-	↑	↑	↑	-	Epi
	M	USP	E, CD	SFP	I	-	↑	-	↑↑	↑	↑		SM
	M	USP	E, CP	AP	I	↑	↑	-	↑	↑	↑	-	SM
	M	USP	E, CD	PT	I	↑	↑	-	↑	↑	↑	-	SM
	M	UFMT	E, CD	PCdoB	I	↑	↑	-	-	↑↑	↑↑	-	Plan.
	M	USP	A, CM	SFP	I	-	-	-	↑↑	↑	↑	-	EPI MI
	S	UNICAMP	E, CP	SFP	I	-	-	-	↑↑	↑↑	↓	-	SM
	S	UERJ	E, CM	SFP, ME	I	-	-	-	↑↑	↑↑	↑↑	-	S
	M	UFBA	E, CD	SFP, MRS	CI	-	-	-	↑	↑↑↑	↑	-	AD H.

Fuente: Elaborado propia.

Profesión: M = Médico; S = Sociólogo; P = Psicólogo.

Instituciones: USP = Universidad de São Paulo; UFBA = Universidad Federal de Bahia; UERJ = Universidad del Estado de Río de Janeiro; UNICAMP = Universidad de Campinas; ENSP = Escuela Nacional de Salud Pública; Santa Casa = Santa Casa de São Paulo; OPS = Organización Panamericana de la Salud; UFMT = Universidad Federal de Mato Grosso.

TS = Trayectoria Social: E = Estable; A = Ascendente; CD = Clases Dominantes; CM = Clases Medias; y CP = Clases Populares.

TP = Trayectoria Política: Arena = Alianza Renovadora Nacional (partido de apoyo a la dictadura brasileña entre 1964 y 1979); MDB = Movimiento Democrático Brasileño (frente político de centroizquierda); partidos de izquierda: PCB = Partido Comunista Brasileño; PCdoB = Partido Comunista de Brasil; PSB = Partido Socialista Brasileño; AP = Acción Popular; SFP = Sin Filiación Partidaria; MRS = Militante de la Reforma Sanitaria; MI = Militancia de Izquierda.

DP = Disposiciones Políticas: I = izquierda; CI = centro-izquierda; Cebes = Centro Brasileño de Estudios en Salud; Abrasco = Asociación Brasileña de Salud Colectiva; Andr. = Proyecto Andrómeda (articulación clandestina).

Especies de capital: CC = Capital Científico; CB = Capital Burocrático; CS = Capital Simbólico.

Clasificación de los capitales y de la participación en Cebes y Abrasco: ↑ (bajo); ↑↑ (medio); ↑↑↑ (alto); ↑↑↑↑ (muy alto).

Clasificación de la tesis o principal trabajo: SM = Sociología Médica; Epi = Epidemiología; Epi Soc = Epidemiología Social; Epi El = Epidemiología de Enfermedades Infecciosas; Epi EC = Epidemiología de Enfermedades Crónicas; AD H = Administración Hospitalaria; Planif = Planificación; r = trabajo considerado como referencia en la creación del campo.

¹Cada línea de esta columna corresponde a uno de los fundadores cuyas trayectorias se analizaron. Se han omitido los números para evitar su identificación.

²O el principal trabajo.

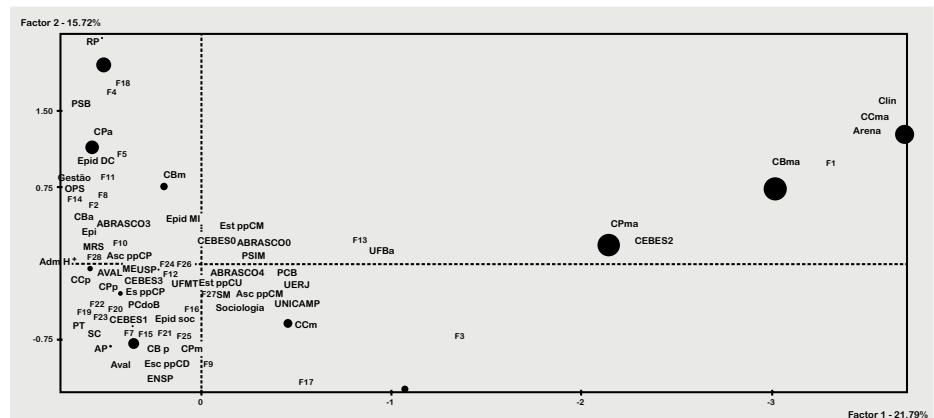


Figura 1. Análisis de correspondencias entre capitales y algunos posicionamientos en la génesis de la Salud Colectiva brasileña (1976-1986).

ya en el siglo XIX³, con la Escuela Tropicalista de Bahía, los cambios en la enseñanza solo fueron registrados a partir de la década de 1950. En 1948, el entonces director de la Facultad de Medicina, Edgard Santos, recibió al representante de la Fundación Kellogg, doctor Benjamin Horning, quien visitaba el país buscando jóvenes médicos para incluirlos en un programa de formación de líderes. Roberto Santos, su hijo, fue el primero en ir, realizando residencia, pasantías e investigación en las Universidades de Cornell, Michigan y Harvard, justo después de su graduación, en 1949. Hijo de Edgard Santos, provenía de una familia de juristas y políticos que ocuparon cargos importantes tanto en la administración estatal como en el gobierno federal. Su abuelo paterno, Joaquim Pedro dos Santos, era bachiller, y ocupó diversos cargos públicos, entre otros el de secretario de Hacienda del gobierno de José Marcelino (1904-1908) y diputado federal en la Legislatura iniciada en 1906. Su tío abuelo, Pedro Joaquim dos Santos, fue ministro del Supremo Tribunal Federal (Matedi, 2005 apud Dias, 2005). El relato de Roberto Santos sobre la forma en que recibió la invitación para estudiar en los EEUU es revelador de los procesos de establecimiento de vínculos entre las elites:

...en 1948, vino el representante de ellos [de la Kellogg], a Bahía, ya por cuenta del programa de formación de líderes. En esa ocasión, mi padre era director de la Facultad de Medicina. Y el representante de la fundación lo buscó como director, no se conocían ni personalmente ni institucionalmente. Yo era estudiante de quinto año de Medicina, tenía algo de noción de inglés, entonces, mi padre pidió que yo acompañara a este señor en su visita a Bahía. [...] él entendió que tal vez yo pudiera, al año siguiente, que era el año de mi graduación, interesarme por una beca. Y eso sucedió [...] me gradué en diciembre de 1949, en julio de 1950 me fui a EEUU y allí estuve hasta 1953. (Roberto Figueira Santos, 7 de noviembre de 2008)

Al regresar, el propio Roberto Santos desempeñó un papel central en este proceso, enviando a otros jóvenes médicos para formación en los EEUU, entre ellos fueron Gilberto Rebouças, Heonir Rocha y Eliane Azevedo. Estos dos últimos, y también el propio Roberto Santos, llegaron a ser rectores de la UFBA. El objetivo era sustituir la Clínica teórica por una Clínica experimental apoyada en el laboratorio. Así, fueron organizados, en el sexto piso del Hospital de Clínicas de la UFBA, los primeros laboratorios de investigación que

3. Existen controversias sobre el significado de la Escuela Tropicalista de Bahía, si correspondería o no a la introducción de la medicina científica en Brasil (Edler, 2002; Maio, 1995).

apoyaban la práctica y la enseñanza de la medicina. En lo que respecta a la medicina preventiva, la novedad era el trabajo extramuros en un barrio popular. La analogía entre el laboratorio y la población del barrio popular revela la percepción de la población como objeto de investigación. Según Roberto Santos, el objetivo no era crear una nueva disciplina, sino reformar la enseñanza y la práctica de la Clínica:

Lo que quiero caracterizar es que, en esa época, estaba ocurriendo un movimiento de modernización en la formación de nuestros médicos, con énfasis en la relación médico-paciente desencadenada en los consultorios y salas de hospital. No existía, entonces, la debida preocupación de instruir al futuro profesional sobre los factores de naturaleza social que tienen una fuerte influencia sobre la salud humana. En la Facultad de Bahía, ya veníamos creando condiciones, desde hacía algunos años, para que el estudiante, desde el comienzo de la carrera de Medicina, adquiriera nociones prácticas sobre la importancia de estos factores sociales en la salud humana. En el Departamento de Clínica Médica, desarrollamos actividades que también cabrían en el ámbito del sector de medicina preventiva, como la presencia de profesores de Clínica Médica en la unidad estatal de salud existente en Nordeste de Amaralina, en Salvador. (Roberto Figueira Santos, 7 de noviembre 2008)

Y más adelante:

Nosotros habíamos preparado el Núcleo de Medicina Experimental dentro del Hospital de Clínicas. Era un grupo de jóvenes que estaba preparando sus tesis para la docencia libre, luego para la cátedra. En lugar de aquellas tesis de elaboración intelectual que predominaban en la época, comenzamos a hacer trabajos experimentales. Mis tesis fueron en esa línea y Guilherme regresó con la idea de hacer un estudio de mortalidad y morbilidad, [...] en la población del Alto das Pombas. (Roberto Figueira Santos, 7 de noviembre de 2008)

La enseñanza de la medicina preventiva formaba parte de aquellas iniciativas de redefinición de la clínica, lo que implicaba un cambio en la propia medicina a ser realizada mediante una reforma en la enseñanza médica (Arouca, 2003). En este sentido, el movimiento de “renovación de las clínicas” resultó en la creación, en 1962, de la Asociación Brasileña de Escuelas Médicas (ABEM), que se integró a la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM). Roberto Santos fue uno de sus presidentes (Santos, 2008).

Guilherme Rodrigues da Silva fue el responsable de la introducción de la medicina preventiva en la UFBA y posteriormente también en la USP. Guilherme se graduó en medicina en 1953, por la FM-UFBA, y realizó la residencia en Enfermedades Infecciosas en el Hospital de Clínicas de la USP (1955-1956). Su plan inicial era dedicarse a la clínica cuando recibió la invitación para hacer la maestría en Harvard. El título obtenido fue el de *Master of Sciences in Hygiene* (Program for Teachers in Preventive Medicine), en 1959, con una beca de USAID. La invitación surgió de su capital social proveniente de las relaciones desarrolladas durante la facultad:

Un amigo mío, que hoy es el rector de la Universidad Federal de Bahía, Heonir Rocha, que fue mi contemporáneo, [...] se encuentra con el entonces rector de la universidad durante una visita a EEUU, Edgard Santos, y le dice: pero necesitamos conseguir a alguien en el área para hacer medicina preventiva... Él dijo: “yo tengo un candidato, es Guilherme, que está en São Paulo haciendo la residencia en esa área...” (Guilherme Rodrigues da Silva, entrevista concedida a Cristina Fonseca y Eduardo Stotz)

Al regresar de la maestría, en 1959, Guilherme organizó y dirigió el Núcleo de Medicina Preventiva⁴, que funcionaba dentro de la segunda clínica médica, y también un programa de Medicina Comunitaria y una clínica de familias en un barrio popular, el Alto das Pombas, en Salvador, entre 1961 y 1967 (Rangel & Paim, 1999). Ese puede haber sido el primer programa de enseñanza de Medicina Preventiva del país. El otro puede haber sido el de Ribeirão Preto.

Sin embargo, hay dudas, ya que, aunque Pedreira de Freitas ingresó al Departamento de Higiene y Medicina Preventiva en 1954, no hay referencias sobre el contenido de la enseñanza y las prácticas hasta 1963, año en que el Núcleo de Medicina Preventiva fue constituido formalmente. También existe la creación, en el año 1959, del Instituto de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Ceará (UFC), que fue extinguido en 1968, después del Acto Institucional 5 (AI5) (Monteiro, 1997).

En ese período, Guilherme reunió a varios docentes y estudiantes que, poco después de su salida, integrarían el núcleo inicial de los docentes que dirigió la conversión de la medicina preventiva a la salud colectiva en Bahía, entre quienes estaban Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva y Jairmison Paim.

4. Testimonio oral dado a Cristina Fonseca y Eduardo Stotz, Departamento de Archivo y Documentación, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Proyecto Memoria de la Salud Pública.

Sí, a mí me gustaba mucho el trabajo de campo... Participaba en el movimiento estudiantil, formaba parte del centro académico, era representante de los estudiantes en la congregación y tenía una visión más amplia de la medicina, que no fuera algo puramente médico, de la salud como un todo. Entonces, Guilherme vino de EEUU y tenía un financiamiento de la Fundación Kellogg para montar ese programa de salud de la familia, de la comunidad, algo así, y yo empecé a asistir al consultorio de familias, que estaba en el Hospital de Clínicas en el Alto das Pombas, y me fui involucrando con ese programa. También [...] Guilherme estaba preparando una tesis [...] [que] incluía trabajo de campo. Yo participé en ese trabajo, que era en una comunidad aquí en el Alto das Pombas... (Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, 2 de junio de 2008)

Como consecuencia del aplazamiento de la jubilación de Magalhães Neto⁵, entonces titular de la cátedra de Higiene de la FM-UFBA, Guilherme Rodrigues da Silva, ya con la tesis terminada, se inscribió en el concurso para la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la USP. Esa cátedra había sido extinguida en 1945, cuando el Instituto de Higiene fue transformado en Facultad de Salud Pública (Faria, 1999). En 1957, el director de la Facultad de Medicina, João de Aguiar Pupo, participó en la conferencia realizada en Viña del Mar, Chile, patrocinada por la OPS, sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva y, a su regreso, intentó reactivarla, sin éxito. Solo diez años después, en 1967, la Facultad de Medicina decidió reactivarla, respondiendo, entre otros intereses, a la importante presión del movimiento estudiantil (Piazzo, 1964; Silva, 2002). El Centro Académico Oswaldo Cruz defendía la creación del Departamento de Medicina Preventiva como parte de las propuestas orientadas a reformar la enseñanza médica. Apoyados en el informe del Seminario de Tehuacán (México), destacaban las directrices de integralidad y prevención que debían orientar esa reformulación:

La enseñanza médica debía formar profesionales capacitados para:
1) Asumir la responsabilidad de la salud integral del ser humano en el plano individual y el colectivo, orientados en bases científicas y según las normas éticas de la profesión. 2) Identificar, tratar y prevenir

5. Magalhães Neto, profesor de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina, era padre de Antônio Carlos Magalhães, político que sería gobernador de Bahía, dos veces nombrado por el régimen militar y una tercera vez por elección popular. Fue líder oligárquico de partidos de derecha con presencia nacional, como la Unión Democrática Nacional (UDN), la Alianza Renovadora Nacional (Arena) y el Partido Democrático Social (PDS) (Wikipedia, 2018).

las enfermedades, mantener y promover la salud física y mental de los individuos, la familia y la comunidad. 3) Conocer y colaborar con su entorno. (Piazzo, 1964, p. 5)

La concepción de los estudiantes sobre la reforma en la enseñanza médica que se introduciría con la creación del Departamento de Medicina Preventiva había sido practicada por el Centro Académico Oswaldo Cruz no solo en los artículos de su boletín de divulgación, *O Bisturi*, sino también en el trabajo comunitario de reorganización de las ligas y de un centro de salud en la favela del Tatuapé. Consideraban, ya en esa época, que el ideal de la práctica médica sería el de una medicina integral (Piazzo, 1964). En cuanto al polo docente, los profesores Ulhôa Cintra, Alberto Carvalho da Silva e Isaías Raw eran considerados como líderes del proceso de modernización de la FM-USP, proceso que implicaba enfatizar en la investigación básica y en el régimen de tiempo completo (Maack, 1991).

¿Cómo explicar la aprobación de Guilherme, bahiano, negro, con posturas políticas de izquierda, no perteneciente a las élites locales, en el concurso para profesor titular de la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la FM-USP, en 1967? Esa pregunta se justifica ante la situación política del país en ese momento, en los primeros años posteriores al golpe militar de 1964 que resultó en la expulsión de varios profesores de la FM-USP, entre ellos Samuel Pessoa, Alberto Carvalho da Silva e Isaías Raw. Importa para el análisis sobre la emergencia de la salud colectiva, considerando el papel desempeñado por Guilherme como uno de los principales liderazgos de un proyecto innovador, crítico y opositor respecto al *statu quo*. Y su llegada a São Paulo como titular de la cátedra recién creada lo colocó en posición favorable para esa actuación. El concurso de Guilherme ocurrió en un contexto en el que la FM-USP, en la década de 1960, era dirigida por un grupo proveniente de familias tradicionales de São Paulo que se articulaba con el objetivo de controlar los concursos para cubrir vacantes en las cátedras⁶ mediante una doble estrategia: por un lado, la inversión en la formación de cuadros vinculados al grupo dominante a través de lazos familiares –hijos, sobrinos y yernos– y, por otro lado, el rechazo a los aspirantes no pertenecientes a dicho grupo, denominados “inmigrantes”. Los “inmigrantes” eran “...cualquier persona fuera del círculo del poder: descendientes de origen europeo, árabe,

6. Aunque teóricamente la estructura de los tribunales de concurso con tres profesores externos y dos internos fuera “...a prueba de errores, siempre logró, en el pasado, aprobar al candidato ‘de adentro’” (O Controle..., 2004).

oriental, carioca, mineiro, nordestino y de diversas otras procedencias [...] se incluía también a cualquier mujer, aunque fuera de la familia” (Maack, 1991, p. 123). Por ello, las explicaciones para el éxito de Guilherme dadas por los entrevistados oscilaron entre la caracterización de una trayectoria victoriosa basada en el mérito, pero considerada una aventura por sus contemporáneos, y la identificación de Guilherme como un candidato “de la casa”, apoyado por Carlos da Silva Lacaz, catedrático de Microbiología y entonces vicedirector de la FM-USP. También se mencionaron, como explicación, las relaciones personales de Guilherme, quien había sido compañero de clase y era amigo y compadre de Luiz Rachid Trabulsi, maranhense formado en Bahía y perteneciente al grupo de Lacaz. El hecho de que Guilherme haya realizado la residencia en Enfermedades Infecciosas en el Hospital de Clínicas de la USP pudo haber facilitado algún contacto profesional con Carlos Lacaz. Refuerza esa tesis la importancia atribuida por Guilherme a Lacaz en el proceso de reactivación de la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva (Silva, 2002). Independientemente de si fue o no apoyado por el grupo dominante de la FM-USP, los diversos testimonios caracterizaron el concurso como brillante e indicaron que Lacaz se habría arrepentido del apoyo brindado, considerando la actuación posterior del titular de Medicina Preventiva. La percepción de Guilherme sobre ese momento político confirma el cuadro de persecuciones:

Esa suma de izquierdas [...] generó algunas dificultades grandes en la Medicina y aquella época era muy conservadora. No dudaban en indicar su nombre para ser destituido [...] por el Régimen Militar. Y nosotros escapamos por poco. En realidad, yo escapé de la destitución política porque había salido de Bahía durante el movimiento, poco después del movimiento militar, y vine a São Paulo. Aquí no tuve mucho extrañamiento, ni allí en Salvador, Bahía, ni aquí en São Paulo. Por eso pasé [...] desapercibido, pero varios compañeros fueron detenidos... (Silva, 2005)

Tras asumir el puesto de profesor titular de la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la USP, trabajó durante ocho meses en una sala cedida por el profesor Alberto Carvalho da Silva, entonces titular de Fisiología, ya que el concurso se había abierto sin previsión de recursos (Silva, 2002). Guilherme invitó inicialmente, entre otros, a Wanderley Nogueira da Silva, su competidor en el concurso para profesor titular, y a Euclides Ayres Castilho, quien fue contratado en 1968. Euclides Castilho conoció a Guilherme siendo aún estudiante, en la FM-UFBA, en 1963. Se graduó en 1965 y, poco después, también por indicación de Guilherme, se trasladó a Ribeirão Preto, donde

realizó la residencia en Medicina Preventiva, concluida en Cali, Colombia (1966-1968). Desarrolló carrera docente y de investigador, alcanzando gran reconocimiento como profesor titular e investigador senior del CNPq.

A partir de 1969, con la Reforma Universitaria, la cátedra de Higiene fue transformada en Departamento de Medicina Preventiva. En 1969, Guilherme invitó a Maria Cecília Ferro Donnangelo y a Marcília de Araújo Medrado Faria⁷ para integrar el cuerpo docente de la cátedra recién activada. Para Cecília, que entonces era profesora del Departamento de Medicina Legal, el paso al Departamento de Medicina Preventiva fue una oportunidad para desarrollar sus estudios, lo que no podía hacer en Medicina Legal (Mota & Schraiber, 2004).

Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) nació en Araraquara, São Paulo, el 19 de agosto de 1940, hija de Raphael Donnangelo y Marianini Ferro Donnangelo. Cursó la educación primaria, secundaria básica y normal entre 1948 y 1958 en el Colegio Progreso, y el ciclo científico entre 1956 y 1958 en el Colegio Duque de Caxias. Se licenció en Educación (1959-1962) por la Facultad de Ciencias y Letras de Araraquara. Realizó una formación autodidacta en Sociología. Cursó materias optativas de Sociología y Filosofía en Araraquara y enseñó esas materias en niveles secundarios y superiores. Participó en las actividades de la cátedra de Sociología coordinada por Luiz Pereira, siendo considerada por él como su asistente en la práctica. Su ingreso a la FM-USP ocurrió por circunstancias casuales. A raíz de un proyecto de investigación sobre problemas de nutrición y rendimiento escolar entre estudiantes, desarrollado mientras era profesora de Sociología y Psicología en una escuela normal estatal, tuvo contacto con profesionales del área médica y, a partir de esos contactos, recibió la invitación para dar conferencias en la cátedra de Medicina Legal y Social de la FM-USP. Por invitación de Guilherme, trabajó en el Departamento de Medicina Preventiva de la USP, donde introdujo la enseñanza de las ciencias sociales en salud, orientando diversas tesis de los fundadores de la salud colectiva. Fue coordinadora del Programa de Posgrado, función que desempeñó hasta 1983, año en que falleció en un accidente automovilístico. Fue una de las líderes más importantes de la salud colectiva y sus trabajos influyeron en todo el desarrollo posterior del campo (Donnangelo, 1982; Mota & Schraiber, 2014; Nunes, 2008).

En 1968, Guilherme Rodrigues da Silva integró un grupo liderado por Alípio Corrêa Neto, profesor de Cirugía, que elaboró el proyecto para un curso

7. Se graduó en Medicina por la UFBA en 1963 y completó el doctorado en Medicina Preventiva por la USP en 1973. Desarrolló una línea de investigación en salud ocupacional y enfermedades crónicas toxicológicas con un enfoque epidemiológico (Sociedad Brasileña de Medicina Tropical, 2014).

experimental de Medicina inspirado en el modelo de la Western Reserve University. Ese grupo estaba además compuesto por los profesores Antônio Barros Ulhôa Cintra, en Clínica Médica, Isaías Raw en Bioquímica, Alberto Carvalho da Silva en Fisiología y Eduardo Marcondes en Pediatría (Tavano & Almeida, 2017). La propuesta del curso experimental tenía por objetivo formar un médico generalista, preveía la integración de las disciplinas en bloques pedagógicos, anticipaba el contacto del alumno con la clínica, incorporaba la medicina preventiva y comunitaria y el estudio de las relaciones entre la medicina y la sociedad. (Tavano & Almeida, 2017) Además de Guilherme, Donnangelo impartía clases de ciencias sociales aplicadas a la salud. Para Tavano y Almeida, Guilherme fue fundamental para la formulación e implementación del proyecto del curso experimental:

Es significativa la presencia de un profesor clave con formación completamente ajena a la FM-USP: Guilherme Rodrigues da Silva representa esta integración. Con formación bahiana, asumió la medicina preventiva y comunitaria, que amalgamaba la concepción fundante del Curso Experimental, de introducir en la formación la atención primaria y secundaria, la atención al enfermo “de pie” y la atención médica a cuestiones sociales y no solo curativas. (Tavano & Almeida, 2017, p. 101)

Las relaciones entre el Departamento y la FM-USP fueron descritas como tensas en los primeros años. Aunque Guilherme nunca estuvo afiliado al Partido Comunista, los grupos hegemónicos de la Facultad de Medicina lo consideraban como tal. Esa situación condujo, durante los primeros años, a un aislamiento del departamento dentro de la Casa de Arnaldo, lo que luego se revirtió por el trabajo académico y la consolidación del grupo como de excelencia dentro de la salud colectiva brasileña.

...en la Facultad de Medicina, él era considerado un comunista, pero eso era casi una caricatura de lo que fue la Facultad de Medicina, que ya no es [...]. De hecho, después de esa ruptura, ellos se enfurecieron, decían cosas tremendas, es decir, ¿cómo puede ser, negro, bahiano y comunista, aquí dentro de la Casa de Arnaldo? Eso existía allí, claro que no delante de él, porque él también era un profesor titular, fue uno de los últimos profesores titulares de la Facultad de Medicina entonces. Lo humillaban y golpeaban hasta cierto límite. Además, lo que estaba siendo desmoralizado era el profesor titular, la cátedra, y entonces paraban. Iban al límite, a la tensión máxima; el Departamento se fue encapsulando, y aquello se convirtió en un gueto dentro

de la Facultad de Medicina [...]. La facultad intentó varias intervenciones en el Departamento, y el profesor Guilherme tuvo que soportar muchas dificultades para poder rechazar eso y él logró conducirlo. (Paulo Eduardo Mangeon Elias, junio de 2010)

La experiencia pedagógica innovadora del curso experimental de medicina de la USP fue cerrada en 1976 por presiones de los sectores conservadores de la Facultad de Medicina. Donnangelo, entonces, comenzó a enseñar en el Programa de Posgrado en Medicina Preventiva del departamento y a reunir en torno a sus ideas a un grupo de alumnos y otros docentes que incluía a Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves y Lilia Schraiber.

El contacto entre Donnangelo, Ricardo Bruno y Lilia Schraiber había sido previo. En el caso de Lilia Schraiber, que en 1968 cursaba el segundo año de Medicina en la USP, el contacto surgió de su militancia en el movimiento estudiantil. Lilia Schraiber había cursado la educación secundaria en el Colegio de Aplicación, muy politizado en esa época. Al ingresar a la Facultad de Medicina, comenzó a participar en el Departamento de Investigaciones Médico-Sociales (DPMS) del Centro Académico. Donnangelo fue entonces su interlocutora respecto a esa actividad:

Ya en ese año [1968], fue cuando comencé a asistir al Departamento, más para solicitar apoyo para esa actividad del Centro Académico [el DPMS]. Al principio, pedía ayuda para diseñar las investigaciones que íbamos a realizar, las pequeñas encuestas [...] Después, subía (el Centro Académico estaba en el sótano de la facultad, donde permanece hasta hoy, y la Preventiva en el cuarto piso) para conversar, desahogarme [...] Para todo. Y así fue como conocí a Cecilia, nos hicimos amigas, cercanas, ella ya estaba allí en 1968. (Lilia Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

Posteriormente, en el internado, Lilia Schraiber estableció contacto con Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, quien cursaba el primer año de la residencia en Enfermedades Infecciosas, pero trabajaba con Cecilia Donnangelo. Ambos fueron invitados a ser monitores de la disciplina impartida por Cecilia en el curso experimental, Ciencias Sociales aplicadas a la Salud. Entonces, en 1974, comenzó a trabajar con Donnangelo, junto con Ricardo Bruno. En 1976, debido al cierre del curso experimental y al contexto político de la Facultad, su designación como profesora de la disciplina no se concretó. Cursó, entonces, la especialización en Salud Pública ofrecida por la Facultad de Salud Pública de la USP, junto con otros profesores del Departamento, en 1977. Tras concluir el curso, trabajó como sanitarista en la SES de São Paulo,

habiendo contribuido a la implantación de la Vigilancia Epidemiológica en el estado (1977 a 1979). De ese modo, ingresó al Departamento de Medicina Preventiva recién en 1983. Continuó el programa de estudios iniciado por Donnangelo, sobre las relaciones entre salud y sociedad, Schraiber (1989), junto con Mendes-Gonçalves (1984) y, posteriormente, con Ayres (1994). Se convirtió en una de las principales líderes científicas de la salud colectiva, con aportes principalmente en las áreas de ciencias sociales en salud y de planificación y políticas de salud.

En lo que respecta a Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), aunque tuvo una trayectoria breve debido a su muerte precoz, dejó una obra que ha inspirado reflexiones de diversas índoles. Su teoría sobre el proceso de trabajo en Salud, en particular, orientó muchos análisis sobre las posibilidades y los obstáculos para el cambio en el modelo asistencial (Ayres & Santos, 2017).

Otra trayectoria que se inicia en la década de 1970, en el Departamento de Medicina Preventiva de la USP, a partir de la Clínica, fue la de Moisés Goldbaum. Ingresó a la FM-USP en 1962 y se graduó en 1967. Cursó un año de residencia en Medicina Preventiva y, luego, en Clínica Médica y Cardiología. Al concluir la residencia, buscó al profesor Guilherme debido a sus trabajos sobre la enfermedad de Chagas, lo que influyó en sus tesis de maestría y doctorado, dirigidas por Wanderley Nogueira da Silva, quien era cardiólogo. Enseñó Epidemiología en el curso experimental y, así, comenta su actuación:

Participamos mucho del curso experimental, tanto dando clases de Epidemiología como en el centro de salud. El curso experimental incluía una actividad en el centro de salud, y nosotros participamos activamente prestando asistencia, supervisando a los alumnos, realizando seminarios con ellos [...]. Entonces, esos foros de medicina preventiva, creo que fueron los embriones de la discusión de la salud colectiva, [...] una discusión de los conceptos [...] de la moderna salud colectiva, creo que allí se empezaba a debatir la moderna salud colectiva, la moderna salud pública brasileña. Esto en el ámbito del estado de São Paulo, que reunía a todos los departamentos... (Moisés Goldbaum, junio de 2008)

Después de la extinción del curso experimental y como consecuencia del conflicto entre la dirección de la Facultad y el Departamento, todos los profesores hicieron el curso corto de Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la USP creado por Walter Leser. Según Goldbaum, ese curso no aportó mucho a su formación:

Y entonces, todos nosotros decidimos hacer el curso corto de Salud Pública que Leser había organizado, porque él quería llenar la Secretaría de Salud de sanitaristas, y nosotros lo hicimos con la perspectiva de convertirnos en sanitaristas de la Secretaría de Salud. Pero tengo la impresión de que ese curso no aportó mucho, porque lo que yo sabía de Epidemiología, Estadística y demás ya lo conocía [...]. Mi formación fue toda dentro del Departamento de Medicina Preventiva. (Moisés Goldbaum, jun. 2008)

Moisés participó activamente en las reuniones en São Paulo. Refiere que la gran discusión giraba en torno a lo que se debía enseñar y practicar en los departamentos de Medicina Preventiva, siendo que la perspectiva del Departamento de Medicina Preventiva de la USP era tener un curso en atención primaria con prácticas en centros de salud. Posteriormente, fue presidente de Abrasco (2003-2005) y consultor de la OPS, habiendo ocupado diversos cargos de dirección en el CNPq y en la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud.

En el mismo año de ingreso de Moisés, 1970, el Departamento de Medicina Preventiva contó con la contribución de la socióloga Amélia Cohn, graduada por la USP, donde realizó su maestría y doctorado, también bajo la dirección de Luiz Pereira. Junto con Cecília Donnangelo, Amélia Cohn introdujo y desarrolló la enseñanza y la investigación en ciencias sociales en salud en el ámbito de la FM-USP. Amélia, también investigadora del CNPq, posteriormente integró la primera Comisión de Ciencias Sociales en Salud de Abrasco, como una de sus principales articuladoras.

Ricardo Lafetá Novaes (1973), Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1975), Hillegonda Maria Dutilh Novaes (1980) y Lilia Schraiber (1983), todos con importantes contribuciones al conocimiento en las diversas áreas de la salud colectiva: Schraiber en ciencias sociales en salud; Maria Novaes en la evaluación de tecnologías en salud; y, en epidemiología, Euclides Ayres Castilho y Moisés Goldbaum, entre otros.

Así, se constituyó uno de los grupos más importantes de medicina preventiva del país, que influiría en la creación del campo de la salud colectiva y en sus futuros desarrollos, tanto desde el punto de vista de sus contribuciones teóricas como en lo que respecta al liderazgo académico y político-institucional de sus docentes.

Mientras esos hechos se desarrollaban en São Paulo, en Bahia ocurría la transición del Núcleo de Medicina Preventiva, organizado por Guilherme Rodrigues da Silva y ubicado dentro de la segunda clínica médica, hacia el Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA, creado en 1970. Parte de los docentes que integraban ese grupo apostó por el proyecto de la medicina

preventiva, ya con una perspectiva crítica, y los demás, de forma progresiva, se orientaron hacia los departamentos clínicos. Sebastião Loureiro, uno de los líderes del primer grupo, ingresó en la Facultad de Medicina en 1959 y comenzó a trabajar como pasante con Guilherme, en 1961, becado por la Fundación Kellogg. En 1963, Euclides Castilho también pasó a integrar el Núcleo de Medicina Preventiva como pasante de Kellogg:

Fue en 1961 cuando tuve una beca [...]. Ese Núcleo de Medicina Preventiva tenía un convenio con la Fundación Kellogg. Y con esos fondos, además de contratar personal, podía otorgar becas de estudio como pasante. En esa época, no existía la monitoría estudiantil. (Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, 2 de junio de 2008)

Luego, en 1963, cuando estaba en cuarto año, Guilherme decidió, dentro del proyecto Kellogg, seleccionar a dos estudiantes de cuarto, dos de quinto y dos de sexto año para ser monitores. Así, asistía a las reuniones de Epidemiología y [todas las actividades] de su núcleo. ¡Ahí, el entusiasmo fue mayor! Cuando estaba en quinto año, ya era monitor de Estadística [...]. Él daba una clase llamada “teórica” y luego tenía los ejercicios prácticos, que, por falta de espacio y porque quería que se trabajara con grupos pequeños, las clases prácticas se realizaban en los comedores. (Euclides Ayres Castilho, 8 de junio de 2008)

Al asumir la cátedra en São Paulo, Guilherme invitó a Euclides Castilho, Marcília Faria y Sebastião Loureiro para integrar los cuadros del Departamento de Medicina Preventiva de la USP, siendo que los dos primeros aceptaron la invitación y Sebastião Loureiro decidió quedarse en Bahia.

Entonces, cuando él [Guilherme] aprobó [el concurso para titular de la USP], me llamó para trabajar con él. Aquí [en la UFBA], estábamos pasando por una fase muy difícil, porque, con su salida [de Guilherme], quedó José Duarte [...], quien no tenía la misma formación [...]. Entonces le dije: “Mira, Guilherme, creo que es preferible quedarme en Salvador; porque [...], institucionalmente, está muy débil...”. Marcília y Euclides [habían ido] a trabajar con él. (Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, 6 de junio de 2008)

Integraron también el primer cuadro docente del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA: Geraldo de Alencar Serra, Ines Lessa, José Codes,

Ademário Galvão Spínola⁸, Celso Pugliese, entre otros. Del grupo que permaneció en el Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA, Geraldo Serra, José Codes⁹ y Celso Pugliese regresaron posteriormente a los departamentos clínicos. En cambio, Sebastião Loureiro, Joselita Macedo¹⁰, Harley Padilha y Ademário Galvão Spínola desarrollaron sus carreras en medicina preventiva, contribuyendo tanto a la creación de esta nueva área de conocimiento como a la construcción del nuevo espacio social con énfasis diferentes, según las particularidades de cada trayectoria. Posteriormente, conformaron el núcleo fundador del ISC de la UFBA en 1995.

Aunque algunos de estos docentes hayan realizado formación específica de posgrado en Medicina Preventiva y/o en Salud Pública tradicional, parte de la formación fue práctica, en el curso del proceso de organización del departamento. Sebastião Loureiro, tras regresar de la residencia médica en Ribeirão Preto, ingresó, en 1968, al Departamento de Medicina Preventiva, habiéndose alejado poco después para hacer una maestría en Salud Pública en la Tropical University of London, entre 1968 y 1969.

Ademário Galvão Spínola ingresó al Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA como pasante, en 1966, atraído por el Núcleo de Medicina Preventiva organizado por Guilherme Rodrigues da Silva, habiéndose convertido en monitor en 1968. Trabajó, en ese período, en las clínicas de familias y en una zona popular del barrio de Brotas (Salvador), donde el profesor Guilherme había desarrollado su trabajo de campo sobre la enfermedad de Chagas, que resultó en su tesis doctoral¹¹. Actuó, en ese período, junto a Mar-

8. Ademário Galvão Spínola realizó el curso de especialización en Salud Pública en 1970, en el cual conoció a Arouca. También hizo la maestría en Salud Pública en la Facultad de Salud Pública de la USP en 1972.

9. José Santiago Gonzalez de Codes se graduó en Medicina en 1964, realizó la residencia médica en Ginecología, obtuvo la maestría en Salud Pública en la Universidad de California en 1972 (becado por Usaid) y el doctorado en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins en 1979 (becado por Rockefeller). Entre 1966 y 1971, fue contratado para prestar asistencia ginecológica y prenatal en un estudio sobre patrones de fertilidad en la comunidad, con el apoyo de la Fundación Ford. Jefe de los equipos de entrevistadores en los trabajos de campo del Departamento de Medicina Preventiva de la FM-UFBA (Codes, 2015)

10. Joselita Nunes Macedo, que había cursado la residencia médica en Ribeirão Preto entre 1966 y 1968, regresó a Bahia, luego, para cursar una segunda residencia, esta vez en Clínica Médica (1968-1970), habiéndose incorporado como docente al Departamento de Medicina Preventiva en 1970. Fue, entonces, a hacer una maestría en Holanda y luego se trasladó a São Paulo, donde quedó a disposición de la Secretaría Estatal de ese estado (Macedo, 2011), no habiendo, por lo tanto, participado de ese período. Posteriormente, al regresar al ISC, conformó el cuadro docente que creó el ISC de la UFBA.

11. Ademário Galvão, en entrevista concedida a Maria Ligia Rangel en 1976.

cília y Sebastião Loureiro, quienes eran entonces asistentes del profesor Guilherme. Ingresó como profesor auxiliar de enseñanza en 1973, trabajando a tiempo parcial en el Departamento a partir de 1975, cuando inició una carrera en Medicina Ocupacional en empresas.

Ines Lessa se graduó en Medicina en 1966; luego, realizó la residencia médica en Clínica, siendo que el segundo año fue en Medicina Preventiva. Su ingreso como docente en Medicina Preventiva en 1969 fue casual, ya que ella quería hacer una carrera clínica, pero, posteriormente, se dedicó a la epidemiología de las enfermedades crónicas, integrándose también a los cuadros del ISC¹².

Otro docente integrante del núcleo inicial fue Harley Pinheiro Padilha, quien, en 1970, enseñaba la disciplina Organización de Administración Sanitaria. En esa época, Jairnilson Paim, entonces estudiante del curso de Medicina, haciendo pasantía en Psiquiatría, se interesó por el tema. Cuando Sebastião Loureiro regresó de la maestría en Inglaterra, lo invitó, entonces, a participar en las investigaciones que se estaban desarrollando en el Departamento.

Pero, justamente en ese momento en que iniciaba la pasantía en Psiquiatría, estaba cursando una asignatura llamada Organización de Administración Sanitaria. Harley Padilha era el profesor. Había algunos temas que me interesaban. Y [...] fue cuando el profesor Sebastião Loureiro regresó de Londres [...]. Entonces, Sebastião me envió un mensaje; si no me interesaba hacer medicina preventiva, hacer investigación, etc. [...]. Un día, fui a conversar con Sebastião y él me mostró varias alternativas de investigación y estudios, tanto en laboratorio como en el campo, y yo, entonces, estuve un tiempo haciendo las pasantías en Medicina Preventiva y, al mismo tiempo, realizando mi pasantía en Psiquiatría. Cuando llegué a la mitad del quinto año de la carrera de Medicina, hice una selección para monitor, justamente en esa asignatura, Organización y Administración Sanitaria, y ahí me fui encantando cada vez más conforme leía los capítulos del libro de Hernán San Martín, Salud y Enfermedad; y cuanto más se hablaba de sistemas de salud, de relaciones del ciclo de la pobreza y de la enfermedad, en fin, se abrió completamente el espacio para que pudiera entender las cuestiones vinculadas a la organización de los servicios de salud, me fui motivando cada vez más hacia la medicina preventiva. (Jairnilson Silva Paim, 28 de mayo de 2008)

12. Ines Lessa, en entrevista concedida a Maria Lúcia Rangel en 1976.

Jairnilson Paim fue parte de la primera promoción de estudiantes que realizó su práctica en el Centro de Salud Escuela del Nordeste de Amaralina, que se constituyó como campo de prácticas extramuros del Departamento. El programa era coordinado por Celso de Araújo Pugliese, médico infectólogo y docente del Departamento de Medicina Preventiva, y financiado inicialmente por Kellogg y, posteriormente, por Rockefeller. Participó en el trabajo de campo de investigación de José Santiago de Codes, uno de los médicos contratados por la Fundación Kellogg que trabajaban en el Nordeste de Amaralina, junto con otros monitores que desarrollarían carreras en el interior de Medicina Preventiva, como María do Carmo Leal¹³ y Vera Lúcia de Almeida Formigli, o en los servicios de salud, como Renilson Rehen de Souza.

En 1973, Jairnilson Paim inició el curso de maestría en Medicina Interna¹⁴, pero con una tesis en Epidemiología Social, habiendo ingresado como profesor auxiliar de enseñanza del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA en 1974. Además de Harley Padilha, que dividía su carga horaria con la SES, y Celso Pugliese, cuya labor era más práctica en los servicios de salud del Nordeste de Amaralina, también se interesaba por esta área José Duarte de Araújo¹⁵, quien fue el primer jefe del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA. Tras concluir una residencia en Clínica Médica, por influencia de Roberto Santos, José Duarte se dirigió hacia la pediatría y fue becado por Kellogg en la Johns Hopkins University (EEUU).

El pensamiento crítico en salud fue retomado y desarrollado dentro del Departamento a partir de la reorganización de ese núcleo inicial, particularmente con Sebastião Loureiro y Jairnilson Paim. Según Paim, Juan César García había creado, en 1974, un programa de textos en medicina preventiva en la OPS, para el cual convocó a diversas personas para debatir críticamente

13. Maria do Carmo Leal fue invitada por Sebastião Loureiro para ser monitorea del Departamento de Medicina Preventiva en 1972, en el tercer año del curso de Medicina. Se graduó en 1975. Realizó la residencia en la UERJ, el máster y el doctorado en la ENSP. Participó en el Peses y, posteriormente, se incorporó como docente e investigadora en esa institución, habiendo sido vicepresidente de enseñanza. Participó activamente en la Comisión de Epidemiología de Abrasco.

14. Jairnilson Paim comenta que no fue aceptado para cursar la maestría en Salud Pública en la Facultad de Salud Pública de la USP. Entonces, comenzó la maestría en Medicina Interna, con una tesis en Salud Pública.

15. Natural de Juazeiro (Bahia), médico de la promoción de 1959 de la entonces Facultad de Medicina de Bahia (FMB), José Duarte de Araújo realizó un curso de Pediatría Social en Francia, fue secretario estatal de Salud y estudió Administración Sanitaria como becado de la OMS. Obtuvo también el título de maestro en Salud Pública por la Universidad de California en Berkeley (EEUU). En 1973, aprobó un concurso y se convirtió en profesor titular del recién creado Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA (Prata, 1994).

las cuestiones de salud, entre las cuales estaban Hésio Cordeiro, Guilherme Rodrigues da Silva y Sebastião Loureiro. Se puede decir, entonces, que el núcleo inicial del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA, originado por una iniciativa de modernización de la medicina, estuvo constituido por clínicos pediatras, infectólogos y ginecólogos, por médicos con formación en salud pública tradicional y desempeño en los servicios de salud, quienes establecieron vínculos con los fundadores ubicados en otros departamentos no solo por las ocasiones propiciadas por las iniciativas de Juan César García, entonces en la OPS, sino también por la coincidencia de disposiciones críticas respecto a la salud y la sociedad, por el interés en la investigación y por la opción por la carrera universitaria. Estas disposiciones orientaron las trayectorias que contribuyeron a la construcción de la salud colectiva. Aún como estudiante de Medicina, Jairnilson Paim participó en la organización del Encuentro Científico de los Estudiantes de Medicina y, en 1976, en la creación del Cebes, integrando la primera directiva de Abrasco. Sebastião Loureiro fue presidente de Abrasco en el momento de la realización de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud.

La creación del Instituto de Medicina Social de la UERJ

En la década de 1960, también en Río de Janeiro, ocurrió un proceso similar. Américo Piquet Carneiro, profesor titular de Clínica Médica, desencadenó, en 1967, una modernización de la clínica, coordinando un grupo de jóvenes médicos y profesores de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la UERJ. Formaban parte de este grupo: Moysés Szklo, Nina Vivina Pereira Nunes y Hésio Cordeiro.

Hésio Cordeiro se graduó en Medicina en el año 1965, en la UERJ. Inicialmente, realizó residencia en Clínica Médica bajo la orientación de Américo Piquet Carneiro, quien desarrollaba un trabajo de Medicina de familia, y Hésio Cordeiro acompañaba a sus pacientes en los alrededores del Hospital Pedro Ernesto. El ambulatorio coordinado por Piquet Carneiro se denominaba Ambulatorio de Medicina Integral¹⁶. Refiriéndose a la concepción que orientaba las actividades de ese ambulatorio, Hésio Cordeiro aclaró lo siguiente:

16. La medicina integral formaba parte del conjunto de propuestas de la medicina preventiva (Arouca, 2003). Esta iniciativa de Piquet Carneiro tuvo lugar en el interior de la clínica médica. Era, en la práctica, la búsqueda del cambio en la práctica clínica. Discurso de Moysés Skylo en homenaje a Piquet Carneiro, en el que el ambulatorio data de la década de 1960.

...exactamente dentro de esta perspectiva de la integralidad de los cuidados de salud. Integralidad tanto en términos de la historia natural de las enfermedades como en términos de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que involucraban aquella condición que estaba siendo tratada. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

En la UERJ existía el Instituto de Higiene que, según testimonio de Hésio Cordeiro, era detestado por los alumnos. Del mismo modo que en Bahía, la medicina preventiva no correspondió a un desarrollo de la higiene, sino a una reorganización de la clínica. En Río de Janeiro, también la clínica de familias fue organizada dentro de la cátedra de Clínica Médica. Como se mencionó, ya era un proyecto que buscaba desarrollar un cuidado integral de la salud, tanto biológico como social. Varios profesores de la Facultad de Medicina viajaron a EEUU para perfeccionarse en la perspectiva de integración entre el área clínica y el área básica, entre la investigación, la clínica y el estudio de familias. Dentro de ese proyecto, Piquet propuso a Hésio Cordeiro una beca de la CAPES¹⁷ en EEUU, en Kentucky, en *Behavioural Science*, para desarrollar el estudio de los factores conductuales en la salud, y otra para Moysés Szklo, para estudiar Epidemiología. Así, Moysés Szklo, en 1968, realizó prácticas sucesivas con beca de la OMS en Londres, Mánchester, Birmingham, Aberdeen, Caracas y Santiago. En 1971 fue a EEUU como alumno de la maestría en Salud Pública de Harvard¹⁸. Nina Pereira Vivina Nunes (1936-2015) fue la tercera alumna enviada por Piquet Carneiro al exterior, habiendo también contribuido mucho a aquel proyecto¹⁹.

La creación del Instituto de Medicina Social de la UERJ, bajo la dirección de Américo Piquet Carneiro, fue un producto de esa conjunción de factores. Durante su estancia en Kentucky, en 1972, Hésio Cordeiro conoció a Juan César Garcia, quien en ese momento era responsable del Programa de Recursos Humanos de la OPS. Como parte de las iniciativas orientadas a la renovación de la enseñanza médica en América Latina, Juan César financió dos proyectos de maestría en Medicina Social: el de la Universidad de Xochimilco, en México, y el de la UERJ. Este último fue también financiado por la Kellogg, la FINEP y el CNPq (Sayd, 2001).

17. En ese período, la Fundación Rockefeller transfería recursos a la CAPES para que financiara becas de estudio (Santos et al., 2004b, p. 139).

18. Posteriormente, cursó también el doctorado en Salud Pública, graduándose en 1974. Regresó a Brasil por un breve período (seis meses) y emigró de forma definitiva a EEUU en enero de 1975. Se convirtió en editor del *International Journal of Epidemiology*.

19. Sobre Nina Pereira Vivina Nunes, ver: Dias (2015).

También participaron en la concepción del Instituto de Medicina Social, según Cordeiro, entre otros: José Pelúcio Ferreira²⁰, Mário Chaves²¹, Juan César García, José Roberto Ferreira²², Nelson Luiz de Araújo Moraes y Carlos Gentile de Mello (Cordeiro, 2004). El primer director del Instituto de Medicina Social de la UERJ fue el profesor Nelson de Araújo Moraes, anteriormente superintendente de la Fundación SESP y ya jubilado. El financiamiento de la Kellogg hizo posible además la contratación de algunos docentes que integraron el núcleo inicial, como Roberto Machado, José Luís da Costa Fiori, Madel Therezinha Luz, Maria Andréa Loyola y Jurandir Freire Costa (Cordeiro, 2009; Sayd, 2001). Posteriormente, se incorporaron Reinaldo Felipe Nery Guimarães y José Carvalho de Noronha. Fueron alumnos de la residencia en Medicina Social del Instituto de Medicina Social y/o de su maestría, organizada en 1974, José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, Roberto Passos Nogueira, Sonia Maria Fleury Teixeira, Paulo Marchiori Buss y Maria do Carmo Leal, entre otros, que contribuyeron a la construcción del nuevo espacio social, tanto con disertaciones y tesis críticas sobre las relaciones entre salud y sociedad como con su participación en el movimiento sanitario, en la organización de Abrasco y de Cebes.

El hecho de que el instituto haya sido creado con el nombre de medicina social, y no de medicina preventiva, materializó, por un lado, la crítica a la medicina preventiva y, por otro, el propósito del movimiento reformista latinoamericano en ese momento, que era la creación de una nueva medicina, una medicina social, como explicó Hésio Cordeiro:

Desde sus orígenes, a comienzos de la década de 1970, se dejó claro que el campo denominado “medicina social” se diferenciaba de lo que en la época se llamaba higiene (denominación de la antigua unidad universitaria) o salud pública, con la notable tradición de los sanitaristas desde la Fundación Servicio Especial de Salud Pública, a mediados de la década de 1940. La búsqueda de alternativas que contemplaran una articulación entre las ciencias sociales, la Epidemiología con énfasis en la determinación social de las enfermedades y las políticas de salud tenía el mérito de intentar superar tanto

20. José Pelúcio Pereira, economista, fue el primer presidente de la FINEP.

21. Mário Magalhães Chaves, odontólogo, sanitarista, fue director de la Fundación Kellogg, ocupó diversos cargos en la OPS y fue profesor de la ENSP.

22. José Roberto Ferreira, médico, con especialización en el área de Salud Pública, fue director de Desarrollo de Recursos Humanos, en Washington, en la sede de la OPS.

las orientaciones funcionalistas de las ciencias del comportamiento, como las visiones tecnocráticas de ciertas corrientes de la planificación y de la administración de salud o la concepción de la determinación de las enfermedades como el resultado multivariable y ahistórico de factores biopsicosociales. (Cordeiro, 2004, p. 344)

De ese modo, la reunión de un grupo importante de científicos sociales resultó del propósito de incorporar las ciencias sociales a la enseñanza de la Medicina Social. Probablemente, los científicos sociales se sintieron atraídos no solo por ser una oportunidad de trabajo, sino, sobre todo, por la propuesta innovadora de un trabajo multidisciplinario. La situación de represión política también influyó en las decisiones de algunos de ellos. Roberto Machado, filósofo, autor de una obra que hasta hoy es referencia en los estudios sobre la historia de la Medicina en Brasil, *La condena de la norma* (Machado *et al.*, 1978), indicó a Hésio Cordeiro el nombre de Madel Therezinha Luz, también graduada en Filosofía por la UFRJ. Madel Luz había concluido la maestría en Sociología en la Universidad de Lovaina, en 1969, y tras un período trabajando en Paraíba, regresó a Río de Janeiro, cuando recibió la invitación de Hésio Cordeiro para participar del Instituto de Medicina Social:

Hice Sociología en Louvain. Fueron cuatro años. Después, llegué aquí en 1969. [...] Aquí en Río de Janeiro, la situación estaba peor que cuando nos fuimos. El AI-5 había sido recién editado; era una gran cacería de brujas. [...] y vimos que aquí, en Río de Janeiro, no había la menor condición para quedarnos. En ese momento, en la Universidad Federal de Paraíba, había un rector que era muy iluminado; entonces, quería contratar personas con posgrado, y volvimos de allí con posgrado stricto sensu, que no existía en el país [...] Vino aquí a Río de Janeiro la directora del Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas para contratarnos, para que fuéramos a trabajar allí en el área de Ciencias Sociales, y fuimos en el segundo semestre de 1969 y comenzamos a dar clases allí. Entonces, empecé a enseñar sociología [...] y, cuando volví a Río de Janeiro, en 1972, la situación seguía igual. 1972 fue un momento de auge de la represión de la dictadura: mataron a mucha gente, y tomé mi tesis de maestría de la Universidad Católica de Louvain, un currículum, y fui al IFCS Instituto de Filosofía y Ciencias Sociales de la UFRJ con mucha cara dura; llegué al director y le dije: “me gustaría dar clases aquí”. El director había sido mi profesor y le caía bien, porque fui muy buena alumna de filosofía. Él dijo: “...sí, entonces le daremos una oportunidad”. Entré, claro, con un contrato precario. Todavía no era ni un contrato CLT [Consolidación de las Leyes del Trabajo]. Era un contrato de esos

que empiezan en enero [...] y terminan en diciembre; después ves si renuevas o no... No tiene derechos [...]. Deje ese cargo de profesora contratada en nivel titular y pasé a ser profesora auxiliar en 20 horas, contratada en carácter precario. Entonces, Roberto Machado me recomendó para trabajar también en la PUC [Pontificia Universidad Católica]. Allí tenía un contrato mejor, pero también a tiempo parcial, como profesora asistente, digamos, reconocían que tenía un posgrado, después de todo [...]. También, allí daba clases de teoría sociológica, metodología, métodos y sociología [...]. En 1974, el profesor Hésio Cordeiro fue donde estaba dando clases en la PUC y dijo: “mirá, estamos creando una maestría en Medicina Social multidisciplinaria”. Usó esa expresión innovadora. [...] dijo “vamos a estudiar la salud, pero la vamos a ver no solo desde la Medicina. Tendremos sociólogos, economistas, científicos políticos, demógrafos, todos para ver esta cuestión de la salud” [...]. El profesor Roberto Machado dijo que sos la mejor socióloga que conoce. Claro, Roberto, cuando es amigo de alguien, es amigo de verdad; entonces, acepté en el momento. (Madel Therezinha Luz, mayo de 2009)

Algunos de esos científicos sociales, como Maria Andréa Loyola, tuvieron un papel estructurante para la salud colectiva. Graduada en Ciencias Sociales por la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF), en 1960, debido a la militancia política, fue cesada por el 477 y, por esa razón, tuvo que salir de Brasil. Había comenzado la maestría en Antropología en el Museo Nacional cuando fue presionada para salir del país por razones políticas. Entonces, fue a Francia y realizó un doctorado con Alain Touraine.

...Fui cesada, fui jubilada compulsoriamente por el 477; fui presionada para salir del país, incluso por la dirección del Museo Nacional. Roberto Cardoso de Oliveira, entonces responsable del Programa de Posgrado en Antropología, me llamó y dijo: “estás llamando mucha atención al Programa; o vas al interior del Nordeste o vas al exterior”. En esa época, el curso era financiado por la Fundación Ford, y los cuatro primeros alumnos tenían una beca, que era mi caso. Ya tenía una beca asegurada para EEUU. Fui, ni al interior del Nordeste, ni a EEUU. Fui a Francia. [...] Cuando volví de Francia, fui a São Paulo, pero en esa época los jubilados [por el 477] como yo, no podían trabajar en el sector público. [...] Entonces, fui a trabajar en el CEBRAP y en la PUC. Y en ese período estaba, en fin, recomenzando mi vida en Brasil. [...] Ya vivía en São Paulo cuando Lúcia Sigaud me preguntó si no quería hacer un proyecto para presentar a FINEP, para el Instituto de Medicina Social. Fue Lúcia quien indicó mi nombre, pero quien me invitó fue José Luís Fiori. Él me llamó y dijo, eso fue lo que me atrajo, que estaban fundando un

posgrado y una institución. Que sería nuestra tarea, además de crear una institución, crear una disciplina. Y me pareció ese proyecto muy interesante; además, tenía fondos para investigación [...]. Hice un proyecto para estudiar la Medicina Popular, de donde salió aquel libro mío [Loyola, 1984]. (Maria Andréa Rios Loyola, 21 de mayo de 2009)

Posteriormente, Maria Andréa Loyola fue directora del Instituto de Medicina Social (1988-1991), y de ella fue la iniciativa de desvincular el Instituto de Medicina Social de la Facultad de Medicina. Cuando presidió la CAPES, entre 1992 y 1995, separó la salud colectiva de la Medicina. Esa fue una contribución importante para la autonomización del campo de la salud colectiva.

Las contribuciones del Instituto de Medicina Social para la construcción del campo de la salud colectiva, en la década del 1970 y 1980, fueron tanto teóricas como políticas. Desde el punto de vista teórico, pueden mencionarse, entre otros, los trabajos sobre las empresas médicas y la industria de medicamentos, como los de Cordeiro (1980, 1984); sobre las instituciones médicas, como los de Luz (1978, 1988); sobre la historia de la medicina, como los de Machado y colaboradores (1978) y Nogueira (2007); y sobre la medicina popular, como el de Loyola (1984). También tuvo un papel importante en la enseñanza de la salud colectiva: uno de los primeros libros didácticos, *Salud y Medicina en Brasil: contribución para un debate* (1978), organizado por Reinaldo Guimarães.

De la Parasitología a la Medicina Preventiva

Un otro grupo de precursores tiene sus raíces en la escuela paulista de Parasitología liderada por Samuel Barnsley Pessoa (1898-1976). Samuel Pessoa, además de reconocido investigador en Parasitología, desarrolló también actividades como sanitarista, habiendo escrito diversos ensayos médico-sociales. Poco después de su graduación en Medicina por la facultad de la USP en 1922, realizó estudios de higiene rural como residente (*residente fellowship*) de la Fundación Rockefeller. Al año siguiente, ocupó el cargo de inspector sanitario en el Servicio Sanitario del estado de São Paulo y, luego, de asistente del Instituto de Higiene de São Paulo y asistente interino de Higiene de la Facultad de Medicina. En ese cargo, organizó la sección de Parasitología aplicada a la Higiene (Paiva, 2006). En 1931, aprobó el concurso para la cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina, desarrollando un intenso trabajo de investigación que resultó en la publicación de cerca de 352 artículos y en la creación de una verdadera escuela de Parasitología (Paiva, 2006). Entre 1942

y 1944, asumió el cargo de director general del Departamento de Salud del Estado de São Paulo. Su militancia en el PCB probablemente influyó en su producción médico-social. Según Hochman (2015), su interpretación sobre las relaciones entre la estructura agraria y las endemias rurales estaba muy asociada a la visión del PCB sobre la Reforma Agraria. En reconocimiento a sus contribuciones pioneras al análisis de las relaciones entre la salud y la sociedad, el Cebes republicó, en 1978, los *Ensayos médico-sociales*, de Samuel Barnsley Pessoa.

Esa trayectoria de Samuel Barnsley Pessoa influyó en diversos investigadores que asociaron un interés en la investigación de laboratorio, en parasitología o bacteriología, con la aplicación de los conocimientos producidos en comunidades de bajos ingresos. Muchos de ellos también ocuparon cargos públicos como gestores de servicios de salud. Ese fue el caso de José Lima Pedreira de Freitas (1917-1966), docente de Parasitología de la FM-USP que había trabajado con Samuel Pessoa y se trasladó, en 1953, en calidad de profesor adjunto, al Departamento de Parasitología de la recién creada FMRP. Había realizado un curso de Salud Pública durante los años 1952 y 1953 en la Universidad Johns Hopkins, obteniendo el título de magíster en Salud Pública (*Master in Public Health*). La FMRP, creada en 1951, había sido orientada por directrices del Congreso Panamericano de Educación Médica, realizado en Lima, que también correspondían a las exigencias de la Fundación Rockefeller, financiadora de su creación. La incorporación de la Medicina Preventiva a la enseñanza médica estaba entre esas directrices, junto con el énfasis en la enseñanza con dedicación exclusiva, la creación de la posgraduación y la adopción del sistema departamental (Moraes, 2008).

Pedreira de Freitas fue invitado a actuar como docente del Departamento de Higiene y Medicina Preventiva de esa misma facultad, en 1954, y se consolidó en la cátedra tras un concurso realizado en 1963. Transformó el puesto de salud de Cássia dos Coqueiros (municipio de Cajuru), creado en 1947 para el estudio de la enfermedad de Chagas, en un centro de estudios que pasó a servir como campo de prácticas para los alumnos de la Facultad de Medicina (Necrológico de José Lima Pedreira de Freitas, 1917-1966). También ingresó, en 1961, como profesor asistente de esa cátedra-departamento el médico recién graduado José Romero Teruel, quien coordinó la primera cohorte de la residencia en Medicina Preventiva, primer curso de esa modalidad en el país. Guilherme Rodrigues da Silva orientó allí a sus alumnos Sebastião Loureiro, Joselita Macedo y Euclides Castilho.

La creación de la FMRP influyó en la trayectoria profesional de Antônio Sergio Arouca, dado que su elección de estudiar Medicina se debió a que esta fue su única opción para cursar estudios en una universidad pública.

En realidad, no tenía una gran convicción [sobre la elección de Medicina]. Lo que ocurría es que la posibilidad de estudiar en una universidad pública, que era la única oportunidad que tenía para estudiar en Ribeirão Preto, era la Facultad de Medicina. Ya tenía otros hermanos estudiando fuera y entonces la familia no tenía recursos... (Arouca, 2002, p. 3)

En esa época, Arouca, que ya militaba en el Partido Comunista desde los 16 años, llegó a abandonar la carrera de Derecho cuando vio, en la medicina preventiva y, en particular, en el trabajo realizado en Cássia dos Coqueiros, coordinado por Pedreira de Freitas, la posibilidad de articular la política con la profesión:

Y ahí encontré eso en la medicina preventiva, que era un área que estaba comenzando en Brasil, con pocos lugares que la enseñaban. Se empezaba a trabajar dentro de la Facultad de Medicina con la idea de salud pública. La región de Ribeirão Preto, en esa época, era una zona con gran incidencia de la enfermedad de Chagas. Se había iniciado un proceso de expulsión del trabajador del campo hacia la ciudad, que en ese momento no eran los sin tierra, sino los boias-frias. [...] Y todo el problema se resumía en cómo vivían, el tipo de casa donde entraba el barbeiro. Entonces allí surgió una gran identidad, aquí sí tengo un trabajo de acción política, voy a discutir la cuestión de la vida de las personas del campo, estoy discutiendo la cuestión de la reforma agraria y también realizo mi labor profesional, trabajando como sanitarista y con la enfermedad de Chagas. (Arouca, 2002, p. 3)

En 1965, el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la UNICAMP fue organizado por Miguel Inácio Tobar Acosta y contaba con ocho docentes entre médicos, científicos sociales, asistentes sociales, veterinarios y odontólogos (Canesqui, 1990). Antônio Sérgio da Silva Arouca y Everardo Duarte Nunes fueron contratados como profesores en 1967 y Anamaria Tambellini

en 1968²³. Desde sus orígenes, el Departamento de Preventiva de la UNICAMP contó con la participación de docentes con formación en Ciencias Sociales, como Everardo Duarte Nunes, graduado en Ciencias Sociales por la USP, con una maestría en Sociología de la Salud en Inglaterra (beca de Kellogg), quien, aunque señaló una entrada circunstancial en el área de la salud en ese momento, como también ocurrió con varios otros científicos sociales, desarrolló trayectoria dentro del espacio de la salud colectiva, contribuyendo a su construcción como investigador, habiendo integrado comités de evaluación de la CAPES y del CNPq y publicado varios trabajos sobre el propio campo de la salud colectiva.

También actuaban en el área de ciencias sociales en Campinas: Reginaldo Zaceara de Campos, quien orientó la tesis doctoral de Everardo Duarte Nunes sobre la medicina como profesión; Ruth Labras Biagoti; y Ana Maria Canesqui (Nunes, 1976), quien inicialmente integró el Departamento como asistente social y, posteriormente, orientó su formación hacia ciencias sociales y salud, formando parte de la primera Comisión de Ciencias Sociales de Abrasco. Pero también los médicos Arouca y Anamaria Tambellini buscaron formación en esa área. Arouca, en su tesis doctoral, *El dilema preventivista: contribución para la comprensión y crítica de la medicina preventiva*, incorporó de manera sustantiva no solo la arqueología del saber de Foucault y el marxismo, sino también otros autores, como Bourdieu. Anamaria Tambellini llegó a hacer la maestría en Sociología en la misma UNICAMP y también elaboró una tesis en Epidemiología, titulada *Contribuciones y análisis epidemiológico de los accidentes de tránsito* (1976), que incorpora referentes marxistas en su análisis.

Las actividades iniciales del Departamento de Campinas incluían, como en varios otros Departamentos de Medicina Preventiva, actividades denominadas “extramuros”, en barrios populares, todavía bajo la perspectiva de la medicina preventiva estadounidense. Las acciones se desarrollaron inicialmente en el barrio Bargas Lemos de Oliveira y posteriormente en el municipio de Paulínia. Incluían, junto con los levantamientos de las condiciones de vida de la población, muchas actividades clínicas de atención a la población. Esa actividad también motivó la contratación de científicos sociales y asistentes sociales en sus inicios, como relata Everardo Duarte Nunes, quien fue

23. Arouca, Anamaria Tambellini y Everardo Duarte formaron parte del cuadro inaugural de docentes de la UNICAMP, organizado por Zeferino Vaz, profesor de Zoología Médica y Parasitología en la Facultad de Medicina Veterinaria de la USP, quien había sido designado por el gobernador Ademar Pereira de Barros, en 1965, presidente de la comisión organizadora de esa universidad. Zeferino Vaz fue el primer rector de la UNICAMP hasta 1978. (Ribeirão Preto, [200-]) Según Franco Netto y Abreu (2009), Arouca ingresó a la UNICAMP por invitación de Zeferino Vaz.

invitado a trabajar en el Departamento de Medicina Preventiva y Social debido a su experiencia previa en el trabajo con Sociología Rural y Educacional.

A comienzos de 1967 [...] la UNICAMP me llamó. Estaba reclutando personas para trabajar en el campo de la salud. Entonces, yo [había trabajado con] Sociología Rural y Sociología Educacional [...]. Quien me llama es el Departamento de Medicina Preventiva y Social, que estaba estructurando [esa área], ya tenía uno o dos sociólogos trabajando, y necesitaban más personas [...]. A partir de ese momento, [me convertí] en autodidacta, porque ahí comienzo mi formación en el área de la salud. (Everardo Duarte Nunes, 24 de abril de 2009)

...porque yo tenía experiencia en trabajar con comunidades y, como los proyectos de la preventiva tenían [...] una relación muy estrecha con trabajos extramuros, que era la gran propuesta [...], entonces, de las propuestas de las reformas de enseñanza, [lo que implicaba que] los estudiantes de Medicina debían ir a campo, realizar trabajos extramuros... (Everardo Duarte Nunes, 24 de abril de 2009)

En el marco de ese trabajo con habitantes de barrios periféricos, un grupo de docentes y alumnos liderados por Arouca y Anamaria Tambellini articulaba la asistencia médica con la acción política junto a la población. Esa actuación generó reacciones por parte del rector Zeferino Vaz, quien postergó la defensa de las tesis de Arouca y de Anamaria Tambellini. La propia Fundación Kellogg, que financiaba el proyecto de las actividades extramuros en Campinas, comenzó a cuestionar, según Guilherme Rodrigues da Silva:

...quisiera acentuar la dificultad en Campinas. Fui testigo de eso y, en el momento en que la crisis culminó en un punto sin salida, fui a hablar con el rector Zeferino Vaz, y Zeferino dijo que era imposible, que se había llegado a un punto en que no había condiciones, que había perdido el control de la situación. Hubo una reacción de la propia Fundación Kellogg [...] Existía un proyecto de Kellogg que, luego, algunos elementos estadounidenses descubrieron que el apoyo de la fundación se estaba usando para promover una especie de revolución dentro de la propia academia. (Silva, 2005)

Como consecuencia de ese conflicto, la defensa de la tesis de Arouca se realizó mediante un acuerdo con el rector que implicaba la salida de ambos

de la UNICAMP. Así, Arouca defendió la tesis en 1975 y Anamaria Tambellini en 1976. El clima de represión hizo que Tambellini se fuera a la UERJ en 1975.

Vine para aquí [a Río de Janeiro] en 1975. Arouca no vino en esa época, estaba en Brasilia realizando una asesoría. Fue cuando Vladimir Herzog fue detenido. Todo fue preparado por Davizinho [David Capistrano Filho] para que Arouca, Pedro y yo saliéramos inmediatamente. Arouca debió haberse vuelto loco sin saber adónde había ido su familia. La llegada de Arouca fue a finales de 1976. No teníamos dónde quedarnos, fue terrible. Realmente fue en el año 1976 cuando ocurrió la apertura aquí en Río de Janeiro tanto de Salud Pública como del personal de la UERJ. (Anamaria Testa Tambellini, 27 de mayo de 2009)

La opción de Arouca y Anamaria Tambellini de ir a Río de Janeiro fue debatida en entrevista colectiva concedida a Regina Abreu para el Proyecto Memoria Unirio. Según el punto de vista de varios entrevistados involucrados entonces en la constitución de la salud colectiva, algunos factores influyeron en la ida y en el encuentro de las trayectorias de Arouca con el grupo de la UERJ y de la ENSP. Las dificultades políticas enfrentadas por Guilherme en el Departamento de Medicina Preventiva de la FM-USP hicieron inviable la ida de Arouca a la USP, que habría sido su primera opción. La decisión de Juan César García de invertir en la organización del Instituto de Medicina Social de la UERJ y el financiamiento por parte de la FINEP del PEPPE y del PESES en la ENSP crearon la posibilidad de inserción profesional no solo para Arouca y Anamaria Tambellini, sino también para varios alumnos egresados de la residencia en Campinas, como Francisco Campos, Elizabeth Moreira y Raimundo Araújo dos Santos, conocido como Caniço (Entrevista..., 2004). También la apertura del concurso en Fiocruz permitió que Arouca tuviera un puesto de trabajo que la UERJ, en ese momento, no podía ofrecer.

Casi una década después de la salida de Arouca y Anamaria Tambellini, el Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP incorporó nuevos docentes que tendrían un protagonismo en la construcción de la salud colectiva, entre los cuales se destacan Gastão Wagner de Sousa Campos y Emerson Elias Merhy en el área de políticas de salud; Marilisa Berti de Azevedo Barros en el área de epidemiología social; Ana Maria Canesqui en ciencias sociales en salud; entre otros. Gastão Wagner ingresó en el innovador curso de Medicina de la Universidad de Brasilia (UnB) en 1970, cuando también desarrolló militancia política, habiendo participado en la organización de las Semanas de Salud Comunitaria. Refiere haber tenido su primer contacto con Cecília Donnangelo, Hésio Cordeiro y Sergio Arouca en 1975, en la Semanas de Salud

Comunitaria de Campinas (Campos, 2005). Realizó un año de residencia médica en Brasilia y, en 1977, se inscribió en el tercer curso corto de Salud Pública ofrecido por la Facultad de Salud Pública de São Paulo en convenio con la Secretaría de Salud de São Paulo.

En ese curso, estableció vínculos con varios médicos que ocuparon posiciones importantes en el movimiento de la Reforma Sanitaria y en la salud colectiva, entre ellos David Capistrano Filho, José Ruben de Alcântara Bonfim, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Paulo Eduardo Mangeon Elias, entre otros. Fue elegido presidente del Cebes São Paulo en 1978-1979; también actuó en el Sindicato de Médicos y en el movimiento de Renovación Médica en ese período. Ingresó en el Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP en 1983, donde cursó su doctorado en Medicina Preventiva. (Campos, 2005) Ocupó varios cargos de dirección en el SUS y la presidencia de Abrasco (2015-2018). Emerson Elias Merhy se graduó en 1973 por la USP, realizó la residencia y el máster en Medicina Preventiva en la USP. Participó de la primera cohorte del curso corto de Salud Pública, en 1976, y del grupo que creó el Cebes y la revista *Saúde em Debate*. Ingresó en el Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP en 1986, lugar donde realizó su doctorado y enseñó hasta 2007. El grupo de Campinas, en esta segunda etapa, se constituyó en uno de los polos de referencia dentro del campo de la salud colectiva, en relación con el análisis de las políticas y la planificación en salud, junto con la ENSP y el ISC de la UFBA. También desarrolló un pensamiento crítico respecto a la Reforma Sanitaria (Merhy, 1987; Campos, 1994).

Al llegar a la ENSP en 1975, el grupo liderado por Arouca encontró una institución que funcionaba desde 1959 y que se estructuró a lo largo de la década de 1960²⁴ (Fonseca, 2004). La creación de una escuela nacional de Salud Pública ya había sido propuesta desde el gobierno de Eurico Gaspar Dutra (1947) y también en la 2.ª Conferencia Nacional de Salud, en 1950. Se relacionaba con las ideas desarrollistas y de descentralización administrativa que orientaron la formulación de políticas públicas en el segundo gobierno de Getúlio Vargas, según Fonseca (2004). Ernani de Paiva Ferreira Braga, quien integraría la primera directiva de Abrasco, era, en el momento de la aprobación de la ley de creación de la ENSP, director del Departamento Nacional de Salud (DNS) y participó en las gestiones que aseguraron la aprobación de la ley en 1954 (Fonseca, 2004; Lima, Fonseca & Santos, 2004). Posteriormente, también sería director de la ENSP. El cuadro docente inicial estaba

24. Aunque el decreto de su fundación data de 1954, los primeros cursos recién se dictaron en 1959. (Fonseca, 2004)

compuesto por profesionales de la salud egresados tanto de instituciones gubernamentales, como el Departamento Nacional de Salud y la Fundación SESP, como de las universidades. Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), uno de los sanitaristas más influyentes del período, fue profesor de la disciplina Fundamentos Económico-Sociales en el curso básico de Salud Pública para médicos, entre 1960 y 1961. Defensor del sanitarismo desarrollista, fue presidente de la Sociedad Brasileña de Higiene y secretario general de la 3.^a Conferencia Nacional de Salud (Scorel, 2015).

Entre los alumnos del primer curso de Planificación de la ENSP, en 1967, estaba Carlos Gentile de Mello (1918-1982) (Fonseca, 2004), quien sería uno de los sanitaristas precursores del movimiento sanitario. Sus contribuciones a la crítica del sistema de salud fueron resumidas por Noronha en seis ejes: discusión sobre salud y desarrollo económico; convicción de que la medicina privada y lucrativa generaba distorsiones en la atención médica; que la distribución de médicos y otros profesionales de la salud estaba relacionada con las condiciones económicas de los lugares de trabajo; que la formación de los médicos estaba disociada de la situación de salud del país; que el modelo de los planes de salud también podía implicar distorsiones en la asistencia; y, por último, que la forma de remuneración de los actos médicos por las unidades de servicio generaba sobreproducción de procedimientos (Noronha, 2015). Gentile participó en las Sesac, estableciendo contacto con Guilherme Rodrigues da Silva y Donnangelo en esas ocasiones. Fue socio del Cebes, que publicó dos libros reuniendo sus mejores análisis sobre el sistema de salud (Mello, 1977, 1981). José Gomes Temporão²⁵, entonces presidente en ejercicio del Cebes, así describe su participación en la presentación del segundo libro:

La actuación continua, vigorosa e incansable de Carlos Gentile de Mello al frente de la lucha por mejores condiciones de vida y salud del pueblo brasileño, representada por su actividad como articulista, por su participación en eventos variados, a los cuales ha aportado su contribución crítica, y por una productiva producción intelectual, ha reafirmado de la manera más objetiva y concreta la identificación de sus líneas de pensamiento y trabajo con las del Cebes. Y no hay razón para no decir que, como socio del Cebes, el Dr. Gentile ha sido uno de sus luchadores más entusiastas. (Temporão, 1981, p. 9)

25. José Gomes Temporão, médico, fue un líder activo del movimiento sanitario, y sería ministro de Salud en un período de expansión del SUS (2007-2011) durante el gobierno del presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Los ya mencionados aspectos contradictorios de la coyuntura política pueden ser comprendidos en algunos episodios ocurridos en la ENSP. Desde el golpe civil-militar de 1964, la institución atravesó un período caracterizado por opresión, ceses blancos y precarias condiciones de trabajo. Tras la promulgación del AI-5, en 1968, aumentó la represión, situación que culminó, en 1970, con el cese de varios investigadores del Instituto Oswaldo Cruz, quienes tuvieron suspendidos sus derechos políticos y fueron jubilados obligatoriamente: Haity Moussatché, Herman Lent, Moacyr Vaz de Andrade, Augusto Cid de Mello Perissé, Hugo de Souza Lopes, Sebastião José de Oliveira, Fernando Braga Ubatuba y Tito Arcoverde Cavalcanti de Albuquerque, Masao Goto y Domingos Arthur Machado Filho; todos investigadores importantes en las áreas de Entomología, Micología, Parasitología y Fisiología. Ese episodio se conoció como la Masacre de Manguinhos y resultó en la desestructuración de varios grupos de investigación (Tavares, 2012).

A partir de 1974, como se mencionó anteriormente, el mayor aporte de recursos proporcionado por los PESES y el PEPPE, financiados por la FINEP, modificó el perfil institucional de la ENSP (Escorel, 1999; Ribeiro, 1991; Santos *et al.*, 2004a). Ese proceso fue caracterizado como un resurgimiento de Manguinhos por el entonces presidente, Vinicius da Fonseca. Arouca pasó a coordinar el PESES, y Eduardo Azeredo Costa, el PEPPE. Estos dos programas, además de aportar recursos para la investigación en salud colectiva, permitieron la inserción profesional de varios docentes involucrados tanto con la Epidemiología como con la gestión de los servicios. Las trayectorias de Paulo Buss, quien sería presidente de Fiocruz, y María do Carmo Leal, vicepresidenta de la institución, ambos hijos de comerciantes, son reveladoras a este respecto. Paulo Buss se graduó en Medicina en 1972 por la Universidad Federal de Santa María (UFSM), en Río Grande do Sul. Realizó residencia médica en Pediatría en el Hospital del Servidor de Río de Janeiro, donde comenzó a interesarse por la Pediatría Social. En 1975, se entusiasmó con un curso sobre planificación materno-infantil dictado por Célia Almeida, Mario Hamilton y Suzana Martim. Motivado por ese curso, ingresó luego en la maestría en Medicina Social de la UERJ. Pero fue la existencia del PESES lo que permitió su ingreso a la ENSP y una inserción institucional mayor:

...Poco después, llegó Arouca con Caniço. Creo que fue a través de Caniço, de Anamaria Tambellini y de Arouca que se creó el PESES. [...] más o menos me alineé con el área del PESES. Así, compartía una oficina con Caniço. [...] comencé a trabajar con Marília Bernardes compartiendo oficina... (Paulo Marchiori Buss, 29 de septiembre de 2009)

Desde otro polo del país, llegó María do Carmo Leal, médica graduada en la UFBA en 1975. Inicialmente ingresó a la residencia médica en la UERJ, que tenía un fuerte componente clínico. Ese mismo año, realizó un curso de especialización en Salud Pública en la ENSP, con el cual se identificó más. Durante ese curso, reencontró a Caniço, con quien había trabajado en Bahía, y de ese contacto surgió la invitación para trabajar en el PESES:

En esa época –fue en 1976– [...], en 1974, la escuela ya estaba comenzando los cursos descentralizados de Salud Pública [...] había un movimiento muy grande de ideas, de cosas sucediendo en esa institución; [...] estaba en una etapa muy interesante, realmente muy interesante. Y me encantó el curso. Ya tenía la certeza de que iba a continuar allí, estudiando, cuando en los pasillos, en diciembre de ese año, encontré a Caniço. [...] Entonces, él dijo: “[...] yo estaba en Campinas, fui a trabajar con el grupo de Arouca. Ellos fueron expulsados de Campinas [...]. Todos vinimos para Río. [Ven] a trabajar conmigo, porque voy a coordinar un proyecto que trata sobre la constitución de los departamentos de Medicina Preventiva”. Ahí, yo dije: “Hecho. Cuando vuelva de las vacaciones te busco.” [...] Busqué a Caniço, entonces, en febrero, cuando volví de las vacaciones, y empecé a trabajar en el PESES... (María do Carmo Leal, 21 de mayo de 2009)

La ENSP participó activamente en la construcción y posterior consolidación de la salud colectiva y varios de sus profesores —como Paulo Buss, Arlindo Fábio Gómez de Sousa, María Cecilia de Souza Minayo y Paulo Ernani Gadelha Vieira— integraron directorios de Abrasco.

Trabajos extramuros

La mayoría de los Departamentos de Medicina Preventiva tenía lo que se denominaba trabajo extramuros, como se mencionó anteriormente. Salir del hospital escuela era considerado una ruptura con la enseñanza tradicional, pero también una consecuencia de la necesidad de un campo de prácticas para las disciplinas de Medicina Preventiva. El trabajo orientado a una población de bajos ingresos, denominada “comunidad”, permitía no solo una actuación política dirigida a la elevación de la conciencia sanitaria o ciudadana, sino también el desarrollo de propuestas de cambio del modelo asistencial y/o

de racionalización administrativa de los servicios de salud. Así, fueron producto de esta aproximación los diversos programas conducidos por el Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA en los barrios de Salvador: Alto das Pombas (1960-1967), Brotas (1964-1969), en los centros de salud (1969-1971), en el Nordeste de Amaralina (1971-1975) y en municipios del estado de Bahía, como Cruz das Almas (1971-1974) y Conceição do Almeida (segundo semestre de 1971). También el trabajo en el barrio Jardim das Oliveiras y en la ciudad de Paulínia vinculado al Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP; el trabajo en Cássia dos Coqueiros vinculado al Departamento de Medicina Preventiva de la FM-USP de Ribeirão Preto; el Centro de Salud Escuela de Butantã ligado al Departamento de Medicina Preventiva de la USP capital; los proyectos Sobradinho y Planaltina organizados por el grupo de la UnB, entre otros, fueron experiencias ejemplares a este respecto. Aunque los objetivos formales se ligaban a la ideología preventivista del contacto revelador del estudiante con la realidad, la militancia política de varios fundadores tuvo como resultado trabajos educativos, de promoción de la salud y de participación popular en la gestión de los servicios.

Desde los tiempos del Núcleo de Medicina Preventiva, organizado por Guilherme Rodrigues da Silva en la UFBA, las actividades extramuros formaban parte integral del proyecto. Guilherme organizó, junto a la segunda clínica médica, un ambulatorio denominado Clínica de Familias, que atendía a la población de Alto das Pombas, donde realizaron prácticas varios de sus monitores que, en un período posterior, pasaron a integrar el personal del departamento, como relata Ademário Galvão Spínola:

Mi interés por la medicina preventiva nació cuando, en la época de estudiante [...], busqué, en algunos servicios del Hupes [Hospital Universitario Profesor Edgard Santos], una actividad de vacaciones. Y por suerte mía, [...] fui recibido por el entonces Núcleo de Medicina Preventiva, dirigido por el profesor Guilherme. [...] ya en ese programa percibía que existía un enfoque totalmente diferente de los programas de salud. Me asignaron a trabajar en una clínica de familias, donde se estudiaban los problemas de salud relacionados no con el individuo, sino con la familia. Aunque esa actividad fuera dentro del hospital aún una actividad, digamos, intramuros, el enfoque ya estaba orientado no hacia el individuo, sino hacia la familia. Existía una ficha de familia. Empecé a trabajar como pasante junto a la clínica de familias, en ese mismo período. (Ademário Galvão Spínola, entrevista a Maria Ligia Rangel, 1976)

Otra experiencia importante fue el convenio entre el Núcleo de Medicina Preventiva de la UFBA y el Centro de Salud de Nordeste de Amaralina (1968/1969-1975)²⁶. El proyecto fue financiado inicialmente por la Fundación Kellogg y, a partir de 1976, por la Rockefeller. Tenía por objetivos organizar un centro de salud modelo que sirviera para la capacitación de estudiantes. Formaba parte de un proyecto interdisciplinario del convenio de la UFBA con la Rockefeller: el Centro de Estudio de Desarrollo Urbano (Cedu), coordinado por Fabiola de Aguiar Nunes. El centro de salud escuela funcionó como campo de prácticas de atención primaria a la salud articuladas con la comunidad y con investigaciones epidemiológicas y de evaluación de servicios de salud.

Algunas de esas iniciativas se desarrollaron en experimentos de lo que luego sería denominado como “nuevos modelos asistenciales”. Ese fue el caso del Centro de Salud Escuela de Butantã, ligado al Departamento de Medicina Preventiva de la USP.

...Entonces, ya existía una clínica integrada con la salud pública que se usaba para la formación de los alumnos en el departamento y, en 1977, que fue justamente el año en que fui a la Vigilancia Epidemiológica en la Secretaría, también se implantó el centro de salud escuela propio de Medicina, que sería el lugar de enseñanza del propio departamento, allí en Butantã. Fue en la gestión del profesor Walter Leser [...]. Hubo un acuerdo, un convenio, con la Facultad de Medicina. La Preventiva quedó junto con Pediatría. En realidad, deberían quedar todos los departamentos, pero Clínica Médica luego no quiso participar. Entonces, el Departamento formó grupos de trabajo y de estudio para elaborar los programas del centro de salud, diseñar el perfil del centro de salud desde la perspectiva asistencial. Al fin y al cabo, es lo que luego se llamó modelo asistencial, aunque no se denominaba así en esa época. (Lília Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

Así como el curso experimental de la USP, mencionado anteriormente, la UnB tuvo un curso innovador, en el que se formaron en medicina algunos futuros docentes de diversos departamentos, de varias generaciones, gestores del SUS o militantes del movimiento de la Reforma Sanitaria, como Ana Maria Costa (presidenta del Cebes), Elisabeth Moreira Santos (docente

26. Fueron monitores o pasantes del Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA: Jairnilson Paim, Vera Lúcia Almeida Formigli, Maria do Carmo Leal, Fernando Martins Carvalho y Dulce Bião. Posteriormente, Naomar Monteiro de Almeida Filho, Antonio Jorge Almeida y Mauricio Lima Barreto.

de la ENSP), José Paranaguá de Santana (OPS), Heleno Correa (docente de la UFC), Gastão Wagner (presidente de Abrasco y docente del Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP), Arlindo Chinaglia, Luís Cecilio (profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP), Ana Segall, Eleutério Rodriguez y Ricardo Lafetá (docente del Departamento de Medicina Preventiva de la USP).

...Fui de la primera promoción del curso. No era ni experimental, aquí era un curso oficial. El de la USP se llamaba experimental porque ya existía el tradicional, creado hacía muchas décadas. El de aquí no, comenzó ya como un curso para ser en nuevas bases, con un componente de integración disciplinaria muy grande y con una práctica de Medicina Comunitaria, como se llamaba en esa época, muy fuerte, que era una unidad integrada de salud, donde era el campo de práctica de los estudiantes, en la ciudad-satélite de Sobradinho. Entonces, fui de la época áurea de esa experiencia curricular. Algunos años después, ese currículo fue siendo socavado poco a poco, hasta que, hacia finales de la década de 1980 o principios de la de 1990, adquirió características de un curso muy tradicional, muy disciplinario, muy clásico. Hoy, la Facultad de Medicina de Brasília tiene un perfil mucho más parecido al de las escuelas tradicionales que al de un currículo nuevo. (José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, 11 de noviembre de 2008)

También el Proyecto de Planaltina, organizado por Frederico Simões Barbosa y coordinado localmente por José Paranaguá de Santana, reunió y sirvió como campo de prácticas para futuros liderazgos de la salud colectiva. Un ejemplo de esa influencia lo menciona Carlos Everaldo Alvares Coimbra, quien llegaría a ser editor de los *Cadernos de Saúde Pública* e investigador destacado de la salud colectiva. Carlos Coimbra se graduó en Biología por la UnB en 1981, donde inició sus actividades de investigación bajo la orientación de Frederico Simões Barbosa. Su experiencia en Planaltina, donde había un trabajo interdisciplinar, lo motivó a realizar el doctorado en Antropología Médica en EEUU y, al regresar, en 1989, fue a trabajar en la ENSP con beca del CNPq, por invitación de Frederico Simões Barbosa:

[Había] la vertiente de Frederico, que en esa época era salud pública, él la llamaba Medicina Social, y... Fue allí donde me inserté y fui [...] direccionado hacia ese campo. Fue un gran estímulo para mis primeras investigaciones [el Proyecto Planaltina]: mucho trabajo de campo [...] y algo que él siempre valorizó mucho, que era el estudio en la comunidad. Entonces, nosotros, todos los martes y jueves, íbamos en el ómnibus de la Universidad

hacia la ciudad satélite de Planaltina. Yo trabajaba en una invasión y era allí donde me quedaba todo el día. (Carlos Everaldo Alvares Coimbra, 5 de mayo de 2010)

De esa forma, las denominadas “experiencias extramuros”, al permitir la integración entre las prácticas, la investigación y la participación popular, crearon las posibilidades del desarrollo de una enseñanza innovadora.

Capítulo 3

La construcción de un espacio social: el encuentro de trayectorias y las rupturas teóricas

El encuentro entre los médicos y los científicos sociales ocurrió en esos primeros años, viabilizado por diversos hechos relacionados con las condiciones históricas de posibilidad, analizadas anteriormente. Juan César García, al ingresar en la OPS en 1966, participó en un proyecto de investigación sobre la incorporación de la enseñanza de la Medicina Preventiva en las escuelas médicas, financiado por la Fundación Milbank. Ese proyecto implicó viajes y visitas a 18 países, entre los cuales estaba Brasil. Participaron en ese proyecto, entre otros brasileños, Hésio Cordeiro y Guilherme Rodrigues da Silva (Galeano, Trotta & Spinelli, 2011). Hésio Cordeiro, que venía desarrollando una trayectoria de médico clínico, refiere que la decisión de elaborar una tesis crítica sobre el complejo médico-industrial (Cordeiro, 1980) fue influenciada por Juan César. Posteriormente, Cecília Donnangelo lo orientó en su doctorado en la USP. El contacto entre Hésio Cordeiro y Arouca se dio también por intermedio de Juan César en los dos seminarios realizados en Campinas.

Las reuniones organizadas por la OPS, en particular el encuentro de Cuenca, Ecuador, realizado en 1972, se constituyeron en espacios para el encuentro entre los fundadores. En la Reunión de Cuenca, Everardo Duarte Nunes conoció a Juan César García y pasó a tomar como objeto de reflexión teórica las relaciones entre las Ciencias Sociales y la Salud y el propio campo de la salud colectiva (Nunes, 1985, 1989, 1994).

También las reuniones entre los departamentos de Medicina Preventiva de São Paulo, ocurridas entre 1969 y 1973, viabilizaron el encuentro entre varios de esos agentes y la construcción de las principales posiciones que irían a configurar, posteriormente, las relaciones de fuerza en el interior del campo. Arouca estableció contacto, inicialmente, con María Cecília Donnangelo, quien lo presentó a Guilherme Rodrigues da Silva. Jairnilson Paim fue presentado a Arouca en 1971, cuando viajó a Salvador, por Ademário Spínola.

También data de ese período el contacto entre Juan César García, Arouca, Donnangelo y Guilherme.

Tuve el honor de conocer a Sergio Arouca en la primera mitad de la década de 1960. Yo diría que lo conocí en los orígenes del movimiento sanitario, movimiento que se inicia en la academia, en las discusiones de teóricos sobre salud y sociedad, del cual él fue un participante [...]. Nuestras reuniones del Departamento de Medicina Preventiva aquí en São Paulo capital o en Campinas [...] eran muy frecuentes y [...] generaron todo un proceso de producción del conocimiento teórico en el área de salud y sociedad. Una persona muy importante que tuvo participación muy temprana, en un intercambio muy amplio con Sergio Arouca, fue Maria Cecília Donnangelo, a quien perdimos de forma precoz en un lamentable accidente de auto en el que perdieron la vida ella, su madre y su esposo. Ellos realmente comenzaron a construir a través de las publicaciones iniciales [...] Porque Arouca vino a publicar, mucho tiempo después, su tesis, que es un marco en esta discusión de la teoría de salud y sociedad. Cecília publicó varios libros en la primera mitad de la década del 1970, y esto inspiró una discusión de alcance nacional y fuera del país, en varios países latinoamericanos, que dieron base real a lo que hoy llamamos Teoría de Salud y Sociedad, de la relación entre salud y sociedad. Conocí a Arouca, entonces, en esas reuniones que hacíamos en el Departamento [...]. Al inicio, era el Departamento en Campinas y el nuestro aquí en São Paulo. (Guilherme Rodrigues da Silva, entrevista a Guilherme Franco Netto y Regina Abreu, 2005)

Los departamentos que participaban en las reuniones en São Paulo eran: Departamento de Medicina Preventiva de la FM-USP, capital, Campinas, Ribeirão Preto y Botucatu. Además de esos, había participación de docentes de las universidades Paulista, del Norte de Paraná y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo. Arouca incluyó como referencia bibliográfica en su tesis doctoral los informes mimeografiados de los encuentros de los departamentos de Medicina Preventiva. Hay referencias al cuarto, quinto, séptimo y décimo encuentros. Aunque la dominancia fue de departamentos paulistas, uno de los documentos presentados en el séptimo encuentro, titulado *Contribución para la discusión sobre los objetivos del Departamento de Medicina Preventiva en las Escuelas Médicas*, fue presentado por el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina del Norte de Paraná en 1970 (Arouca, 2003). El protagonismo de los Departamento de Medicina Preventiva paulistas en la génesis de la salud colectiva fue significativo, con especificidades analizadas por Mota, Schraiber y Ayres (2017).

Se discutía, en esas reuniones, la medicina preventiva, cómo enseñarla, la resistencia de los estudiantes, la planificación estratégica, las ciencias sociales. En el Encuentro de Docentes de Medicina Preventiva del Estado de São Paulo realizado en 1970, ya se hacía una diferenciación entre la medicina preventiva y la medicina social, tanto en lo que respecta al concepto como a la evolución: la primera tendría sus orígenes en EEUU e inspiración en la ideología liberal de la medicina, mientras que la segunda remontaría a Alemania y a Francia del siglo XIX como una “Medicina integrada en el campo de la salud, esta entendida como responsabilidad Estatal” (Arouca, 2003, p. 148).

La interpretación de la medicina social europea como una medicina que reconocía los determinantes sociales de la enfermedad y propugnaba la reforma social como solución para los males sanitarios aparece en las reacciones críticas de algunos de los entrevistados a la conferencia de Foucault sobre la medicina social, pronunciada en el Instituto de Medicina Social de la UERJ en 1974. En esa conferencia, Foucault desarrolló la idea según la cual toda la medicina moderna surgida a partir del final del siglo XVIII, entre Morgagni y Bichat, sería una medicina social: inicialmente del Estado, luego urbana y, finalmente, orientada a la fuerza de trabajo (Foucault, 1979a). La interpretación dada al movimiento de la medicina social europea del siglo XIX revela mucho sobre el proyecto brasileño. Apoyada principalmente en el texto de Rosen (1983) y en García (1989), ignora otros análisis sobre el movimiento higienista francés que exploran los propósitos de reforma moral, y no social, de algunos de los higienistas (Murard & Zylberman, 1985; Pinell, 2009).

La relación con el campo médico está en el origen de la medicina preventiva y, luego, en todo el desarrollo de la salud colectiva. Esa relación ocurre históricamente y en el plano internacional. La medicina preventiva fue analizada por Arouca como una reacción de las asociaciones médicas estadounidenses al crecimiento de la intervención estatal en el cuidado (Arouca, 2003). Por otro lado, la creación de importantes departamentos de Medicina Preventiva ocurrió como renovación de la clínica médica, y no de la higiene. Las tensiones entre los departamentos de Medicina Preventiva y las facultades de Medicina están presentes en varios testimonios de los entrevistados. Esas tensiones se expresan en la resistencia de los estudiantes de Medicina, primero a la higiene y luego a la medicina preventiva, y fueron enfrentadas con estrategias pedagógicas. Por otro lado, también existe un conflicto con el área de salud pública institucionalizada en el campo científico, como en el proceso de organización de la Facultad de Salud Pública de la USP, cuya creación es anterior al Departamento de Medicina Preventiva de la USP y se autonomizó de este en un proceso también conflictivo (Faria, 1999). Esa

contradicción aparece con mayor claridad en las disputas con la salud pública institucionalizada en el campo burocrático.

Las reuniones de los departamentos paulistas de Medicina Preventiva sirvieron de inspiración para el trabajo que resultó en su tesis de doctorado, en la cual Arouca retoma la diferencia entre medicina preventiva y medicina social, fundamentándola teóricamente. Según Arouca, son dos formaciones discursivas en confrontación: la medicina preventiva correspondería a un movimiento ideológico ligado a los grupos hegemónicos de la sociedad y que no podría instaurarse como norma debido a las contradicciones derivadas de las relaciones entre la propia medicina y la sociedad capitalista. Por otro lado, la medicina social se constituía en una posibilidad de ruptura teórica con potencial transformador (Arouca, 2003). Se trataba, en otras palabras, de elaborar una teoría social de la salud que orientara la práctica técnica y también la práctica política transformadora.

El dilema preventivista ha sido considerado un hito respecto a la ruptura teórica con la medicina preventiva y la salud pública institucionalizada (Paim, 2003; Silva, 2003; Tambellini, 2003). En la elaboración de su tesis, Arouca contó con los trabajos de Juan César García (1972) sobre la educación médica en América Latina, la tesis de Donnangelo (1975), *Medicina y sociedad*, y un ensayo de Guilherme Rodrigues da Silva (1973), que analizaban las relaciones entre medicina y sociedad. Esa línea de producción teórica incluía también la segunda tesis de Donnangelo (1976), *Salud y sociedad*, elaborada en el mismo periodo. Esos trabajos se constituyeron en referentes teóricos sobre las relaciones entre salud y sociedad que influirían en la producción intelectual, en la enseñanza y en la práctica política y técnica de la medicina social latinoamericana (Paim, 2003; Silva, 2003).

También las primeras promociones de las residencias en Medicina Preventiva y Social de Campinas, de la UERJ y de la USP (Ribeirão Preto y capital), así como los primeros cursos de especialización en Salud Pública, fueron espacios para el establecimiento de relaciones entre grupos de fundadores. Fueron alumnos de la residencia en Medicina Preventiva de Ribeirão Preto: Anamaria Tambellini, José da Rocha Carvalheiro, Sebastião Loureiro, Joselita Macedo y Euclides Castilho, quienes, posteriormente, integraron los primeros núcleos docentes de los departamentos de Campinas, de Bahía y de Medicina Preventiva de la USP, capital.

La residencia en medicina social del Departamento de Medicina Preventiva de Campinas, organizada en 1974, formó cuadros que integraron grupos importantes de la salud colectiva en diversas otras instituciones. Fueron alumnos de ese programa de residencia los médicos David Capistrano da

Costa Filho, José Ruben Alcântara Bonfim, Elizabeth Moreira dos Santos, José Augusto Cabral de Barros, Francisco Eduardo de Campos, entre otros.

David Capistrano da Costa Filho (1948-2000), conocido como Davizinho, inició su militancia política a los 14 años de edad. Sus padres eran David Capistrano da Costa y Maria Augusta Oliveira, ambos dirigentes del PCB. La heroica trayectoria del padre posiblemente influyó en la de Davizinho. David Capistrano da Costa fue un sargento de la Aeronáutica que participó en la Intentona Comunista, luchó en España en las brigadas internacionales contra el fascismo, combatió en la resistencia francesa contra el nazismo, siendo por ello considerado héroe de guerra por el gobierno francés. Fue preso, torturado y asesinado en las dependencias del Destacamento de Operaciones de Información Centro de Operaciones de Defensa Interna (DOI-CODI), según informe de la Comisión Especial sobre Muertos y Desaparecidos Políticos de la Secretaría Especial de los Derechos Humanos (Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos, 2007).

David Capistrano Filho siguió una trayectoria de luchas democráticas y se comprometió con el movimiento sanitario, habiendo participado en el Consejo Editorial de la revista *Saúde em Debate* y dejado contribuciones principalmente como gestor. Fue secretario municipal de Bauru y de Santos, donde desarrolló experiencias municipales pioneras en la reorganización de los servicios de salud. Como alcalde, también implementó políticas sociales en las áreas de Educación, Deporte y Vivienda, además de Salud (Melo, 2001).

Otros residentes de Campinas desarrollaron carreras como docentes e investigadores, como Elisabeth Moreira, quien fue a la ENSP y contribuyó a la creación de la línea de investigación en evaluación de programas de salud, coordinada por Zulmira de Araújo Hartz, egresada de la residencia en Medicina Preventiva y Social de la ENSP. José Augusto Cabral de Barros integró el primer núcleo del Departamento de Medicina Preventiva de la UFPE con trabajos en el área de políticas de salud. José Ruben, médico sanitarista de la Secretaría Estatal de Salud de São Paulo, formó parte del segundo consejo editorial de la revista *Saúde em Debate* (1977), y fue articulador por muchos años del Cebes. Dirigió su trayectoria hacia la gestión de servicios y políticas de asistencia farmacéutica. Además de los residentes, también participaron en las actividades del grupo liderado por Arouca estudiantes de la carrera de Medicina, como Francisco Viacava, quien sería docente, investigador y coordinador del Laboratorio de Información en Salud del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (Icict), Fiocruz.

Aunque la residencia en Medicina Preventiva de la FM-USP también se constituyó como espacio de formación y de creación de vínculos entre médicos que actuaron en la construcción de la salud colectiva, varios de

sus primeros integrantes provenían de residencias clínicas: de Cardiología (Moisés Goldbaum), de Enfermedades Infecciosas (Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves) y de Pediatría (Hillegonda Maria Dutilh Novaes). Algunos de los residentes ya habían establecido vínculos con los docentes del Departamento debido al apoyo de este a las luchas estudiantiles.

Estos espacios de residencia en Medicina Preventiva, Núcleos de Medicina Preventiva y el curso de Salud Pública facilitaron el encuentro entre fundadores y la oportunidad de un debate crítico sobre la situación de salud del país. El Cebes nació de un grupo de alumnos, exresidentes de Medicina Preventiva de Campinas y alumnos de la primera promoción del curso de especialización en Salud Pública dirigido a médicos, ofrecido por la Facultad de Salud Pública de la USP en articulación con la iniciativa de Walter Leser, entonces secretario de Salud de São Paulo, de reformar los servicios de salud creando la carrera de médico sanitaria, como se mencionó anteriormente. Formaban parte de las dos primeras promociones, entre otros, José Ruben de Alcântara Bonfim, David Capistrano Filho y José Augusto Cabral de Barros, quienes, junto con Arouca, Anamaria Tambellini y muchos otros, crearon el Cebes en 1976, y conformaron los primeros consejos editoriales de la revista *Saúde em Debate* y sus primeras directivas (Bonfim, 2005).

El movimiento sanitario y los espacios de su articulación

Durante la dictadura militar, surgió un movimiento por una Reforma Sanitaria Brasileña (Scorel, 1999; Paim, 2008), organizado, en su mayor parte, por los pioneros de la salud colectiva, tanto a partir de espacios de discusión y articulación clandestinos, como el PCB (Scorel, 1999) o el denominado Proyecto Andrómeda, como de asociaciones legales, como Cebes y Abrasco (Lima & Santana, 2006).

El Cebes, fundado en 1976, era un centro de estudios y debates, como indica su nombre, que publicaba la revista *Saúde em Debate*, principal medio de los artículos críticos a las políticas de salud, así como de las primeras producciones académicas del nuevo espacio. Aunque bajo la dirección del PCB, involucraba a otros grupos de izquierda, como la Acción Popular y el PCdoB, y a diversos militantes sin filiación partidaria. El Cebes tenía sede en São Paulo, pero también funcionaba como espacio de organización del movimiento sanitario mediante los núcleos que se crearon en varios estados de la Federación.

El Proyecto Andrómeda era una articulación clandestina de alrededor de 15 a 20 personas, en la que participaban principalmente médicos que ocupaban

cargos en organismos internacionales o en instituciones públicas federales, además de algunos miembros del PCB (Goulart, 1996). Posiblemente, fuera una forma de aglutinación en torno a objetivos relacionados con la reforma de los servicios de salud de profesionales que ocupaban puestos clave en algunas instituciones y que estaban, de cierta forma, fuera del ámbito universitario.

También participaban en el Proyecto Andrómeda: Arouca, Nelson Rodrigues dos Santos, Eleutério Rodrigues, Hésio Cordeiro, Mareio Almeida y Guilherme Rodrigues, entre otras 15 a 20 personas. Yo, Nelson, Arouca, gente que tenía un sentimiento etiquetado como de izquierda, más o menos en la línea de un socialismo democrático, pero que no podía expresarse públicamente. Todos ocupábamos cargos institucionales o posiciones institucionales [...], entonces, una forma de seguir discutiendo eso fue “mira, hagamos esto más o menos de manera subrepticia”, un poco en la “discreción”, y para ello creamos el Proyecto Andrómeda, una “asociación” informal para permitir comunicación, reuniones, etc. Como nadie tenía dinero, aprovechábamos los viajes oficiales, las reuniones oficiales, las oportunidades que nuestras funciones oficiales nos brindaban. No queríamos vender ideología, buscábamos crear un canal de discusión y promoción para la revisión de lo que era la salud en el país en esa época. (Carlyle Guerra Macedo, 13 de noviembre de 2008)

La articulación política entre los fundadores era, en ocasiones, denominada Partido Sanitario, debido a la diversidad de trayectorias políticas y filiaciones partidarias. La consigna de la Reforma Sanitaria surgió en una de esas reuniones, según relata Roberto Passos Nogueira:

El movimiento era el Cebes [...]. Bueno, primero, el Partido Comunista [...]. El Cebes como nuestras varias vinculaciones en términos de organizar eventos. Por ejemplo, simposios de salud en la Cámara [...] Aunque yo nunca fuera un exponente en el sentido del liderazgo político, estaba ahí con ellos. [...] me acuerdo cuando se definió como Reforma Sanitaria la consigna, y no cualquier otro nombre [...] fue al inicio de la Nueva República. Fue un asado aquí en la casa del ministro de Aeronáutica. Porque [...] su hijo estaba vinculado a la salud, hicimos ahí una reunión del Partido Sanitario y, entonces, la disyuntiva era continuar con el nombre de acciones integradas de salud o adoptar el nombre de Reforma Sanitaria, que venía de Italia. [...] me acuerdo muy bien de Arouca hablando en esa reunión [...] estaba Hésio, estaban varias figuras del movimiento sanitario. Se decidió ahí, mientras tomábamos nuestro chopito, comíamos una carnicita. Hoy, soy vegetariano... (Roberto Passos Nogueira, 13 de agosto de 2008)

Había una relación entre el Cebes, el PCB y el denominado Partido Sanitario que, para Fleury, se confundía con el propio Cebes.

En este sentido, la institucionalización del movimiento sanitario a través de la creación del Cebes, al lograr constituirse como un verdadero partido sanitario, fue capaz de organizar las diferentes visiones críticas del sistema de salud, definiendo un proyecto común y estrategias y tácticas de acción colectiva. El Cebes representó la posibilidad de una estructura institucional para el triángulo que caracterizó la reforma sanitaria brasileña... (Fleury, 1997, p. 26)

Aunque existía una gran vinculación entre los grupos académicos, también había lazos políticos, de amistad y afectivos, disposiciones similares que influían en el compartir de gustos:

Yo pienso que lo que más nos unía era la política. Salíamos del Cebes, la reunión del Cebes era en el centro de la ciudad, en el Sindicato de los Médicos, y después de eso íbamos todos al Amarelinho. Entonces, todas las reuniones terminaban con una gran confraternización; eso era algo muy bueno. Después, Arouca [...] ya iba directo al Amarelinho, [no iba] más a la reunión, se encontraba con nosotros solo después [...]. Esa conexión que teníamos era muy fuerte. Las personas se enamoraban unas de otras, había grandes afinidades ahí. El grupo era muy cercano, muy afectivo, existía mucha solidaridad entre esas personas también. Yo creo que la experiencia, la relación de esa reforma con el Partido Comunista, quiero destacarla con énfasis, porque creo que se resalta poco y pienso que la experiencia de solidaridad, de organicidad del partido, fue fundamental. Sin eso, esto no habría funcionado, porque era necesario saber hacer política, y el partido sabía cómo hacerlo. Entonces, creo que eso fue fundamental, creo que fue fundamental, por ejemplo, el papel de liderazgo de Arouca para congregarnos y la experiencia del partido para dar organicidad a todo eso. Ah... Las primeras reuniones del llamado Partido Sanitario, existía el Cebes, que era una cosa, estaba el propio Partido Comunista, que era otra, estaban los lugares donde trabajábamos, el PESES. Pero, además de eso, existía el movimiento, el Partido Sanitario, que tiene ese conjunto de reuniones que atravesó todas esas décadas. La primera reunión [del Partido Sanitario] fue en la casa de Arouca. Al día siguiente, fue en mi casa, porque no se podía hacer dos días en el mismo lugar. Por si la policía [aparecía]. [...] las personas entraban de a quince minutos. Tardaba horas en empezar la reunión, porque no se podía llegar todos juntos. Esa primera reunión fue convocada por Arouca con el propósito de discutir

qué íbamos a hacer, teniendo en cuenta que la dictadura estaba endureciendo [el cerco] [...]. Y trazamos una estrategia según la cual, a las personas que perdieran sus empleos, íbamos a mantenerlas en Brasil con consultorías.
(Sonia Maria Fleury Teixeira, 25 de marzo de 2009)

El movimiento sanitario organizado por esas asociaciones reunió liderazgos estudiantiles, médicos y sindicales en torno a un debate crítico sobre la situación de salud del país, la inadecuación de los servicios de salud y sus relaciones con la situación política de restricción a las libertades democráticas. La sistematización de las primeras propuestas relacionadas con la organización de un sistema único de salud se presentó en un documento redactado por investigadores del Instituto de Medicina Social de la UERJ (Hésio Cordeiro, José Luis Fiori y Reinaldo Guimarães). Ese documento, titulado *La cuestión democrática en el área de la salud*, fue presentado por la dirección nacional del Cebes durante el I Simposio sobre Política Nacional de Salud de la Cámara Federal, realizado en 1979, y fue aprobado como documento base para las conclusiones finales del encuentro (Cordeiro, 2004; *La cuestión...*, 1980). Posteriormente, se transformó en referencia para los desarrollos que culminaron con la realización, en 1985, de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud, en la cual se reunieron 5 mil delegados de diversos sectores sociales en torno a la discusión de las directrices y principios para una Reforma Sanitaria. Con la transición democrática y el gobierno de la Nueva República de José Sarney (1985-1989), se convocó una Asamblea Nacional Constituyente, en la cual el capítulo sobre salud incorporó las principales tesis aprobadas en la 8.^a Conferencia Nacional de Salud, y fue el producto del amplio arco de alianzas que se había construido en el proceso anterior (Paim, 2003).

Tanto las primeras ideas sobre la Reforma Sanitaria como sobre la creación de Abrasco surgieron dentro de esos espacios. Aunque los años del gobierno del general Ernesto Geisel (1974-1979), todavía durante la dictadura militar, se caracterizaron por una “distensión” política, entre 1976, año de la creación de Cebes, y 1979, año de la creación de Abrasco y también año de la amnistía, la dictadura militar no solo restringía considerablemente la actuación política legal, sino que aún ocurrían asesinatos políticos, como el del periodista Vladimir Herzog, en 1975, y la masacre de Lapa en 1976¹ (Monteiro, 2011). Esa coyuntura imponía, por tanto, la búsqueda de espacios clandestinos, así como el aprovechamiento de las asociaciones legales para el

1. Referencia al asesinato de Pedro Pomar, Angelo Arroyo y João Baptista Drummond, miembros del Comité Central del PCdoB en 1976.

desarrollo de la lucha política. En ese momento, el objetivo que unía a todas las corrientes de izquierda e incluso de centro y de centroizquierda era la democratización del país. La articulación entre esa lucha y la Reforma Sanitaria quedó consagrada después en los *lemas* “salud es democracia” y “democracia es salud”. Para Arouca, Cebes sería una institución necesaria para actuar dentro de la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC)², discutiendo las cuestiones políticas de la salud. Fue una de las principales entidades articuladoras del movimiento sanitario, que reunió a estudiantes, médicos residentes, oposición sindical médica, liderazgos sindicales y populares en torno a la formulación de un proyecto de Reforma Sanitaria para el país. Por su parte, Abrasco, aunque también participó en los eventos políticos que dieron lugar a la formulación del proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña y a la redacción del capítulo sobre salud de la Constitución de 1988, desempeñó, en esos primeros años, un papel de reunión y articulación de los programas de posgrado, espacios privilegiados de producción de conocimiento, pero también de formación de “cuadros estratégicos” (Escorel, 1999).

Otros espacios de creación del movimiento sanitario: las experiencias municipales y las instituciones gubernamentales

El espacio de la salud colectiva se constituyó así principalmente en el ámbito científico, pero con una gran intersección con los campos político y burocrático. Durante los años setenta, especialmente en los municipios donde existía una relativa libertad de actuación derivada de la progresiva ocupación de espacios de gobierno por los partidos de oposición, se desarrollaron algunas experiencias de organización de los servicios de salud en los cuales egresados de los programas de residencia en Medicina Preventiva y Social y de los cursos de Salud Pública fueron a trabajar. Las trayectorias de Nelson Rodrigues dos Santos y David Capistrano Filho son ilustrativas de este proceso. El primero fue secretario municipal en Campinas y articulador de una entidad que desempeñaría un papel importante en la implementación del SUS, el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). David Capistrano coordinó, como secretario municipal de

2. La SBPC es una sociedad científica que agrupa a investigadores de diversas áreas del conocimiento. Durante el período de la dictadura militar (1964-1984), fue uno de los pocos lugares donde era posible un debate crítico sobre la situación política del país. El movimiento sanitario participó en los congresos a través de Cebes y de Abrasco.

Salud de Bauru y de Santos, algunas de las iniciativas innovadoras en municipios en el período anterior a la Constitución de 1988. Aunque estos agentes desempeñaron un papel importante en el espacio del movimiento sanitario, no todos invirtieron en la creación del espacio de la salud colectiva.

Cabe destacar las diversas otras experiencias municipales de organización y reorganización local de los servicios de salud que funcionaron como pilotos de lo que posteriormente sería el SUS, así como se constituyeron en espacios de aglutinación, inserción profesional y debate para personas con formaciones diferenciadas, entre las cuales varios sanitaristas que contribuyeron con el movimiento sanitario y con la construcción del espacio de la salud colectiva. El Proyecto Montes Claros, ciudad del interior de Minas Gerais, fue considerado como un “laboratorio de la democratización de la salud” (Teixeira, 1995, p. 14), y contó con recursos significativos de la USAID y de la Sudene para la implantación, a partir del año 1975, de una red de 40 puestos de salud, así como el reclutamiento y capacitación de 625 agentes de salud. Bajo la coordinación técnica de Francisco de Assis Machado, el Proyecto Montes Claros sirvió de base para la concepción del Piass, considerado como la mayor experiencia de extensión de servicios de Medicina simplificada en escala nacional (Santos, 1995). Una evaluación de la descentralización de la gestión de la salud en nueve municipios: Cachoeira do Macacu, Camaçari, Maceió, Arapiraca, Uberlândia, Cambé, Penápolis, Cotia, Ronda.

Alta y Brasília Teimosa, considerados como casos ejemplares de reorganización de los sistemas locales de salud, entre 1986 y 1988, fueron realizados por Almeida (1989) con financiamiento de la OPS. También en Piracicaba, Niterói y Londrina existían iniciativas municipales en el área de la salud consideradas como innovadoras. Júlio Strubing Müller Neto, médico, hijo de abogado, natural de Mato Grosso, articuló una trayectoria política con una opción inicial por el trabajo en Salud Mental con comunidades terapéuticas. Debido a la persecución de la dictadura, se vio forzado a exiliarse en Argentina y Venezuela. Cuando regresó a Brasil con la amnistía en 1979, visitó varios municipios en busca de trabajo:

Volví a Río. Fui a varios lugares: Campinas, Piracicaba, para ver las posibilidades de trabajo. Fui a Niterói también, que tenía una experiencia interesante. Son los municipios que dieron inicio al movimiento municipalista. Esta experiencia de Campinas, de Niterói y de Londrina, más o menos en esa época, estaba comenzando, en 1978, 1979. En esos tres años, construimos un Sistema de Salud de Cuiabá. Construí 25 centros de salud en tres años, cuatro policlínicas, Centro de Control de Zoonosis. Creamos los cuatro distritos sanitarios, construimos una policlínica, un poco inspirada en ese modelo

cubano de policlínica, una en cada distrito sanitario. Plantamos programas importantes, programas de agentes comunitarios de salud en la zona rural, los implantamos allí. (Júlio Strubing Müller Neto, 16 de noviembre de 2008)

Aún existían grupos informales que se organizaron dentro de instituciones públicas y organismos internacionales en torno a proyectos, como el Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS), que se constituyó en un espacio privilegiado para la creación de Abrasco, a ejemplo del equipo bajo la coordinación de Carlyle Guerra Macedo, en la OPS.

...la experiencia de la OPS fue fantástica [...] por la coyuntura del inicio del movimiento sanitario, de nuestra participación, un grupo muy [...] diferenciado. Con buenas discusiones de las excelentes cuestiones que se tenían en la época. Entonces, parecía un regalo de los dioses el estar allí. [...] El grupo era: Carlyle, como coordinador, Alberto Pellegrini, César Vieira, Isabel Santos, Danilo García, que era de São Paulo, Paranaguá también, desde la década de 1980; él entró junto conmigo. (Roberto Passos Nogueira, 13 de noviembre de 2008)

Las relaciones entre los fundadores

Las relaciones entre los fundadores eran profesionales, políticas, de amistad y familiares, pero también establecidas durante los años de los cursos secundarios y la facultad, lo que implicaba un cierto capital social. Es prácticamente imposible establecer la infinita trama de relaciones interpersonales que resultó en la construcción del campo. A continuación, solo algunos ejemplos, a modo de ilustración. Arouca fue profesor de diversos médicos que contribuirían con la constitución de la salud colectiva, como Marília Bernardes Marques y Francisco Viacava, conocido como Chico, quien llegaría a ser coordinador e investigador del Centro de Información Científica y Tecnológica (CITC)/Fiocruz junto a Claudia Maria de Rezende Travassos, cuyo orientador de maestría había sido Hésio Cordeiro. Chico Viacava fue compañero de facultad de Marília Marques y, en reuniones sociales, la acompañaba con la guitarra, cantando Noel Rosa, junto con Arouca. En una de las noches en Campinas, Marília Marques conoció a Cristina Possas, psicóloga que formó parte de la primera Comisión de Ciencias Sociales de Abrasco (Marques, 2007).

Guilherme fue profesor de Euclides Castilho y Sebastião Loureiro. Este, a finales de la década de 1970, invitó a Jairnilson Paim, quien aglutinaría a diversos alumnos y docentes en el proceso de ruptura con Rockefeller y la creación de la salud colectiva, para trabajar en su investigación. También invitó a Maria do Carmo Leal para ser monitorea de Medicina Preventiva. Además de Maria do Carmo, fueron monitores del Departamento varios estudiantes que posteriormente desarrollarían trayectorias relacionadas con la constitución de la salud colectiva, como Raimundo Araújo dos Santos, apodado Caniço, y Mauricio Barreto. Caniço supervisaba el trabajo de campo en la UFBA de Maria do Carmo Leal y, posteriormente, se reencontraron en la ENSP, cuando Caniço la invitó a participar en la evaluación de los departamentos de Medicina Preventiva, proyecto desarrollado en el interior del PESES. Anteriormente, él había trabajado con Arouca en Campinas, habiendo salido de allí en 1975/1976, junto con el grupo de Arouca, para trabajar en la ENSP.

Maria do Carmo fue compañera de clase de Naomar Monteiro de Almeida Filho y de Renilson Rehem. Naomar fue un investigador que desarrolló trabajos innovadores sobre el concepto de salud y la Epidemiología Social. Renilson actuó en el espacio técnico-burocrático, habiendo ocupado diversos cargos de dirección en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS) y en el Ministerio de Salud. José Carvalho de Noronha, quien llegaría a ser presidente de Abrasco (2000-2003) y secretario de Salud de Río de Janeiro (1988-1990), fue compañero de clase de David Capistrano Filho y compañero de militancia política de Júlio Müller en la Facultad de Medicina.

Esta red de relaciones que puede ser localizada en los diversos espacios de constitución de la salud colectiva creó una estructura que iba más allá de las relaciones interpersonales en el sentido de Elias (1994). Materializa la construcción de la estructura del espacio social no solo como campo de fuerzas o como campo de luchas, sino también como un universo de relaciones interpersonales de amistad, de solidaridad y de complicidades.

La creación de Abrasco y la invención de la salud colectiva

El proceso de creación de Abrasco involucró tres encuentros sucesivos. En 1978, se realizaron dos reuniones: una en Salvador y otra en Ribeirão Preto, y en 1979, se llevó a cabo una tercera, en Brasilia, donde la entidad fue formalmente fundada (Lima & Santana, 2006). En los tres encuentros, la creación de la asociación no formaba parte de la agenda oficial, sino de una agenda paralela. Aunque la expresión “salud colectiva” ya existía, fue formalizada

como denominación del nuevo espacio en construcción durante la preparación del I Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Colectiva, en Salvador, Bahía. Esta formulación ya había sido utilizada 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 (Brasil, 1968). También estaba en el manual del Curso Experimental de la USP, en 1971, y en un artículo de Rodrigues da Silva de 1973 (Silva, 1973). Solo a partir de la creación de Abrasco fue que se construyó teóricamente como concepto orientado a designar un campo y un proyecto transformador de saberes y prácticas.

El seminario realizado en Salvador, en 1978, fue organizado como parte de la estrategia para la reformulación de la Maestría en Salud Comunitaria de la FM-UFBA, creado en 1973, con financiamiento de la Fundación Rockefeller, que cubría el 50% de los costos operacionales de la maestría (Rac, 1976). El programa de estudios de la Maestría en Salud Comunitaria tenía, inicialmente, orientación preventivista estadounidense. Sin embargo, a partir de 1976, con la coordinación de Sebastião Loureiro, comenzó una discusión crítica sobre las cuestiones de la salud. Sebastião invitó a Jairnilson Paim para coordinar la pasantía de Salud Comunitaria, creada por la Fundación Rockefeller en el Nordeste de Amaralina.

Jairnilson Paim, entonces, hizo una modificación en el contenido de esa pasantía y organizó seminarios críticos en los que se discutían las relaciones entre salud y sociedad. Para esos seminarios, se inspiró en un texto de Juan César García sobre integración enseñanza-servicio, realizado para Xochimilco; allí, se llevaban a cabo discusiones sobre urbanización, sobre migraciones, sobre el sistema nacional de salud. Paralelamente a este cambio, Sebastião Loureiro organizó un conjunto de seminarios a los cuales fueron invitados docentes que, en ese momento, estaban a la vanguardia de la medicina social, como Cecília Donnangelo, Madel Luz, Roberto Passos Nogueira, Reinaldo Guimarães. En ese mismo año, el programa de salud mental coordinado por Luiz Umberto Pinheiro trajo a Guilherme Rodrigues da Silva para debatir sobre Psiquiatría Comunitaria y Medicina Comunitaria. Fue en ese encuentro que el grupo tuvo contacto con la segunda tesis de Donnangelo. En una entrevista, Jairnilson Paim recuerda que: *“Entonces, todas aquellas personas que estaban enseñando o haciendo el curso de maestría en el Instituto de Medicina Social de la UERJ. Y en 1976, Asa Cristina Laurell nos visitó. También Michel Foucault estuvo aquí”*.

Los encuentros patrocinados por la OPS bajo la dirección de Juan César García, que discutían nuevos marcos referenciales para los programas de posgrado en Medicina Preventiva y Social, influyeron en la revisión del

marco referencial de la Maestría en Salud Comunitaria de la UFBA (Paim, 2003) (Anexo A). El seminario de 1978 fue un resultado de ese proceso. Cuando se discutió el nombre del encuentro, los términos “salud pública” y “medicina preventiva” fueron excluidos debido a las críticas teóricas que se hacían a partir de las tesis de Arouca y Donnangelo. El nombre de “medicina social”, que correspondía al proyecto transformador del grupo contrahegemónico (algunos profesores y alumnos), fue vetado por el colegiado. Se propuso entonces el término “salud colectiva” como expresión sustantiva, lo cual obtuvo consenso en esa reunión³. De esta forma, el seminario pasó a ser denominado I Encuentro Nacional de Posgrado en Salud Colectiva. Se redactó entonces un borrador preliminar del estatuto y del reglamento de Abrasco⁴.

En el mismo año, se realizó en Ribeirão Preto, del 18 al 20 de diciembre de 1978, una reunión sobre investigación aplicada a servicios de salud en la sede del Departamento de Medicina Social de la FMRP/USP como actividad preparatoria para la Conferencia de Escuelas de Salud Pública, ambas patrocinadas por la OPS-OMS con la colaboración de la Asociación Latinoamericana de Salud Pública (ALAESP). En esa reunión, también hubo una discusión sobre la creación de Abrasco. En abril de 1979, se realizó una reunión en el Hotel OK, en Río de Janeiro, ya con un borrador para el estatuto de Abrasco.

Cuando se realizó en Brasilia, en 1979, la reunión del PPREPS, coordinada por Carlyle Guerra Macedo, la propuesta ya había madurado bastante. Fueron invitados grupos de las universidades y de las instituciones públicas de salud porque una de las propuestas del PPREPS era la integración docente-asistencial. Para la mayoría de los participantes, la propuesta de creación de la entidad fue una sorpresa. Durante esa reunión, se reprodujo la misma discusión acerca del nombre:

El primer problema era qué nombre darle a esa asociación. “Higiene” no podía ser, porque ya existía una Sociedad Brasileña de Higiene, y el término era muy limitativo. “Salud pública”, en ese momento, tenía una connotación muy limitada, era casi, era una extensión de “higiene”... (Carlyle Guerra Macedo, 13 de noviembre de 2008)

Algunas personas participaron de forma casual, aunque tenían las disposiciones adecuadas para valorar y contribuir con el proceso. Una de ellas fue José Paranaguá de Santana, un médico que, en esa época, trabajaba como

3. Jairnilson Paim, 25 de agosto de 2008.

4. Jairnilson Paim, 28 de agosto de 2008.

consultor junto al PPREPS. Así, ayudó a Carlyle Guerra Macedo en la organización de la reunión de creación de Abrasco.

Entonces, se demoró mi contrato y Carlyle me contrató por productos específicos: “ahora vas a quedarte dedicado a apoyarme aquí en la organización de una reunión de [...] integración enseñanza-servicio en Salud Pública [...]”. Así, fui una especie de secretario de Carlyle para organizar esa reunión, que fue convocada y realizada por la OPS y por el PPREPS, aquí en el auditorio de la OPS. Así, fui una especie de protagonista inocente o ingenuo de la creación de la famosa Abrasco. (José Paranaguá de Santana, 11 de noviembre de 2008)

Las instituciones que participaron de esos primeros seminarios fueron: la ENSP, la Facultad de Salud Pública de la USP, los Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA, de Ribeirão Preto, de la USP y el Instituto de Medicina Social de la UERJ. Para el seminario de Brasília, denominado Reunión sobre Formación y Utilización de Personal de Nivel Superior en el área de salud pública, organizado por la representación de la OPS en Brasil, fueron invitados todos los departamentos y núcleos que trabajaban con medicina preventiva o salud pública. En esa reunión, coordinada por Carlyle Guerra Macedo, se formalizó la creación de Abrasco y se eligió una directiva provisoria con el objetivo de legalizar la entidad y promover, en el plazo de un año, la elección de la primera directiva. Esa directiva provisoria estuvo compuesta por Frederico Adolfo Simões Barbosa, Ernani Braga y Guilherme Rodrigues da Silva. En el año 1981, se eligió la primera directiva de Abrasco, presidida por Benedictus Philadelpho de Siqueira, con Jairnilson Paim y Ernani Braga como vicepresidentes y Paulo Buss como secretario ejecutivo.

Tanto Frederico Simões Barbosa⁵, nombrado presidente con fines de constitución de la entidad, como Benedictus Philadelpho de Siqueira⁶, presidente de la primera directiva electa, eran médicos e investigadores reconocidos a nivel nacional, con alto capital científico y muy representativos en el medio académico, pero no necesariamente compartían el debate sobre la constitución de un campo nuevo del conocimiento ni de un proyecto de medicina social. Eran, sin embargo, personas progresistas, de izquierda católica o de centro-izquierda, con ideales democráticos y que apoyaban las propuestas del grupo de los jóvenes fundadores. También la incorporación de Ernani Braga, médico sanitarista de la Fundación SESP, entonces director de la ENSP, aumentó la representatividad de Abrasco en su creación. La composición de la primera directiva de Abrasco, de esa forma, tenía un amplio espectro político necesario para viabilizar legalmente una entidad, todavía en el período autoritario. El nombre “salud colectiva” no surgió de un proceso de construcción teórica, sino como un sustantivo relativamente neutro en relación con el significado que los términos “medicina social”, “salud pública”, “higiene” y “medicina preventiva” asumían en aquel momento. También permitía la construcción de un espacio social no exclusivamente médico.

5. Frederico Simões Barbosa estudió con Samuel Pessoa e hizo una maestría en Salud Pública en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Tenía “dos centenas de publicaciones” que trataban temas relacionados con la protozoología, entomología y micología médica, y dio nombre a una especie, *Culicoides barbosai*. A partir del año 1950, se dedicó en particular al estudio de la esquistosomiasis, endemia de gran importancia para la salud de la región, y realizó estudios sobre aspectos básicos de la taxonomía, biología y ecología; una nueva especie de Trematoda (*Echinostoma barbosai*) fue creada en su homenaje. A partir de la década de 1960, empezó a interesarse por los aspectos sociales de la esquistosomiasis y orientó sus investigaciones hacia el área de la medicina preventiva, y se inclinó de forma definitiva hacia el campo de la Salud Colectiva (Coimbra, 1997).

6. Benedictus Philadelpho de Siqueira era profesor titular de uno de los mayores departamentos de Medicina Preventiva de Brasil: el de la UFMG (Siqueira, 2013).



Capítulo 4

La arquitectura y la dinámica del espacio: cuestiones en juego, disposiciones, posiciones y tomas de posición

La estructuración del espacio y Abrasco

Tres subespacios se constituyeron desde el origen, relacionados no solo con las trayectorias y con las disposiciones de los agentes fundadores, sino también con la estructura del espacio de los posibles dada por la medicina preventiva, por la salud pública institucionalizada y por el campo de las ciencias humanas y sociales. Así, lo que llegaría a consolidarse como tres grandes áreas de concentración —epidemiología, política, planificación y gestión, y ciencias sociales en salud— fue objeto de las discusiones de los fundadores durante los primeros seminarios y encuentros organizados por Abrasco, poco después de su creación, en 1981, 1983 y 1984 (Abrasco, 1982, 1983, 1984, 1986) (Cuadro 3). Además de esos encuentros, también se realizó la I Reunión Nacional sobre Enseñanza e Investigación en Salud Ocupacional, en Campos de Jordão, en agosto de 1983, considerada como uno de los “... grandes campos del conocimiento del área de salud colectiva” (Buss, 1984, p. 7), junto con la epidemiología, la administración y planificación en salud y las ciencias sociales en salud. De esas cuatro áreas iniciales, solo la salud ocupacional no se consolidó, en el período siguiente, como área de concentración constitutiva de la salud colectiva, aunque se fortaleció como espacio temático específico de investigación, de formación de recursos humanos y de intervención. Considerado como campo de la salud del trabajador en el sentido de campo científico y campo de prácticas, ese es un espacio social que reconoce de forma explícita sus vínculos con la medicina social latinoamericana, y se

diferencia de la medicina del trabajo y de la salud ocupacional (Lacaz, 1997; Minayo-Gomez & Lacaz, 2005; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997).

Esos primeros encuentros reunieron a buena parte de los 47 cursos de posgrado del área de la salud colectiva entonces existentes, que incluían 22 residencias, 15 cursos de Salud Pública, 6 maestrías y 4 doctorados (Buss, 1982). El mayor énfasis estaba en la enseñanza más que en la investigación, tanto que los primeros eventos organizados fueron un curso sobre la enseñanza de la Salud Pública y el I Foro Nacional de Residencia en Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública (Abrasco, 1982). Le siguieron cuatro reuniones sobre la enseñanza de la Epidemiología, de la Administración y Planificación en Salud, de las Ciencias Sociales en Salud y de la Salud Ocupacional entre 1981 y 1984, además de encuentros entre docentes de los departamentos de Medicina Preventiva y Social y de los programas de maestría y doctorado, en un total de 14 reuniones (Abrasco, 1982, 1983, 1984, 1986; Santana, 1982) (Cuadro 3). Esa división, temática solo en apariencia, iba a orientar el desarrollo posterior de la estructura de la salud colectiva. Se reproducía en la malla disciplinar de los cursos básicos de Salud Pública ofrecidos por la ENSP (Uchoa & Paim, 1982) y la Facultad de Salud Pública de la USP (Abrasco, 1982, 1983), así como en los programas de residencia en Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública (Buss, 1982).

En algunos grupos de trabajo del curso sobre la enseñanza de la Salud Pública, estaba en la agenda la discusión sobre la constitución de un nuevo campo de conocimiento, aunque todavía con denominaciones diversas. Ese propósito se encuentra explícito en el informe del Grupo de Trabajo I de aquella reunión promovida por Abrasco entre el 13 y el 28 de julio de 1981:

Después de algunas intervenciones iniciales sobre las residencias de Medicina Social, Preventiva y los cursos de Salud Pública, se identificó que, a pesar de la aparente heterogeneidad de propuestas, métodos y contenidos, se está constituyendo un campo de conocimiento y práctica común a las diversas modalidades de formación. (Abrasco, 1982, p. 79)

En los informes finales y textos evaluativos o analíticos escritos sobre esos cursos, que eran ofrecidos por los 33 departamentos de Medicina Preventiva y Social de escuelas médicas, además de las dos escuelas de Salud Pública existentes (Magaldi & Cordeiro, 1983), queda clara la coexistencia entre los contenidos y prácticas de la salud pública y la medicina preventiva preexistentes y el trabajo de construcción social del nuevo espacio. Tres de esas publicaciones fueron financiadas parcialmente por Kellogg y la cuarta por la

OPS, INAMPS y Fiocruz. Son documentos que contienen textos de fundadores sobre la salud colectiva (Donnangelo, 1983; Magaldi & Cordeiro, 1983; Paim, 1982) en los cuales se discuten algunas proposiciones relacionadas con la naturaleza de la ruptura. En los informes de algunos grupos de trabajo, aunque titulados como la enseñanza de la Salud Pública, la construcción teórica sobre la salud colectiva ya aparece incorporada, como se puede ver en el extracto:

El proyecto de la “salud colectiva” es un proyecto reformista, en la medida en que busca racionalizar y ampliar la cobertura de los servicios de salud. Al mismo tiempo, sin embargo, expresa las demandas implícitas o explícitas de las clases subalternas, ya que toma como referencia los intereses y aspiraciones de la población y tiene como horizonte un proceso de transformación social que contribuya a la superación de las desigualdades económicas, políticas, sociales y sanitarias. Se trata, sin embargo, de un proyecto dominado y no hegemónico... (Abrasco, 1982, p. 80)

El término “salud colectiva” se usa todavía a veces como sustantivo y otras veces como sinónimo de medicina social, como en la frase siguiente, en la cual Paulo Buss, entonces secretario ejecutivo de Abrasco, y Carlos Linger, representante del Núcleo de Tecnología Educacional en Salud del Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (Nutes-Clates), presentan el primer volumen, destacando que el texto “...discute finalmente la formación de especialistas en salud colectiva y realiza consideraciones sobre el objeto y la práctica de la medicina social...” (Buss & Linger, 1982, pp. 3-4). Pero también aparece ya la formulación clara del sentido de la ruptura operada por la salud colectiva en el informe de uno de los grupos de trabajo:

...En el entendimiento del grupo, se trata de un nuevo proyecto que surge tras la superación histórica del proyecto de salud pública y de medicina social/preventiva. Su originalidad se expresa a través de un nuevo concepto, el de ‘salud colectiva’. No se trata de un concepto yuxtapuesto a los de salud pública, medicina social, etc., sino de un concepto, aunque poco riguroso, que evoca una nueva forma de pensar la problemática de salud y un nuevo proyecto de intervención. (Abrasco, 1982, p. 79)

Una de las cuestiones analizadas en los primeros encuentros de los programas de posgrado en Salud Colectiva fue la importancia de la formulación

de un marco conceptual aplicado a la enseñanza médica. El objeto de la salud colectiva poseía una especificidad relacionada con esta articulación entre lo biológico y lo social. La interdisciplinariedad de este objeto implicaba una integración en el plano del conocimiento, no la simple yuxtaposición de profesiones diferentes. La enseñanza debía ser crítica frente a los movimientos ideológicos de reforma de la enseñanza médica y de la organización de los servicios de salud, tales como la medicina preventiva, la medicina integral y la comunitaria. En ese texto, la propia medicina social y la Reforma Sanitaria figuraban como proyectos objeto de crítica permanente. Se destacaba además que el proceso enseñanza-aprendizaje podía ser lugar de cambio o de conservación y que debía ser dialógico y centrado en el educando. La concepción de práctica en salud colectiva involucraba no solo prácticas técnicas, sino también teóricas y políticas, como dimensiones de las prácticas sociales, lo que implicaba la participación social y la articulación de la salud colectiva con las fuerzas sociales más amplias de la sociedad, orientadas a la mejora de las condiciones de vida (Anexo A) (Abrasco, 1982).

La formación en salud colectiva: teoría, práctica e investigación

La formación en salud colectiva, en sus comienzos, fue fundamentalmente de posgrado. Se realizaba en los cursos de especialización en Salud Pública, en las residencias de Medicina Preventiva y Social y en los programas de posgrado. Estos cursos contribuyeron a la formación tanto de docentes como de gestores en los diversos niveles del sistema de salud. Los primeros cursos de residencia médica, ofrecidos por 13 escuelas médicas, formaron 182 especialistas entre 1962 y 1977, según un balance realizado con motivo de la I Reunión Nacional de Docentes de Medicina Preventiva. (Santana, 1982) La mayoría de los egresados de estos cursos se destinó a la salud pública (41,8%) y, en segundo lugar, a la docencia (25,8%). La designación de ese destino de los egresados como salud pública probablemente se relaciona con su inserción en los servicios públicos de salud, teniendo en cuenta que las otras opciones eran “clínica privada” y “otros organismos públicos” (Santana, 1982, p. 71).

A partir de 1980, el INAMPS creó, junto con la ENSP-Fiocruz, el Programa de Apoyo a la Residencia en Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública INAMPS (PAR-MS/MP/SP), que amplió el número de plazas, de programas y extendió el curso a varias profesiones de salud no médicas, como enfermeros, odontólogos, nutricionistas, asistentes sociales y farmacéuticos (Buss, 1982; Santana, 1982). En el primer año de funcionamiento del PAR,

integraron el programa las residencias en Medicina Preventiva, Medicina Social y Salud Pública pertenecientes a las siguientes instituciones en diversos estados de la federación: Paraíba (UFPB), Bahía (Departamento de Medicina Preventiva de la UFBA), Maranhão (UFM/INAMPS), Río de Janeiro (UERJ, ENSP, Petrópolis), Minas Gerais (UFMG), São Paulo (Santa Casa), Ceará (UFC/INAMPS), Río Grande del Sur (SSMARCS) (Santana, 1982).

El análisis de los egresados de los cursos regionalizados de Salud Pública, ofrecidos por la ENSP en cooperación con departamentos de Medicina Preventiva y con las SES, reveló que la mayoría eran médicos (37%), seguidos de cerca por enfermeros (28%) y, en menor proporción, por odontólogos (10%) y asistentes sociales (9%). El vínculo laboral de estos alumnos era en un 60% con las SES, habiéndose formado, entre 1975 y 1980, 1.643 profesionales en los cursos descentralizados de la ENSP (Uchoa & Paim, 1982) y 1.012 en la Facultad de Salud Pública de la USP entre 1985 y 1994 (Vasconcellos & Narvai, 1997).

De este modo, tanto las residencias en Medicina Preventiva y Social como los cursos de especialización en Salud Pública contribuyeron a crear las condiciones para la constitución del espacio de la salud colectiva. Abrasco reunió a los docentes de estos cursos, quienes, conscientes de la creación de este nuevo campo, revisaron con profundidad sus prácticas docentes a la luz del proyecto de la salud colectiva. Las modificaciones respecto al contenido programático discutidas durante los primeros seminarios se relacionaban con la introducción de la enseñanza de las Ciencias Sociales en Salud y de la Planificación, con cuestiones metodológicas, así como con problemas que involucraban la articulación entre la enseñanza y la práctica. Estas modificaciones no contaron con un amplio consenso, pues hubo resistencias tanto por parte del "...sistema formador de los recursos humanos como del sistema usuario..." (Abrasco, 1982, p. 82).

El propósito de crear un campo de saberes y prácticas aparece tanto en los textos teóricos que sirvieron de fundamento para las discusiones en los encuentros como en los debates y cuestiones destacadas en los informes. Un punto polémico muy revelador de las posturas tomadas se relacionaba con el debate sobre el contenido y la práctica de las residencias en Medicina Preventiva y Social, por un lado, y General y Comunitaria, por otro. Entre la exclusividad médica o su carácter multiprofesional; entre la dominancia de la Clínica o de la Epidemiología, Planificación y Ciencias Sociales. Tanto el INAMPS (PAR-MS/MP/SP), que introdujo las residencias multiprofesionales, como la Resolución N° 16/81 de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), que delimitó claramente el contenido programático mínimo, incluían disciplinas consideradas nucleares para la salud colectiva, como Epidemiología, Administración y Planificación, Educación en Salud y Desarrollo

de Recursos Humanos, Salud Ocupacional y Ambiental, y Ciencias Sociales. Además de estas disciplinas, las residencias debían incluir la prestación de servicios básicos de salud y la investigación en Salud Colectiva (Comisión Nacional de Residencia Médica, 1981). Según una encuesta realizada entre 14 de los 22 programas del área, en 1983, se identificaron dos tendencias: la primera, representada por los programas de residencia en Medicina General y Comunitaria, que, orientados por la Resolución N° 07/80 de la CNRM, tenían por objetivo formar un médico general, con énfasis en el conocimiento clínico. La segunda tendencia estaba representada por los programas de Medicina Preventiva y Social, orientados por la Resolución N° 16/81. Estos últimos programas eran los que más se acercaban a lo que se estaba construyendo como objeto y práctica de la salud colectiva en ese momento histórico (Campos & Girardi, 1984).

Otro aspecto que contribuía a la delimitación de la especificidad de la formación en salud colectiva era la definición de que la enseñanza de las medidas profilácticas debía ser responsabilidad de todos los departamentos de las escuelas médicas, correspondiendo a los departamentos de Medicina Preventiva la enseñanza de la Epidemiología, Planificación y Ciencias Sociales. Esta decisión fue considerada como una *ruptura* con el documento de la OPS (Abrasco, 1984, p. 176).

También la relación entre los cursos de formación y los servicios de salud era objeto de discusión y controversias, particularmente en los seminarios realizados en 1983, bajo la égida del plan del Consejo Nacional de la Administración Previsional (Conasp)¹. La oposición entre teoría, técnica y práctica aparecía en diversos informes.

La investigación, según el balance realizado por la propia Donnangelo por encargo de Abrasco², con el propósito de delimitar el campo, era fundamentalmente producto de las tesis de maestría y doctorado de los programas de posgrado del eje Río-Sao Paulo. Este hecho ilustra la predominancia de docentes e investigadores, al inicio de sus carreras, en el momento de la constitución del espacio. Eran estudios que podrían agruparse como de Epidemiología Social, es decir, que estudiaban la distribución de enfermedades y su relación con fenómenos sociales, como la urbanización de endemias rurales

1. El Plan de Reorientación de la Asistencia a la Salud en el ámbito de la Seguridad Social (Plan Conasp-1982) fue un plan racionalizador orientado a la contención de gastos, aunque contenía en su interior algunas proposiciones dirigidas a la reorganización de los servicios de salud.

2. Consta en el informe final del II Encuentro Nacional de Maestrías y Doctorados en el Área de Salud Colectiva que este texto es consecuencia de las recomendaciones de dicho encuentro (Abrasco, 1983, p. 141).

(Barreto, 1982; Goldbaum, 1976), así como las relaciones entre indicadores de salud y variables económicas y sociales (Paim, 1975) y las diferencias sociales en la alimentación (Canesqui, 1979); y otros, que, apoyados principalmente en el marxismo, pero también en otras corrientes, investigaban aspectos históricos o actuales de las políticas de salud o de la organización de los servicios de salud en el país (Braga, 1978; Cordeiro, 1984; Donnangelo, 1983; Luz, 1978; Teixeira, 1976), entre muchos otros.

El gusto por la clínica: los herederos que rechazan la herencia

El espacio de la salud colectiva fue construido, entre otros, por médicos directamente involucrados con la creación de los primeros departamentos de Medicina Preventiva, con Abrasco y con Cebes, que iniciaron sus carreras como clínicos, en residencias de Medicina Tropical, de Pediatría, de Clínica Médica o de Psiquiatría, entre las más citadas, o incluso en maestrías en Medicina Interna. En testimonio, Sebastião Loureiro señala que “...*me gustaba mucho la clínica también, mi internado lo hice en clínica...*”. Diversos otros testimonios también van en esa dirección:

...yo pretendía hacer clínica, tanto que trabajé como interno de Clínica Médica [con] un gran profesor ya fallecido en Bahía, César de Araújo, [...] especializado en enfermedades respiratorias; en tuberculosis, particularmente. (Guilherme Rodrigues da Silva)

...yo era clínico [...]. Cuando estudié en la facultad, mi vocación era ser médico. [...] ya en el segundo año, fui a la maternidad escuela a hacer guardia. Mi destino era hacer Medicina. Me encantaba, me gusta la Clínica. [...] estudiaba Medicina, cuando me gradué. En el sexto año, fui a hacer Nefrología... (José Carvalho de Noronha, 7 de junio de 2010)

Cuando se les preguntó cómo fue la decisión de hacer medicina preventiva, algunos entrevistados con gusto por la clínica mencionaron la posibilidad de articular el cuidado con la cuestión social:

...Llegué a la conclusión de que, como especialidad, quería hacer clínica, quería pensar lo social, pero también quería tener un vínculo con la práctica clínica; y pediatría era la mejor alternativa. La mortalidad infantil era muy alta. La cuestión social estaba muy presente en la pediatría como gran

desafío. Me gradué en 1971 y la pediatría tenía todo que ver: unía investigación, el cuidado y el pensamiento sobre lo social. Entonces, me presenté tanto allá para pediatría como aquí para preventiva. (Hillegonda Maria Dutilh Novaes, 9 de junio de 2008)

Los ambulatorios de clínica de familia formaban parte de las propuestas de implementación de la enseñanza de la Medicina Preventiva, existiendo, de forma aislada, en 18 escuelas de América Latina, y en 14, de forma articulada con trabajos extramuros (García, 1972). Este tipo de actividad centrada en la clínica funcionaba dentro de las cátedras de Clínica Médica, tanto en la Facultad de Medicina de la UERJ como en la Facultad de Medicina de Bahía (FMB). En ambos casos, no se trataba de reproducir el cuidado médico tradicional, sino de hacer una clínica de nuevo tipo: una medicina social. El servicio ambulatorio de Clínica Familiar organizado por Guilherme Rodrigues da Silva dentro de la segunda clínica médica, cuando regresó de su maestría en Harvard, en 1959, era opcional y buscaba desarrollar una “nueva filosofía”. Según testimonio de Euclides Castilho, en ese momento estudiante: “... *el 100% de los alumnos optaba, porque todo el mundo veía en el doctor Guilherme [...] un gran clínico*”.

También en la UERJ, existía un programa de Clínica Médica orientado a las familias:

Piquet Carneiro tenía esa intención de ampliar y crear un programa de cuidado a las familias, no solo de salud de la familia, sino de estudiar el alcance de la acción médica, esencialmente una acción médica [...]. Él estimulaba mucho que estudiáramos, escribiéramos trabajos y ejerciéramos alguna práctica de cuidado a la familia dentro de ese enfoque, que era una mezcla de lo biológico y lo social. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

Muchos mencionan el ejercicio clínico después de la graduación como un recurso de supervivencia y/o incluso como primera opción profesional, anterior o concomitante al compromiso pleno con la medicina preventiva o con la salud pública institucionalizada³. En prácticamente todos los

3. “Pero como al comienzo de la vida profesional no tenía cómo mantenerme, hacía guardias en la sala de urgencias; trabajé ocho años en una sala de urgencias, muchos años. Después me involucré en la atención primaria como médica clínica, consultora, porque incluso allí en el Centro de Salud de Butantã fui médica, primero consultora, y después sanitarista, después de que aprobé el concurso de la Secretaría de Estado de Salud, al final de mi curso en Salud Pública, en diciembre de 1977.” (Lília Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

departamentos, la residencia en Medicina Preventiva tenía un componente clínico muy amplio. Lo innovador eran las clínicas de familia y los trabajos extramuros. En Medicina Preventiva de la USP, existía una pasantía rural, como relata Lilia Schraiber:

Mi residencia, por ejemplo, que fue en Medicina Preventiva, no tuvo un cuerpo propio de formación; no fue en Medicina Preventiva exactamente, porque hice el primer año de residencia completo dentro del hospital en Clínica Médica y fue prácticamente una residencia en Clínica Médica. En el segundo año, hice una parte en Enfermedades Infecciosas, en el Hospital Emilio Ribas, porque quería capacitarme en infecciosas, y otra parte incluía una pasantía rural. Mi grupo fue el primero en realizar y respaldar esa propuesta; esa pasantía era prácticamente en Clínica General. Viví tres meses en Pariquera-Açu, dentro del hospital como médica clínica; tenía una buena formación clínica y ejercí muchos años, en realidad, hasta 1997... (Lilia Bli-ma Schraiber, 7 de junio de 2008)

La residencia tenía asignaturas, seminarios teóricos, pero incluía una parte práctica muy interesante: el departamento ya administraba, ya coordinaba un programa de salud comunitaria en la ciudad de Paulínia, a 20 kilómetros de Campinas. Allí, atendíamos en consultorio, realizábamos actividades comunitarias, reuniones con la población casi todos los días, eso es lo que recuerdo de esos dos años; participábamos en ese programa. Fue interesante. Yo no quería ejercer la clínica en la vida, nunca fue mi propósito; pero me vi llevado a hacerlo en esa ocasión. Atender personas, como parte de la residencia. (José Augusto Cabral de Barros, 16 de octubre de 2008)

De ese modo, son herederos que rechazan la herencia, conforme la formulación de Bourdieu (1996), la herencia tanto en términos sociales como profesionales. La reproducción social la realizan los herederos, que se apropian de la herencia, la aceptan y hacen lo que debe hacerse para preservarla. En las transformaciones de los espacios sociales, los herederos que, aunque no rechazan la herencia, no quieren ser apropiados por ella modifican las trayectorias inscritas en la situación original. En ese caso, la herencia, como clínicos, que implicaba el ejercicio de una práctica liberal, se convierte en la construcción del proyecto de modernización de la medicina, incluyendo allí la medicina preventiva dentro de una medicina social, que para muchos correspondía a una clínica diferente. En el caso de Roberto Santos, por ejemplo, cuya actuación orientada a la modernización de la Medicina Clínica abrió espacio para el desarrollo de la medicina preventiva en Bahía, la ruptura fue

con la práctica liberal y consistió en la opción por la carrera pública tanto en el hospital como en la gestión y la política:

Yo ahí [...] no me interesé en abrir consultorio, esa era la expectativa de la familia [...]. Pero no quise: permanecí trabajando en el hospital. De modo que, durante todo ese período de actividad médico-clínica, atendí a pacientes que, en esa época, se llamaban indigentes [...]. Entonces, nunca tuve consultorio. Después de algún tiempo, comenzaron a surgir los cargos a tiempo completo, y yo y algunos otros compañeros que estaban a mi alrededor, todos recibimos un adicional de remuneración por ese trabajo a tiempo completo en el Hospital de Clínicas. (Roberto Figueira Santos, 7 de noviembre de 2008)

Para varios de los fundadores, como Lilia Schraiber, hija de médico cardiólogo, la clínica era un componente de lo que llegaría a ser una de las vertientes de un nuevo modelo asistencial al que ella aportó contribuciones teóricas y participó en la experiencia práctica del Centro de Salud Escuela Samuel Pessoa. En ese momento, salir del ámbito de la asistencia materno infantil y articular la clínica con la vigilancia a través de las acciones programáticas representó una ruptura, posteriormente sistematizada en la producción teórica del grupo del Departamento de Medicina Preventiva liderado por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves y por Lilia Schraiber (1990):

...En esa época, eso no existía mucho [...]. Atender tanto a mujeres como a hombres, intentar atender clínica y sanitariamente dentro de programas que integraran la práctica médica individual con cuestiones de salud pública, de Vigilancia [...], pero esa es otra historia, que es la de los orígenes del concepto de modelo asistencial y también tecnológico. (Lilia Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

...Al fin y al cabo, eso es lo que luego se llamó modelo asistencial, [...] recuerdo, por ejemplo, que hubo una gran discusión, que los centros de salud [...] provenían del materno infantilismo, y casi no prestaban atención al adulto [...] y propusimos atender a los adultos, a las mujeres y a los hombres adultos jóvenes... (Lilia Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

Es posible que la experiencia de Butantã haya asumido esas características debido a las trayectorias de diversos docentes del departamento que transitaron entre la Clínica y la Preventiva. Algunos, incluso, ejercieron la Medicina como

clínicos antes de ingresar al Departamento de Medicina Preventiva, como Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Lilia Schraiber y Moisés Goldbaum:

Tuve un tiempo una beca de la Fapesp [Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo], hacía investigación. Después, en 1976, pasé a ser asistente del Instituto da Criança: Pediatría Ambulatoria, y en el Centro de Salud Escuela Butantã, también en el área de Pediatría, en Salud Escolar. Hice eso hasta 1980. Hice eso durante cuatro años. Era una buena pediatra: (Hillegonda Maria Dutilh Novaes, 9 de junio de 2008)

...hice una residencia, el primer año, en Medicina Preventiva; y el segundo año, la opción que muchos tenían era hacer el curso largo de Salud Pública, aquí en la facultad. Yo no quería hacer el curso de Salud Pública. Entonces, prácticamente me desligué del departamento e hice la residencia en Clínica Médica, con énfasis en Cardiología. Hice Cardiología durante seis meses y salí cardiólogo, un cardiólogo. (Moisés Goldbaum, 6 de junio de 2008)

Contradicciones con la clínica

Por otro lado, entre los entrevistados había un conjunto de disposiciones que no incluían el gusto por la clínica, sino por los números, las ciencias sociales o la gestión de los servicios. Algunos agentes relataron que esa posición poco ajustada al *habitus* central del campo médico influyó en la elección de la medicina preventiva. Muchos pensaron en abandonar la carrera, pero desistieron cuando identificaron en la epidemiología, en la gestión de los servicios o en las ciencias sociales una alternativa dentro de la medicina.

...Fue en el segundo año de Medicina, con clases los sábados, cuando empecé a tener clases de Estadística. Fue la primera cohorte con el profesor Guilherme Rodrigues da Silva. Entonces dije: “¡no! Existe algo aquí, en la Medicina, que me permite quedarme”. Pero fue un punto de gran inflexión. Empecé a estudiar más, [tuve] el mejor desempeño entre los alumnos en Estadística. Después, con el avance, incluso en las ‘materias’ clínicas, me iba bien. Pero... Estuve a punto de dejar, de abandonar, la carrera médica: (Euclides Ayres Castilho, 8 de junio de 2008)

...Sinceramente, no [me gustaba la clínica]. Yo [...] tenía una sensibilidad muy grande, me enfermaba con lo que veía [...]. Me involucraba mucho. Creo

que opté por la salud pública para escapar de ese enfrentamiento con el sufrimiento [...]. Claro que, después, descubrí ciertas vocaciones [...]. Como, por ejemplo: un interés y una cierta facilidad para la planificación [...]. (Francisco de Assis Machado, 13 de marzo de 2009)

...uno tiene que hacer tres meses de cada clínica. Medicina preventiva, yo no vi nada hasta ahora, ni salud pública. Entonces él dijo: “¿estás dispuesto a venir acá y repetir el internado otra vez?”. Yo dije: “no, no quiero”. Él dijo: “pues entonces prepárate, porque es así” [...]. Tener que hacer tres meses de Pediatría, tres meses de Gineco-obstetricia, tres meses de Cirugía y tres meses de Clínica en la residencia que existía en esa época me desanimó. (José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, 11 de noviembre de 2008)

La opción por la medicina preventiva no significaba solo una elección posible. También correspondía a un rechazo de la “herencia” de una carrera clínica y a una acción proactiva de ajustar el cargo al *habitus*.

...Cuando estaba en sexto año, recibí una invitación del profesor Aluizio Prata. Iría a un determinado país de Europa a hacer un curso de la OMS sobre fiebre amarilla [...]. Ingresaría a la residencia médica en Medicina Tropical y luego sería admitido como docente. En esa época, los catedráticos contrataban a quien querían. Recibí una propuesta similar de Heonir Rocha. Esta se refería a una residencia médica en la Clínica Terapéutica y una pasantía en Cornell para especializarme en Inmunología Clínica. Y la propuesta del doctor Guilherme. No existía residencia médica, en Bahía, en Medicina Preventiva. Fui a cursar la residencia en Medicina Preventiva, en Ribeirão Preto, por indicación del doctor Guilherme. Hice esa opción por mi gran identificación con la Estadística y la Epidemiología. Fuimos Joselita y yo. El año anterior, Sebastião había sido uno de los residentes, también de Bahía. (Euclides Ayres Castilho, 8 de junio de 2008)

Aunque el gusto por los números y por las ciencias exactas orientó más claramente a diversos entrevistados hacia la epidemiología, muchos agentes que luego dirigieron sus carreras hacia la gestión o al estudio de las políticas de salud iniciaron sus trayectorias con estudios que podrían clasificarse como de Epidemiología Social, como el análisis sobre la producción social de la tuberculosis de Guimarães (1978b) y sobre la mortalidad infantil de Paim y Costa (1993). La opción por la gestión aparece frecuentemente vinculada a la trayectoria política en un momento posterior de la carrera.

Por lo tanto, yo, todavía haciendo la maestría, [...] me hice socio de la Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) y elegí a la SBPC como mi foco de actuación política. No tanto en el campo de la salud, sino en el campo de la política de ciencia y tecnología. Pues sí: la SBPC, en la segunda mitad de la década de 1970, especialmente en 1977, 1978 y 1979, era un foro de debates para la lucha por la democratización, en las reuniones anuales [...]. Fundamos una regional de la SBPC en Río de Janeiro, y también empecé a trabajar de forma voluntaria en la revista Ciência Hoje, que [aún] existe. Yo formaba parte del consejo editorial de la revista. Eso abrió un nuevo foco de interés profesional y político para mí. [...] Con la redemocratización y la Nueva República, se creó el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Entonces fui invitado a ser director de la FINEP por el primer ministro, que fue Renato Archer. [...] Bueno, me fui a la FINEP y, en ese momento, realmente desistí [del doctorado]. Fue cuando comencé una carrera como gestor y abandoné el doctorado, ya después de estar calificado... (Reinaldo Felipe Nery Guimarães, 18 de octubre de 2010)

La opción por la gestión ocurrió al inicio de la carrera, en algunos casos inducida por una inclinación más relacionada con la práctica que con la investigación. En entrevista, Fabiola de Aguiar Nunes⁴ dice: “...Yo soy más de hacer que de quedarme en investigación, en esas otras cosas, me gusta la gestión de verdad”. Además, contribuyeron a esa opción el financiamiento externo y las disposiciones heredadas.

La ocupación de cargos en la gestión aparece como una inclinación por la acción social, por la práctica en contraposición a la teoría, pero también como parte de la trayectoria político-académica. Varios de los entrevistados fueron invitados a ocupar cargos gubernamentales en las secretarías de Salud o en el Ministerio de Salud; ya sea por militancia política o por la *expertise* académica.

...y ellos se fueron todos a la práctica, a ser sanitaristas. No les gustaba [...] quedarse discutiendo. La cuestión era pasar a la acción, alguna acción no amarga, [...] alguna acción social [...] tanto es así que incluso los estudiantes de izquierda no tenían una gran proximidad con el departamento por eso,

4. Fabiola de Aguiar Nunes, hija de un médico sanitarista tradicional, en el sexto año de Medicina recibió una beca de la OPS y fue a Costa Rica a hacer un curso de Archivo Hospitalario. Al regresar, organizó el archivo del Hospital de Clínicas de la FMUFBA. Después asumió diversos cargos como gestora en la vicedirección del Hospital de Clínicas de la UFBA, en el Centro de Salud Escuela del Nordeste de Amaralina en Salvador y en el Ministerio de Salud.

porque querían ir a la acción, y el departamento no consideraba eso [...] una cosa consecuente [...]. Había una lectura intelectual sobre eso, [...] había una fundamentación teórico-conceptual muy fuerte. Es decir, no era un rechazo de la práctica por la práctica [...]. Entonces, [Eduardo Jorge, que fue el primer secretario de Erundina] [...], me presentó a todas las lideranzas partidarias [...] [Fue ahí donde aprendí], en la práctica, cómo era la política, cómo se hace [...]. Y Eduardo no permitió que yo saliera más de ahí, esa es la verdad. Yo no hice el gran proyecto [...], lo que yo quería era desarrollar un lenguaje, que uno pudiera tener una acción de salud colectiva, un lenguaje apropiado. (Paulo Eduardo Mangeon Elias, junio de 2010)

La elección de la medicina como profesión apareció entre los entrevistados como un destino inscrito en la herencia familiar, por un lado, o como una posibilidad de ascenso social o de inserción en el mercado de trabajo, por otro. Consecuencia del gusto por la biología, interés en trabajar con las personas, interés por la vida o como respuesta a las expectativas familiares maternas o paternas fueron también razones formalmente identificadas:

Yo soy bisnieta, nieta, hija de médico. Tengo una hermana médica que tiene tres hijos médicos. Entonces, en realidad, somos cinco: hay dos médicas, esa hermana mía [...] y yo. Recuerdo que, muchos años atrás, encontré un cuaderno de primer año donde yo decía “yo voy a ser médica cuando sea grande”. Entonces, toda la vida iba a ser médica. Nunca admití otra profesión. (Fabiola de Aguiar Nunes, 12 de noviembre de 2008)

No lo sé. [...] Desde niño, jugaba al médico y mi padre lo estimulaba y le parecía gracioso, y él tenía un comercio, un local minorista, y entonces, cuando llegaba alguien, decía: “voy a llamar a mi hijo para que te haga una consulta” [...]. También [estaba el hecho de que] mi padrino era médico, y la ciudad solo tenía tres médicos. Y todo eso me parecía tan intenso. Cuando ingresé a la Academia de Medicina, mi discurso [...] [fue, en] parte, un homenaje a los médicos de mi infancia. [...] Creo que uno tenía que ser ingeniero, médico o abogado en aquella época. (Paulo Marchiori Buss, 29 de septiembre de 2009)

Entonces, ¿por qué decidí estudiar Medicina? [...] En realidad, estaba entre Medicina y Física, ¿y qué tienen en común? Era una cierta indagación, una curiosidad intelectual muy grande sobre la vida, el origen de la vida, y opté por Medicina porque esa cuestión de la Física era mucho más especulativa,

teórica, etc. –al menos según mi interpretación en ese momento–, con poca posibilidad de acción, y yo también tenía interés en tener una interlocución con la acción, y la Medicina me lo permitía... (Paulo Eduardo Mangeon Elias, 29 de septiembre de 2009)

Desde el ciclo inicial, del científico, me interesaba mucho la historia natural, la biología y la historia general. Había una especie de confluencia entre la biología y la historia natural, así denominada, y la historia general, en términos del abordaje histórico de los fenómenos sociales. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

Las disposiciones de algunos de los entrevistados pueden haber sufrido alguna influencia de la trayectoria de sus padres, en ocasiones, investigadores de disciplinas básicas con ocupación de cargos de dirección en la burocracia estatal. Así, Fábio de Carvalho Nunes, padre de Fabiola de Aguiar Nunes, se graduó en Medicina y, ante la postergación de un concurso para la UFBA, realizó un curso de Salud Pública con una beca de la Rockefeller y, al regresar, asumió el cargo de secretario de Salud en el gobierno de Régis Pacheco.

Él enseñó muchos años en la Bahiana. Se preparó mucho tiempo para un concurso, que nunca salió. Como siempre en aquella época, no salía. En el año 1949, llegó un estadounidense, creo que de la Rockefeller Foundation, en busca de información sobre la tuberculosis. Buscó y estaba todo desordenado. Alguien indicó a mi padre, que había realizado un trabajo sobre mortalidad por tuberculosis en la ciudad de Salvador con una tendencia secular, mostrando que la tuberculosis ya estaba en descenso antes de la medicación. Con eso, recibió la oferta de hacer el curso de Salud Pública. Fue a la Columbia University [...]. Después, volvió, porque Régis Pacheco asumió el gobierno y lo llamó para reemplazar o para ser secretario de Salud. [...] Volvió y concluyó su maestría en la Columbia University, en 1950. Y toda su vida trabajó en salud pública. (Fabiola de Aguiar Nunes, 12 de noviembre de 2008)

También Felipe Nery Guimarães, padre de Reinaldo Guimarães, médico, era investigador del Instituto Oswaldo Cruz, fue profesor de Salud Pública y de Parasitología, y coordinó el programa de erradicación de la boubu en Brasil, en el Departamento Nacional de Endemias Rurales, durante un tiempo determinado.

El disgusto por la higiene

Por otro lado, la salud colectiva implicó una ruptura tanto con la higiene como con la salud pública institucionalizada. La higiene, en el siglo XIX, según Arouca (2003), estaba influenciada por las ideas liberales de la Revolución Francesa que trasladaban las responsabilidades sobre la salud a los individuos. En el siglo XX, se separa de la medicina y toma como objeto la vida en todas sus fases, para las cuales existirían normas y recomendaciones. Para este autor, ella creó una alusión-ilusión en relación con las condiciones reales de existencia:

...alusión, en la medida en que discurre sobre el valor de uso de la propia vida en la amplitud de sus 24 horas diarias [...] Ilusión, mientras centra en las medidas higiénicas y en una cultura higiénica la solución de los problemas que están en las propias condiciones de existencia... (Arouca, 2003, pp. 114-115)

En cambio, la crítica a la concepción clásica de salud pública, que estaba institucionalizada, se relacionaba con su dimensión predominantemente tecnológica, con una actuación dirigida a los problemas de salud fuera del alcance de la acción individual:

...mantiene aún la salud pública el carácter de acción supletoria del Estado, considerada necesaria para lidiar con problemas que, por su naturaleza, amplitud o complejidad, no siendo susceptibles de solución por la iniciativa individual, son entonces etiquetados como “problemas de importancia social”, exigiéndose así la “acción comunitaria organizada”. (Silva, 1973, p. 92)

Aunque este análisis crítico solo se elaboró en la década de 1970, muchos entrevistados mostraron la formación de disposiciones críticas con respecto a la disciplina Higiene que se revelaban por la explicitación del disgusto hacia la materia y hacia la enseñanza tradicional de la medicina preventiva y de la salud pública. Esta crítica derivaba justamente del énfasis conferido por la higiene y por la salud pública a las medidas de carácter individual, desligadas de las determinaciones sociales, como muestran los testimonios a continuación:

Existía el antiguo Instituto de Higiene, que era detestado, que nadie frecuentaba. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

Era un curso que todos los alumnos detestaban, lo tomaban como una burla. Mucho énfasis en la antigua higiene y en la cuestión del saneamiento básico, todo eso relevante, pero impartido de una forma desinteresante, que los alumnos no seguían [...]. Nuestro curso de Salud Pública en la facultad fue algo horroroso. Recuerdo que tuvimos dos o tres clases en esos antiguos anfiteatros de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, que eran de madera, como esos que se ven en las pinturas de Rembrandt [...]. Recuerdo haber tenido dos clases. Llamaron a alguien muy conocido, famoso. Recuerdo a un viejito que todos encontraron un fastidio, muy pesado, y otra clase de Higiene. (Júlio Strubing Müller Neto, 16 de octubre de 2008)

Me preguntaste cómo era la Facultad, la organización de la enseñanza, la Salud Pública y tal. Era un horror. [...], era un asombro. Era algo del siglo XIX. (Reinaldo Felipe Nery Guimarães, 8 de marzo de 2010)

Tuve Bioestadística y luego Medicina Preventiva, que creo que fue en el tercer año de la facultad, la cual me pareció muy, muy aburrida. Todos la odiaban, no era una Medicina popular. (Cesar Gomes Victora, 3 de noviembre de 2011)

Las disposiciones políticas

Las disposiciones políticas presentes en gran parte de los fundadores y que influenciaron su opción por la medicina preventiva o por la elección de trabajar con ciencias sociales en salud parecen haber sido adquiridas no solo en los ambientes secundarios y universitarios de las décadas de 1950 y de 1960, sino también por influencias familiares, como fueron los casos de David Capistrano Filho, José Carvalho de Noronha y Lilia Schraiber, cuyos padres eran liderazgos políticos. La opción por la medicina preventiva surgía como una posibilidad de articular la práctica política con la profesional, sintetizada en la formulación de Arouca (2002, p. 3): “Cuando me gradué en Ribeirão Preto, como venía con esa formación política desde la universidad, tenía una preocupación, que era casi una agonía, que era cómo unir la profesión con la política...”.

Esto también se reproduce en el discurso de otros entrevistados:

Entré a la facultad de Medicina queriendo hacer investigación básica, ciencia desinteresada, [...]. Descubrí muy rápido que no tenía talento para eso y sucedió que, en 1967, fui, digamos, poseído por la política, movimiento

estudiantil, que renació en 1967 [...]. Entonces, los años 1967 y 1968 fueron años en que el estudio de Medicina, para mí, quedó en segundo plano frente a la militancia política, a la resistencia a la dictadura [...]. Mi decisión de abrazar la salud pública no tuvo nada que ver con esa materia [Higiene]. Fue después [...] que empecé a interesarme por eso. [...] Hice mi internado en Vila Isabel, en el Instituto de Medicina Social, que había sido fundado dos o tres años antes por Hésio Cordeiro y Nina Pereira Nunes, además del doctor Américo Carneiro. Hice el internado y permanecí allí durante 30 años. (Reinaldo Felipe Nery Guimarães, 8 de marzo de 2010)

Por increíble que parezca, mi acercamiento se dio a partir de dos vertientes: la vertiente de mi militancia, que [...] amplía su campo de referencia de actuación social [...] y también la práctica psiquiátrica, porque también me interesé, comencé a interesarme mucho por el campo de la salud mental, que es donde se produce exactamente la interfaz entre la psiquiatría y la salud pública. Entonces, la experiencia de la comunidad terapéutica no deja de ser una experiencia de salud pública. (Júlio Strubing Müller Neto, 16 de octubre de 2008)

Luego, cuando ingresé a la universidad, empecé a militar en el movimiento estudiantil. En realidad, conocí el Departamento de Medicina Preventiva por ese tiempo, porque nuestro Departamento [de la FM-USP] se creó en 1967, y yo ingresé a la universidad en 1967. Ya existía un movimiento grande de los estudiantes y del Centro Académico para apoyar la formación de ese departamento, justamente porque venía con esta propuesta [...] de estar orientado a las cuestiones sociales y sanitarias. Entonces, los estudiantes apoyaron esa idea de inmediato... Recuerdo que íbamos a visitar los barrios de la periferia que eran más pobres para conocer, y se trabajaba mucho. Recuerdo pequeños grupos dentro del Departamento, después de la recolección de los datos, haciendo estudios de Epidemiología, [...], pero el Departamento era muy receptivo a la política. Para mí, el Departamento era la política, no era exactamente un cuerpo de conocimiento más técnico, más específico. (Lilia Blima Schraiber, 7 de junio de 2008)

Y comencé a participar del Directorio Académico. Y con eso, uno, de cierto modo, iba asumiendo una determinada posición [...]. Es decir, [...] poco después de haber ingresado a la Facultad, [mi deseo] era hacer clínica médica. Y después de ese involucramiento con la política estudiantil, por el hecho de que Guilherme había vuelto de EEUU y había iniciado ese curso, ese núcleo de Medicina Preventiva, como se llama allá. Entonces, empecé a vincularme

con la medicina preventiva. Eso fue más o menos cuando comencé a participar de verdad en medicina preventiva. Fue en 1961 cuando obtuve una beca [de la Kellogg]. Ese núcleo de Medicina Preventiva tenía un convenio con la Fundación Kellogg. (Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, entrevista a Maria Ligia Rangel en 1976)

Sí, soy de la generación de 1968, es decir, no estaba directamente vinculado al directorio, pero era responsable del periódico llamado Leucócito, que debía “fagocitar” la ignorancia en aquella época. Ese periódico tenía una aproximación muy grande con el Directorio y, particularmente, con las corrientes políticas que circulaban en el Directorio. Entonces, esa era mi principal participación en términos de actividad intelectual, digamos así. Ahora, como participé en 1968, los movimientos, los colegas y quienes formaban parte del directorio eran personas muy cercanas a mí, como Albano Franca Rocha, Domingos Coutinho, etc. Entonces, mi militancia comenzó en 1968. Después, en 1969, tuve un año terrible. Aun así, realizamos el primer Encuentro Científico de Estudiantes de Medicina, el primer ECEM aquí en Bahía. Con Antônio Nery, fui uno de los organizadores; participé en esa organización del primer ECEM. Trajimos temas de políticas de salud de la época para el debate. Llevamos, por ejemplo, a José Duarte de Araújo, que era jefe de Departamento y también secretario de Salud. En fin, la militancia fue por esa vía. En 1971, ya dentro del Departamento, fui elegido representante de mi promoción ante el Departamento de Medicina Preventiva. Entonces, también en el ámbito de la política interna de la Facultad de Medicina, tuve una participación. (Jairnilson Silva Paim, 28 de mayo de 2008)

Si las disposiciones políticas reformistas o revolucionarias influenciaron en la elección de la medicina preventiva como un espacio de actuación que permitía la articulación con la práctica política, había, en algunos entrevistados, una distinción entre la opción profesional y la opción por el campo político.

Tomé una decisión en la vida, porque, hasta el momento en que estaba en el exterior, ya había definido que mi vida profesional estaría dedicada a la política y a la revolución. Y por una serie de razones, terminé llegando a la conclusión de que ese no era mi camino. Sin dejar de seguir luchando por el cambio social, por todo lo que consideraba correcto, defini que no sería un profesional de la política y que valoraría mi profesión, la medicina, y, en este caso, mi especialidad, la psiquiatría. (Júlio Strubing Müller Neto, 16 de octubre de 2008)

Consultada sobre si había formado parte del centro académico, Hillegonda Maria Dutilh Novaes describió así su participación: “Sí, *formé parte. En esa época, el contacto del CA [Centro Académico] con la UNE [Unión Nacional de Estudiantes] era José Genoíno. Lo conocí en 1968 como contacto de la UNE [junto] a los centros académicos. Pero la medicina no estaba muy politizada...*”

La participación política también estaba ajustada a las demás disposiciones que, en ese momento, se estaban formando en uno de los entrevistados, cuya trayectoria posterior sería predominantemente como investigador en el campo científico, con pasos por la administración universitaria.

[En] sexto año, [...] en esa huelga⁵ participé [...] En esa época, siempre asumía los cargos de escriba [...] era editor de pequeños periódicos. Teníamos un periódico llamado *A Coisa*; era mimeografiado. Siempre ocupaba ese lugar. [...] cuando organizamos, retomamos y organizamos la Asociación Psiquiátrica de Bahía, yo era el secretario de prensa y el editor de la *Revista Baiana de Psiquiatria*, revista de la ABP [...] Entonces, mi función era un poco esa. Siempre me llevaban en esa dirección. En la Asociación Psiquiátrica, editamos un periódico llamado *O Conflito*. Yo también era el editor jefe del pequeño periódico [...]. En 1980, fui el presidente de la Asociación Psiquiátrica. Hicimos un congreso brasileño aquí, que también tuvo un papel en la renovación médica. Fue un grupo que [conquistó] la [dirección de la] Asociación Brasileña de Psiquiatria en ese congreso... (Naomar Monteiro de Almeida Filho, 28 de mayo de 2012)

La opción por la política aparecía como gusto, pero también como misión, una disposición a veces relacionada con una disposición religiosa.

Él [Arouca] siempre quiso ser político [...]. Le gustaba. Lo iba a hacer. Quería ser candidato. Siempre tuvo eso en él [...]. Un día, Madel me dijo [...]: “Anamaria, ¿no te parece que ya cumpliste con tu deber para con el pueblo, para con la política? Hace cinco años que dejaste toda tu discusión teórica y dejaste de discutir. [...] Pareces una misionera” [...]. Ahí me di cuenta: me volví una misionera de verdad [...]. Nos volvimos todos un poco misioneros. [...] Arouca, pero eso es un defecto tuyo de nacimiento, porque no puede ser, itú, con la forma en que sos, aguantar a esa gente! [...]. Es igual a la Iglesia; el partido, para mí, hoy, es igual a la Iglesia [...]. Pero él no salía del partido.

5. En referencia a la huelga de 1975.

Tenía una devoción por ese partido muy grande... (Anamaria Testa Tambellini, 27 de mayo de 2009)

...fue en el seminario católico al que ingresé hace 19 años con la pretensión de convertirme en un ministro de la Iglesia Católica o sacerdote. Ya en el seminario, al terminar Filosofía –fue ahí que hice Filosofía–, fui viendo que, quién sabe, el Evangelio de Jesucristo no sería mucho mi misión en el mundo. Entonces, fui cambiando, pensando si no sería el evangelio de la salud pública. (José Augusto Cabral de Barros, 16 de octubre de 2008)

En ese movimiento, en Montes Claros, sentí que el Partidão o los miembros del Partidão empezaban a acercarse a mí y a hacer un trabajo conmigo [...]. Empezamos con una idea de participación comunitaria muy cristiana, un grupo cristiano [...]. Aun así, no milité. Me quedé por ahí andando, escuchando todo, así, como si fuera un anarquista [...]. Muchos años después de recibido. No tuve militancia, siempre fue la izquierda, pero muy católica... (Francisco de Assis Machado, 2012)

El espectro de las posiciones políticas era amplio, y abarcaba desde el centro hasta la izquierda. Existía un núcleo importante afiliado al PCB y militancia de izquierda también en el PCdoB, en el Partido Socialista Brasileño (PSB) y en la Acción Popular. Muchos de los fundadores eran activistas de izquierda sin afiliación partidaria, y otros se declararon activistas del movimiento sanitario.

Las divergencias programáticas presentes en los partidos a veces se reflejaban y explicaban algunas divisiones del espacio en formación. Así es como el debate entre dos concepciones en el interior del Cebes reflejaba las disputas dentro del movimiento popular y democrático de ese período, como quedó registrado en editorial de la revista *Saúde em Debate*:

Existen dos concepciones sobre la actuación del Cebes, no excluyentes, que polarizan los intereses de un gran número de asociados. La primera afirma que el Cebes es aglutinador de las tendencias renovadoras del sector salud, a nivel profesional, con el objetivo de coordinar esfuerzos para desarrollar políticas de salud más adecuadas a la realidad brasileña (o “necesidades sanitarias de la población”). La segunda concepción, sin subestimar el trabajo realizado en las entidades de profesionales de la salud, quiere desarrollar actividades dirigidas más directamente a la comunidad, a través de sus diversas organizaciones (Sociedades Amigos de Barrios, Sindicatos, Clubes de Madres, entidades estudiantiles, etc.). (Editorial, 1977, p. 3)

El análisis de correspondencias entre las posiciones expresadas por el volumen de los capitales científico, político y burocrático y algunas tomas de posición en relación con el tema de la tesis y las disposiciones políticas permitió evidenciar una gran diversidad en la composición del espacio en sus orígenes (Figura 1). En el cuadrante superior derecho de la Figura 1, están los fundadores más cercanos al campo del poder, con disposiciones políticas de centro-izquierda e incluso de centro, cuyas tomas de posición en relación con los objetos de investigación se relacionaban con la clínica y la gestión. En el cuadrante opuesto, está el grupo de fundadores con menor capital científico y burocrático, pero con disposiciones políticas de izquierda, cuya participación en Cebes y en Abrasco fue comparativamente mayor y las tomas de posición respecto a la investigación se vincularon con Sociología Médica y Epidemiología Social (Figura 1, Cuadro 2).

Otras razones para el ingreso en la salud colectiva

También el interés por la Psicología, la Psiquiatría y la Reforma Psiquiátrica fue mencionado como motivo para el ingreso en la salud colectiva. Algunos entrevistados refirieron haber hecho una opción inicial por la psicología y fueron orientados a estudiar medicina, ya sea por sus padres o por orientadores vocacionales, con el argumento de que la medicina abría un abanico de posibilidades. O bien querían estudiar medicina, pero terminaron estudiando psicología porque creían no tener posibilidad de ingreso en medicina. A veces, la elección profesional resultó de aspectos casuales y pragmáticos, como ser la única carrera de nivel superior en la ciudad, o el deseo de salir de la ciudad del interior, como fue el caso de Arouca.

Tenía un deseo familiar: mi madre quería que todos los hijos fueran médicos [...]. En el propio tercer año, había que elegir entre el grupo que iba a estudiar Medicina o Biología, [...] y el grupo que iba a estudiar Ingenierías. Y yo quedé en el de Medicina por esta elección de mi madre. Pero sin mucho entusiasmo realmente [...]. Presenté el examen de ingreso de la Bahiana y de la Federal y logré ser aprobado [...]. (Naomar Monteiro de Almeida Filho, 28 de mayo de 2012)

Probablemente porque mi padre era médico, creo que eso fue lo determinante. Tengo dos hermanos que son ingenieros. Aunque mi padre nunca me presionó para estudiar medicina, creo que, incluso en un plano inconsciente,

la figura del padre me llevó a estudiar medicina. (Reinaldo Felipe Nery Guimarães, 18 de octubre de 2010)

La influencia de los padres o parientes en la elección de Medicina es consistente con la alegada por estudiantes de Medicina de seis escuelas latinoamericanas investigadas por García (1971) y por Nunes (1976). El interés por la Biología, el respeto por la profesión y razones instrumentales aparecen en ese estudio como más importantes que la vocación y el deseo de ayudar a las personas (García, 1972).

En cuanto a los científicos sociales, la elección de la profesión aparece como consecuencia del interés en la disciplina, por influencia de los profesores, por la importancia de la disciplina o, a veces, como algo casual y como la opción posible:

Terminé mi curso de graduación en la década de 1960. Siempre fue un campo del conocimiento que me interesó desde mi formación como profesor normalista. Hice la Escuela Normal y, en la Escuela Normal, tuve una gran influencia de la Sociología, tanto de la Sociología General como de la Sociología Educacional; y recibí una poderosa influencia de profesores que estaban formados, muchos de ellos, por la Universidad de São Paulo, y que fueron mis profesores en el curso secundario. (Everardo Duarte Nunes, 24 de abril de 2009)

Porque, desde el estudio clásico, que [en la época] se llamaba letras clásicas, en el Pedro II, que era una especie de Liceo francés fundado por el emperador Dom Pedro II, me orienté hacia el estudio de lenguas y ciencias humanas. Entre las ciencias humanas, era mejor en Filosofía. Desde el segundo año clásico, era considerada una excelente alumna de Filosofía. Entonces, presenté el examen de ingreso para Filosofía y pasé en tercer lugar [...]. El curso de Filosofía era, digamos así, el curso de mejor nivel dentro de la facultad nacional. (Madel Therezinha Luz, mayo de 2009)

[Elegí estudiar Psicología]. Porque quería, pensaba en hacer psiquiatría. Mi primer acercamiento fue con Erich Fromm. Comencé a leer sobre psicología y quería, pensaba hacer psiquiatría. Vivía en el interior y me di cuenta de que no aprobaría el examen de ingreso para medicina y, más que nada, quería salir de la ciudad del interior. Entonces, pregunté qué podría ser algo cercano. Él dijo: “hay algo llamado Psicología”. Fui allí e hice eso. (Sonia Maria Fleury Teixeira, 18 de octubre de 2008)

Soy mineira de Pouso Alegre y me gradué en Ciencias Sociales en la Facultad de Filosofía y Letras de Juiz de Fora, entonces institución privada, que luego se convirtió en la Universidad Federal de Juiz de Fora. Estaba pasando las vacaciones de navidad en mi ciudad y, bailando en una fiesta con el antropólogo Roque Laraia, supe que el Museo Nacional, aquí en Río, estaba ofreciendo una beca para un curso de especialización en antropología social organizado por Roberto Cardoso de Oliveira. Mi sueño, en ese momento, era venir a Río para cursar la Escuela de Bellas Artes, lo cual no era apoyado por mi familia. Entonces, vi en este curso una oportunidad. Eran 25 candidatos para tres vacantes; me postulé y pasé. (Loyola & Neves, 2003, p. 167)

Era un sueño de infancia, pero un sueño muy mal elaborado, porque soy del interior de Minas, donde, obviamente, nadie hacía curso superior en esa época. Siempre tuve una gran curiosidad respecto a la cuestión social y muchas ganas de actuar, es decir, era una mezcla de entender y actuar. Estudié en un colegio de monjas en Minas Gerais y tuve la oportunidad de venir para ser profesora en el mismo colegio de la congregación donde estudié aquí en Río de Janeiro. Me matriculé en la Universidad Federal de Río de Janeiro en el curso de Sociología y, para mí, fue un descubrimiento. Me sumergí de lleno en el área, en un momento bastante difícil, porque ya era esa época de represión política. (Maria Cecília de Souza Minayo, 28 de mayo de 2009)

Esas elecciones, en la mayoría de los casos casuales o por influencia de los padres o de algún pariente o amigo de la familia, son indicativas de que el *habitus* profesional, en estos casos, se formó a lo largo del curso superior y en las posiciones sucesivamente ocupadas a lo largo de la trayectoria profesional como resultado de la mayor o menor inserción en los campos político, burocrático y científico.

La opción por la Epidemiología aparece en agentes cuyo gusto por los números, por la investigación y por la práctica era dominante. El gusto y las disposiciones relacionadas con la práctica, la acción, aparecen en investigadores de la Epidemiología, como Cesar Victora, José Carvalheiro y Euclides Castilho.

...Me siento muy identificado con eso. Creo que ella [la Epidemiología] está muy ligada a las cosas prácticas, [...] muy ligada a los servicios. Mi lado de evaluación tiene mucho de eso. Está muy ligado a la equidad, [...] tiene un carácter de epidemiólogo brasileño... (Cesar Gomes Victora, 3 de noviembre de 2011)

Siempre me gustó la matemática. De hecho, fue una sorpresa para mí, [...] y para varias personas que me conocían, que hubiera optado por medicina. Tanto es así que fui profesor de Física. Mi profesión durante el curso de medicina fue ser profesor de Física. Era un buen profesor de Física. [...] En el tercer año, llegué a pensar en abandonar el curso de Medicina y hacer Física en la facultad de Filosofía. Entonces [...], mi vínculo, viene mucho más por la tradición de la Parasitología de la USP. (José da Rocha Carvalheiro, 12 de mayo de 2011)

También había coincidencias entre algunos de los entrevistados respecto a los gustos culturales comunes a la generación de jóvenes de 1968 con disposiciones políticas de izquierda: gusto por la música popular brasileña, por el teatro crítico, por el *Cinema Novo* y por la *Nouvelle Vague*.

Arouca siempre gustó del cine. [...] Además de las películas italianas de Antonioni y Fellini, los franceses de la *Nouvelle Vague* de Truffaut, Godard y Chabrol. Y, claro, las películas brasileñas del *Cinema Novo* [...]. Sobre todo Glauber Rocha y sus películas llenas de simbología [...] *Vidas Secas* (1963) de Nelson Pereira dos Santos [...] y *Macunaíma* (1969) de Joaquim Pedro de Andrade. [...] Además del cine, el teatro y la música siempre fueron muy importantes en nuestras vidas. (Marques, 2007, pp. 69-70)

Otros entrevistados con trayectorias diferenciadas también mencionaron gustos por la música clásica y por el cine americano. El conocimiento personal de algunos de los íconos de la música popular brasileña, como Chico Buarque, Capinam y João do Vale, fue relatado por entrevistados, como Lilia Schraiber, Jairnilson Paim y Maria do Carmo Leal, entre otros:

Nosotros [...] frecuentábamos las fiestas a las que iba Tião [Sebastião Loureiro]. Y, por ejemplo, Caetano y Gil eran figuras comunes de esas noches. Nosotros frecuentábamos esas fiestas donde también estaba Capinam, todo el mundo. El [contacto con] Capinam también [derivó del hecho de] que Tereza [esposa de Capinam] era nuestra [compañera de clase], (Maria do Carmo Leal, 21 de mayo de 2009)

De esta forma, las disposiciones obtenidas del análisis de las trayectorias de los fundadores muestran una diversidad de razones para ingresar en medicina preventiva o en sociología de la salud, pero también revelan diversas identidades, principalmente presentes en las disposiciones políticas,

en la investigación y en la búsqueda de una nueva manera de investigar y practicar la medicina.

Tomas de posición: ni medicina preventiva, ni salud pública, ni higiene, una nueva “medicina social”

¿Qué fue considerado como ruptura por algunos de los agentes involucrados con los primeros departamentos de medicina preventiva? La medicina social del siglo XIX era una referencia, pero no podría ser algo igual. La tesis de Donnangelo, defendida en el año 1973 y publicada en 1975, y el estudio de García (1972) sobre las escuelas médicas fueron los primeros trabajos inspiradores, y sus autores, junto a Arouca, son referidos como principales líderes del grupo:

...Ella era una profesora para nosotros [...]. Cecilia Donnangelo hablaba y todo el mundo se quedaba en silencio, incluso el doctor Guilherme. Y todo el mundo escuchaba [...] y el doctor Guilherme era la persona más importante que había en esa época en medicina preventiva. Para nosotros, más importante que todos... (Anamaria Testa Tambellini, 27 de mayo de 2009)

A este respecto, Hésio Cordeiro, hablando sobre las influencias recibidas, menciona la importancia de Juan César García en su propia trayectoria intelectual. Al ser preguntado sobre las razones por las cuales había optado por producir una tesis crítica sobre las relaciones entre la salud y la industria capitalista, dijo:

Creo que tuvo mucho que ver con los seminarios y reuniones que Juan César García promovía en la OPS sobre la introducción de las ciencias sociales. Allí, había un fuerte componente de crítica al funcionalismo sociológico y a la tentativa de construir un modelo teórico de explicación distinto, inspirado en el materialismo histórico. Esto tuvo una fuerte influencia sobre el interés en desarrollar [la tesis]. Luego, fui a hacer el doctorado con Cecilia Donnangelo. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

Podemos, así, decir que el núcleo que formuló las ideas que sirvieron de fundamento para la ruptura operada estuvo compuesto por Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva, Juan César García y Antônio Sergio Arouca.

Había, en la génesis, dos concepciones principales sobre el significado del nuevo espacio en formación que correspondían a dos movimientos de

inserción y de aglutinación: el primero, relacionado con la crítica a la medicina preventiva como proyecto de cambio de las prácticas y la propuesta de una medicina social como posibilidad de intervención no solo sobre los cuerpos biológicos enfermos, sino también sobre la sociedad, su estructura y gobierno responsables de la producción de las enfermedades; el segundo se relacionaba con la creación de un área de conocimiento: la sociología de la salud.

La primera concepción está bien explicitada en la formulación de Arouca:

Ese movimiento fue un movimiento en el que me involucré profundamente y que marcó mi vida. Porque si entro en medicina preventiva, comienzo a estudiar la distribución de enfermedades, la causa de las enfermedades y cómo enfrentarlas, no desde el punto de vista individual, sino colectivo. Cuando empiezo a enfrentar esto, me pregunto ¿cuál es el instrumental teórico para repensar la sociedad? [...]. Ahí surgió la idea de comenzar a crear un campo en Brasil que superara la medicina preventiva y que se transformara en medicina social. (Arouca, 2002, p. 4)

Cuatro trayectorias pueden ser tomadas como ejemplares de la construcción de este punto de vista que fue dominante en el momento de la emergencia de la salud colectiva: la de Arouca, dirigida al campo político; la de Juan César García, orientada hacia la interfaz entre la OPS y las universidades, por lo tanto, campo burocrático; y las de Guilherme Rodrigues da Silva y Donnangelo, predominantemente desarrolladas en el interior del campo científico y universitario.

La trayectoria de Arouca estuvo dominada por las disposiciones políticas y por la militancia partidaria orientada hacia la acción transformadora, en la cual la opción por la Medicina Preventiva correspondió al deseo de conciliar la política con la profesión. Pero también surge en las trayectorias de otros fundadores de los principales núcleos, como Hésio Cordeiro, Moisés Goldbaum, Lilia Schraiber, Jairnilson Paim, Sebastião Loureiro, Anamaria Tambellini, José Carvalho de Noronha, entre otros. ¿Cuáles eran las características comunes de estos agentes en el punto de partida de sus trayectorias que los llevaron a invertir en la constitución del nuevo espacio y, por lo tanto, con mayores riesgos?

La característica común que aparece con mayor frecuencia son las disposiciones políticas de izquierda presentes en el ambiente universitario de la década de 1960. A continuación, se observa un interés por la investigación,

por las enfermedades infecciosas⁶ o, en otros casos, un pequeño ajuste a la clínica y a la cirugía, principales opciones para el ejercicio de la medicina. Existía un núcleo razonable, afiliado al PCB⁷, presente en diversas instituciones. El espacio creado por los departamentos de Medicina Preventiva, en el cual lo que se discutía era un proyecto de cambio de la medicina, del médico y de la práctica médica, permitió un ajuste entre las disposiciones de los agentes y estos ideales reformistas. De esta manera, fue posible para los fundadores la subversión de los propósitos de los organismos internacionales, desarrollando, según el entender de Escorel (1999), un enfoque marxista del campo de la salud.

Al referirse a la creación del Instituto de Medicina Social de la UERJ, Hélio Cordeiro señala el propósito de crear una maestría en Medicina Social financiada por Kellogg a través del contacto con Juan César García, de la OPS, cuyos objetivos involucraban.

...un fuerte componente de las ciencias sociales, además de la administración, la planificación y las políticas de salud, que fuera una alternativa a los cursos tradicionales de salud pública, que estaban muy centrados en la visión del saneamiento, en la cuestión de la higiene y en la epidemiología stricto sensu, sin nada que involucrara la organización de los servicios o las políticas de salud... (Hélio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

El segundo punto de vista aparece en las trayectorias de Donnangelo, Everardo Duarte Nunes, Madel Luz y Maria Andréa Loyola. En estos casos, el primer objetivo sería desarrollar un área, inicialmente de sociología de la salud, que luego se convirtió en ciencias sociales en salud. Este objetivo tenía una gran convergencia y complementariedad con el propósito del grupo de médicos; sin embargo, comenzó a constituirse en objeto de disputas y conflictos entre disciplinas, entre paradigmas y en torno a las cuestiones de la identidad del espacio. La distinción clara entre los dos propósitos y los dos grupos aparece explícitamente en los documentos y trabajos sobre la génesis del campo (Donnangelo, 1976; García, 1985; Nunes, 1985).

Juan César García, al mismo tiempo médico y sociólogo, situado en un puesto estratégico de la OPS, a través de su Programa de Formación de Recursos

6. La opción por las enfermedades infecciosas era vista como una opción nacionalista y de izquierda, dado que ese era un problema de los pobres de Brasil y del Tercer Mundo.

7. En entrevista, Sonia Fleury menciona que el papel del PCB debe ser rescatado, ya que la articulación del movimiento sanitario en torno a la aprobación del capítulo de salud de la Constitución necesitaba una dirección que “supiera hacer política”, y el “partidão” lo sabía.

Humanos, articuló las dos posibilidades a partir de la introducción de la enseñanza de las ciencias sociales de orientación marxista en los departamentos de Medicina Preventiva de las Américas y de la creación de los dos primeros másteres en Medicina Social. Actuó como articulador político de un movimiento latinoamericano de medicina social y como productor teórico crítico del funcionalismo.

Las tesis de doctorado de Arouca y de Cecília Donnangelo pueden considerarse como los trabajos que operan la ruptura y amplían el universo de lo posible tanto desde el punto de vista de la producción académica como en lo que respecta a la práctica política. La tesis de Arouca, *El dilema preventivista*, realiza una crítica radical a la medicina preventiva y desarrolla el análisis iniciado por la tesis de Donnangelo sobre las relaciones entre la medicina y el capitalismo, que la propia Donnangelo retoma en su tesis de libre-docencia. Para Luiz Pereira (1933-1985), su director de doctorado, en la primera tesis, Donnangelo analiza una realidad concreta: el trabajo médico en la formación social capitalista brasileña y, en la segunda, busca "...la construcción del objeto del campo de estudios que académicamente se denominaría sociología de la salud, pero que en términos del materialismo histórico mejor se designaría como capitalismo y salud o salud y capitalismo" (Pereira, 1976, p. 97). Ambos trabajos inauguran un conjunto de producciones académicas que siguieron en la perspectiva de la elaboración de una teoría social de la medicina, para unos, y de la salud, para otros. Las tesis de Donnangelo proporcionaban la base para el estudio de las relaciones entre salud y sociedad; la tesis de Arouca no solo desarrollaba este análisis, sino que también realizaba la crítica a la propuesta de intervención de la medicina preventiva como propuesta ideológica. Era un trabajo teórico denso, para los estándares del área, que, aunque no correspondiera a un programa político de acción, proporcionaba los fundamentos para una teoría social de la salud.

Para el grupo de los científicos sociales, las tesis de Donnangelo inauguraban un campo de estudios: sociología de la salud. (Donnangelo, 1975; 1976) Tanto para el grupo de médicos como para los científicos sociales, ambas servían también de base para una práctica social transformadora que se materializó posteriormente en el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña. Cabe también recordar que, en América Latina, en ese mismo período, además de Juan César García, había varios otros investigadores que contribuyeron en esa dirección, como Asa Cristina Laurell (México), Jaime Breilh y Edmundo Granda (Ecuador) y Mario Testa (Argentina).

Esas concepciones asumieron variaciones o énfasis distintos según la posición ocupada por el agente. En relación con algunos entrevistados situados en el polo institucional de las organizaciones internacionales, más cerca del

campo del poder, como Carlyle Guerra Macedo, coordinador del Programa de Recursos Humanos de la OPS, existía un proyecto que Abrasco había nacido para darle vida, el cual tenía como objetivo cambiar la organización de los servicios de salud. Aún no se denominaba Reforma Sanitaria y se centraba en la unificación y en la responsabilidad estatal con la salud: “Abrasco nació para dar vida a esto. Entonces, realmente nació para promover la discusión, para organizar el partido sanitarista.”⁸. Ya para el grupo de agentes médicos, con disposiciones más científicas que políticas, como Euclides Castilho, se trataba de desarrollar una Epidemiología Social que superara el estudio de los factores de riesgo.

Otra diferencia entre las perspectivas es que, para los fundadores de la trayectoria iniciada en la clínica y originados de los proyectos de modernización de la enseñanza de la medicina, como Hésio Cordeiro y Guilherme Rodrigues da Silva, se trataba de la creación de una medicina social, que correspondería al ejercicio de una clínica que incorporara lo social, pero que expandiera su objeto hacia los servicios de salud. No se trataba de crear un campo independiente de la medicina, con una especificidad en lo que respecta al objeto y a la práctica.

...había una preocupación, que era no perder los talentos y las personas que podrían tener un liderazgo en el campo de la medicina en general, no especialmente en la salud colectiva, porque ya se detectaba un cierto distanciamiento de los epidemiólogos de las personas que trabajaban con Políticas de Salud de, en fin, congregar, de cerrar demasiado y aislarse mucho de la práctica médica, como me había ocurrido a mí cuando había salido de la clínica, migrado completamente a la cuestión de las políticas de salud y sin ningún contacto más con la medicina en sí misma o con las prácticas de salud. Entonces, creo que era un poco la preocupación de no caer en el aislamiento, en el gueto, que yo pensaba, que aunque aún muy incipiente, ya se estaba configurando en el campo de la salud colectiva. (Hésio Albuquerque Cordeiro, 26 de marzo de 2009)

En esa misma línea, Guilherme Rodrigues da Silva consideraba que las transformaciones que debían realizarse en la enseñanza de la medicina preventiva se inspiraban en la medicina social europea y consistían en las redefiniciones de la práctica orientada por la incorporación de lo social en la explicación de los fenómenos de la salud y la enfermedad:

8. Entrevista a Carlyle Guerra Macedo, el 13 de noviembre de 2008.

Como proyecto o modelo de acción contemporáneo a la salud pública, la medicina social tiene sus orígenes en Francia, en la misma época en que se elaboraban en Inglaterra las ideas de la reforma sanitaria. Producto también de los cambios engendrados por la Revolución Industrial en Europa, el movimiento surge en Francia y más tarde en Alemania, en una época de rápido florecimiento en los campos de la medicina y de las teorías política y sociológica. La incorporación de las ideas del socialismo romántico, especialmente las de su corriente positivista, da contornos iniciales nítidos al contenido de la medicina social como teoría. Más tarde, fundamentándose en el reconocimiento empírico de las relaciones entre problemas de salud y condiciones sociales, este cuerpo teórico de conocimientos adquiere bases mucho más fundadas en esquemas racionales de examen de la realidad. (Silva, 1973, p. 92)

Ya para otros cuya trayectoria revelaba, desde el inicio, contradicciones con la clínica, esta era una posibilidad no solo deseable, sino posible. En este sentido, Hésio Cordeiro y Guilherme son los herederos que rechazan la herencia y contribuyen a la creación de las condiciones para subvertir el orden anterior. Al hacer residencia en Clínica Médica en dos de las universidades más importantes del país, con liderazgos clínicos, aceptaron el desafío de desarrollar una nueva disciplina. Al hacerlo, sin embargo, orientados por las disposiciones políticas y por la red de relaciones que se establece, contribuyen definitivamente a su cambio. Pero también sus profesores, Roberto Santos y Piquet Carneiro, responsables de las iniciativas de modernización de la medicina, ante el espacio de lo posible para desarrollar una carrera clínica exitosa con clientela particular asegurada, optaron por trabajar a tiempo completo, articulando la clínica con la investigación básica.

Por último, existía aún otro punto de vista vinculado a las posiciones y disposiciones orientadas hacia el espacio institucional de los servicios de salud, que consideraban las nuevas iniciativas como modernizadoras de la salud pública tradicional y veían la salud colectiva como sinónimo de salud pública (Abrasco, 1982).

...Quien formuló el proyecto de la Acción Programática [...] fue Ricardo. En mi lectura, esto está expresado en aquel libro que tiene varios autores. Incluso, esta parte que habla de la Acción Programática ni siquiera está nombrada, porque Ricardo tenía esa idea, pero fue él quien la escribió, porque es conocido su estilo [...] ¿Cuál era el proyecto? [...] Él quería subordinar la clínica a la epidemiología, un proyecto colectivo, es decir, lo que había detrás de esto era

la lectura de que la clínica [...] era un proyecto extremadamente liberal [...], pero él también tenía críticas hacia la epidemiología, como un proyecto técnico, una lectura técnica de la realidad. Entonces, faltaba un factor de control social, porque [...] él era radical en esta idea de que el poder, –que es una idea de la democracia–, el poder emana del pueblo y tiene que ser controlado desde donde emana... (Paulo Eduardo Mangeon Elias, junio de 2010)

Esos puntos de vista fueron incorporados de forma variada por los diversos programas del espacio en redefinición. Según García, al final del proceso de disciplinarización de la medicina social, que ocurrió en el año 1972 y 1973 con la creación de dos programas apoyados por la Kellogg –Xochimilco (México) y el Instituto de Medicina Social de la UERJ (Brasil)–, existían tres tipos de programas: 1) los programas tradicionales de salud pública; 2) los programas de Medicina Preventiva; 3) los programas que buscaban la separación entre la medicina preventiva, la salud pública y la medicina social (García, 1985, p. 27).

Influencias teóricas

Las relaciones entre las posiciones y disposiciones anteriormente discutidas, que orientaron las tomas de posición de los diversos agentes que participaron en mayor o menor grado en la creación de la salud colectiva brasileña y, así, la estructuraron, aparecen también en las elecciones por los referentes teóricos ya mencionados.

La crítica al funcionalismo y la adopción del referente marxista tuvieron como marco la Reunión de Cuenca en el año 1972 (Paim, 2006). Desde entonces, los principales estudios incorporaron un enfoque marxista a partir de una doble influencia, que variaba según el sentido de la trayectoria. En el caso de Arouca, como en el de otros con dominancia de las disposiciones políticas, el objetivo era desarrollar una teoría social de la salud, a semejanza de *El Capital* de Marx, que orientara las prácticas sociales transformadoras. Ya en el caso de Juan César García, tal vez existiera dificultad para expresar una posición orientada hacia una práctica política en documentos de la OPS. Sin embargo, en su último trabajo, aunque habla a lo largo de todo el texto sobre la creación de un campo del conocimiento, al final se refiere al movimiento de la medicina social en América Latina y problematiza el papel de la OPS y de las ciencias sociales en la viabilización de proyectos de cambio. Su respuesta a esta pregunta es positiva dentro de ciertos límites: recurre, entonces, a Lenin, citando la necesidad de la existencia de condiciones materiales y de una vanguardia (García, 1985).

La llegada de Foucault a Brasil

Foucault, invitado a Brasil por el grupo del Instituto de Medicina Social de Río de Janeiro en el año 1974, pronunció una serie de conferencias que posteriormente fueron publicadas (Foucault, 1979a). El responsable de la invitación fue el filósofo Roberto Machado. Antes de esta visita, ya había sido citado como referente teórico en la tesis de Arouca, quien había tenido contacto con él a través del grupo de ciencias sociales de la UNICAMP. La repercusión de las conferencias de Foucault fue variada entre los fundadores. Para gran parte, a pesar de las críticas al marxismo, no hubo un impacto mayor. Para otros, influyó en la orientación de investigaciones en curso.

Hésio Cordeiro y Roberto Passos Nogueira mencionan una cierta reacción crítica: “*nosotros teníamos ese rechazo. Admirábamos como intelectual, pero rechazábamos como interpretación histórica lo que Foucault hacía. Y la política también entraba dentro de eso*”. En su tesis de maestría, Nogueira hace un análisis del surgimiento de la medicina en la civilización occidental, criticando el enfoque de Foucault sobre el nacimiento de la clínica y proponiendo una alternativa marxista que examinara los determinantes extradiscursivos de la organización social de la práctica médica. Arouca se apoya en la arqueología del saber para el análisis del discurso preventivista, pero añade un análisis marxista de lo extradiscursivo sobre las relaciones entre la medicina y la sociedad. Para Anamaria Tambellini, profesora e investigadora del Departamento de Campinas y también la primera esposa de Arouca, que siguió de cerca la elaboración de su tesis, el uso de Foucault por Arouca en la tesis fue un recurso metodológico:

Arouca usa [...] esos documentos como Foucault los usaba, pensaba en la arqueología, ¿entiendes? Eso, para él, fue algo de método [...]. Yo creo que cuando estábamos en Campinas, que leímos a Foucault, no entendíamos bien a Foucault. Yo llegué a entender a Foucault con la lectura de Roberto Machado. Cuando le dije eso a Arouca, Arouca dijo “yo no quiero saber más de eso”, que pasó un tiempo negando mucho eso y no sé por qué. (Anamaria Testa Tambellini, 27 de mayo de 2009)

Y sobre la repercusión de las ideas de Foucault sobre la medicina social en la conferencia pronunciada en el Instituto de Medicina Social, decía Anamaria Testa, en aquella entrevista: “Él es francés, no está entendiendo nada de lo que está sucediendo aquí”.

Para otros investigadores de las ciencias sociales que tuvieron la oportunidad de discutir su proyecto de tesis con Foucault, las ideas del filósofo tuvieron gran impacto:

Mira, tengo que confesarte que el pensamiento de Foucault, al menos en el área del Instituto de Medicina Social [UERJ], fue inicialmente muy rechazado, no fue aceptado. [...] El personal que trabajaba con el referente marxista era bastante riguroso [...]. Entonces, un pensamiento como el de Foucault, que sustituía aquella idea de aparato del Estado por la idea del poder centrado en la dominación [...] y que planteaba la idea de la normatividad de la sociedad disciplinaria, [...] categorías diferentes de análisis. Cuando fui a hacer mi tesis de doctorado, por increíble que parezca, la primera persona que leyó mi proyecto [...] fue Foucault. [...] Él [me] dijo que, con la idea de aparato ideológico del Estado, [yo] no iría lejos. En esa época, era lo más avanzado, era el estructuralismo marxista althusseriano. Entonces, él dijo que eso era un corsé metodológico, que no lograría moverme. Entonces, ¿qué es lo que pongo como forma de organización del poder? Él me dijo: “Bueno, ahí pones la cuestión del poder de la disciplina”. Yo aún no conocía sus trabajos. Entonces, abandoné la idea original. Critiqué, en la primera parte de mi tesis, la idea de aparato del Estado y adopté esta idea del poder institucional como forma de poder/saber y dominación, [incorporé también] ideas del análisis institucional y [en relación con el referente] marxista, utilicé la idea de hegemonía. [...] No fue bien aceptado al principio. (Madel Thezinhá Luz, mayo de 2009)

De esta forma, en síntesis, el grupo del Instituto de Medicina Social admiraba a Foucault como intelectual, sin embargo, debido a la orientación marxista predominante, sus análisis no fueron aceptados por gran parte de los investigadores. Sin embargo, para otros, como Madel Luz, significó una inflexión en el curso de la investigación.

Cuestiones en juego

¿Pero qué está en juego en el espacio de la salud colectiva? En primer lugar, como en otros espacios sociales, está en disputa la autoridad sobre la definición legítima de los problemas de salud en el ámbito poblacional, sus determinantes y las políticas adecuadas para su resolución. Estas cuestiones son objeto de luchas no solo dentro del espacio de la salud colectiva, sino

también por agentes situados en otros campos sociales, como el campo médico y otras disciplinas del campo científico, principalmente en el área de la investigación básica bacteriológica, inmunológica y genética, además de las ciencias sociales y humanas y otras disciplinas como Ingeniería Sanitaria, Química, Biología. Específicamente dentro de la salud colectiva, esta cuestión se traduce en disputas entre los subespacios: Epidemiología versus Ciencias Sociales, Ciencias Sociales versus Planificación y Epidemiología versus Planificación y Gestión. Estas oposiciones también aparecen en las disputas entre las técnicas metodológicas cuantitativa o cualitativa, entre lo político o lo técnico y lo político o lo científico. Muchas de estas cuestiones estaban en juego desde la génesis y persisten hasta la actualidad.

Las tomas de posición de los diferentes agentes en relación con estas disputas se relacionan con sus trayectorias, las que, a su vez, explican sus disposiciones orientadoras de los gustos y las opciones en relación con los temas de investigación, las concepciones sobre la salud colectiva, la Reforma Sanitaria, la política, la ciencia, la teoría y la práctica. Ellas también influyeron e influyen en las sucesivas definiciones y redefiniciones de la estructura del espacio.

Inicialmente, los primeros programas de posgrado eran generalistas, incluyendo disciplinas de las tres áreas. Progresivamente, se construyeron subespacios relacionados con las principales áreas de concentración existentes en la mayoría de esos programas. Posteriormente, se inició una tendencia hacia la especialización con la creación de programas específicos de epidemiología.

Las diferencias y disputas entre epidemiología, por un lado, y la política/planificación/gestión, por otro, aún aparecen, a veces, mezcladas con la opción por el campo científico y médico frente al campo burocrático o incluso político. Había referencias a la existencia de un Ba-Vi, un Fla-Flu⁹ entre epidemiólogos y planificadores. Esta analogía con las hinchadas rivales en el fútbol, aunque tenga algo de folclórica, revela el proceso de constitución de un campo con sus posiciones, tomas de posición y constitución de identidad. Anamaria Tambellini, al describir la llegada de ella y de Arouca al Departamento de Medicina Preventiva de la UNICAMP, se refiere así a esta división:

...él llegó a Campinas en el año 1967, yo llegué en octubre de 1968. El jefe era Miguel Tobar, que era colombiano. Tobar había hecho el curso de sanitarista en la USP y regresó a Colombia. Colombia [...] era uno de los países que tenía

9. Referencias a las oposiciones cotidianas que se polarizan a semejanza de las hinchadas rivales en el fútbol. En el caso de Ba-Vi, una referencia al Bahia y Vitória; y Fla-Flu, al Flamengo y Fluminense.

la propuesta más avanzada de medicina preventiva [...], pero él era un médico que sabía Clínica “para dar y regalar”. Era un excelente clínico y fue bueno trabajar con él. Para mí, fue bueno porque, desde el principio, había una división así: política y planificación [...] Los epidemiólogos siempre estaban mucho más cerca de los clínicos y de la Medicina Clínica, y los planificadores y los que hacían política ni siquiera eran política, era planificación, en realidad, era planificación y administración, se mantenían separados [...]. Yo [y] Tobar decíamos así: “aquí, todo el que trabaja tiene que hacer clínica” [...]. Había un barrio, Bargas Lemos de Oliveira [donde] atendíamos en el puesto de salud. Hicimos un proyecto. Era responsabilidad de la Facultad de Medicina. (Anamaria Testa Tambellini, 27 de mayo de 2009)

Y la oposición entre ciencias sociales y epidemiología se traduce, a veces, en las disputas sobre la metodología científica. Los epidemiólogos criticando el problema de la generalización de los estudios de caso y los cientistas sociales criticando el reduccionismo de las cuantificaciones sin teoría o con el uso inapropiado de las teorías. Estas disputas, en ocasiones, se reducen a la oposición *cualitativo* o *cuantitativo*. También se desarrollaron en referencia a los criterios de evaluación de la CAPES, que, desde el punto de vista de los científicos sociales o de los docentes de los programas de posgrado que producen en el área de las ciencias sociales en Salud, privilegia el modo de producción de artículos de la epidemiología (Iriart *et al.*, 2015). Estas son disputas que revelan la dinámica del campo como espacio de luchas, incluso para el cambio de las reglas del juego jugado en el campo.

Las ciencias sociales en salud, debido a que entraron en un espacio dominado por los médicos, en su origen, con la carga de salir de su propio campo consolidado, también disputaron con el área de planificación y gestión la autoridad sobre la investigación acerca de las políticas de salud. Cuando se creó la Comisión de Políticas de Salud dentro de Abrasco, los científicos sociales presionaron a la directiva de la entidad alegando duplicidad en relación con la Comisión de Ciencias Sociales en Salud. Aunque actualmente existe un área denominada política, planificación y gestión (Vieira-da-Silva *et al.*, 2016), en la 1.ª Reunión Nacional de Abrasco sobre la enseñanza y la investigación, solo había una referencia al área de administración y planificación en salud colectiva (Abrasco, 1982).

La especialización y la división en las subáreas forman, desde entonces, parte de las disputas dentro del espacio, aunque los puntos de vista sobre las repercusiones de estas disputas en el campo varían dependiendo de la posición y de la trayectoria del entrevistado, como se puede ver en los relatos a continuación:

Y al principio [...], existía un conjunto de disciplinas obligatorias para el estudiante que ingresaba [...]. Todos debían tener nociones de Epidemiología, de Planificación, de Ciencias Sociales. Después, se separaban. Entonces, se hizo una reforma [...], donde solo quedarían Planificación y Epidemiología. Como nosotros, de las Ciencias Sociales, no estuvimos de acuerdo, quedaron las tres subáreas. Yo creo que esa reforma, en general, fue un error y, hasta hoy, sigo pensando lo mismo. Esos departamentos se convirtieron en sectores estancos dentro de la institución. Y todo este movimiento separatista que ocurre hoy, de la Epidemiología, tiene relación con esto. Las subáreas se volvieron muy especializadas. Hay un predominio político de la Epidemiología por las características específicas de la producción en esa área. Las otras áreas que producen más lentamente [terminan perjudicadas]. Estas peculiaridades hacen que algunos programas presenten una menor producción ante la CAPES y, como consecuencia, sean peor evaluados; saquen una nota más baja. Esto, en mi opinión, no contribuye a fortalecer la salud colectiva. (Maria Andréa Rios Loyola, 21 de mayo de 2009)

Yo no veo esta tensión entre los campos disciplinares como una tensión siempre presente. Creo que la tensión surgió más claramente, en mi opinión, con la consolidación del proceso de evaluación de la CAPES. [...] Los programas fuertes del área de Epidemiología terminan destacándose en sus notas [...]. No estoy hablando de los programas específicos de Epidemiología... (Moisés Goldbaum, 6 de junio de 2008)

Entonces, creo que hay una [polarización entre el proyecto original de] salud colectiva versus salud pública, y dentro de esto hay [...] entre el personal de Epidemiología con Planificación y Administración y viceversa [y entre Ciencias Sociales y los otros dos] [...] Es decir, yo participé, por ejemplo, de una lista en Abrasco cuyo discurso de muchos de los compañeros era que se necesitaba politizar Abrasco, porque estaba siendo dominada por los epidemiólogos. Todas las veces que me llaman para integrar un comité del CNPq o de la CAPES, es con el argumento de que tengo que ir, porque si no, solo quedarán epidemiólogos... (Jairnilson Silva Paim, 28 de mayo de 2008)

La oposición entre lo científico y lo político aparecía en diversos momentos bajo diversos prismas. En relación con la concepción de Abrasco, por ejemplo, existía una idea de Abrasco como entidad principalmente política orientada a interferir en las políticas de salud y otra que enfatizaba el carácter académico de la entidad, aunque también considerando relevante un cierto grado de actuación política.

Entonces, había dos concepciones básicas que recuerdo muy bien: [...] o hacer una Abrasco que sería un Cebes revitalizado, como una especie de un gran, no diré un sindicato, pero una asociación de militantes del área de la salud, y una visión que era académica, en la que Abrasco debería ser una institución de investigación, de desarrollo, de implantación del área. Esto [se constituyó en] un enfrentamiento fuerte. Venció esta [última concepción], tanto que [el nombre quedó como] Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva. Otros querían Asociación Brasileña de Salud Colectiva [...], donde cabría la universidad, sin duda, pero la gran masa sería de los funcionarios públicos, digamos así, que era el gran público, como lo es hasta hoy de Abrasco. Serían funcionarios de los tres niveles de gobierno. Un defensor intransigente de esta primera visión de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva era Chico Gordo. Contra él, se oponía mucha gente: el profesor Guilherme, por ejemplo. Otros que quedaban un poco en la cuerda floja. (Paulo Eduardo Mangeon Elias, junio de 2010)

Esta discusión sobre el carácter de Abrasco permeó, muchas veces, los procesos sucesorios de la entidad o evaluaciones sobre la misma. Sebastião Loureiro relata que, al ser consultado para asumir la presidencia de Abrasco por José Carvalheiro, discutió esta cuestión:

Mira, yo [fui] a Abrasco para hacer lo que se viene haciendo, [...] [discusión de] programas de posgrado, programas didácticos, eso no me atrae mucho. Lo que creo que es importante es traer a Abrasco la discusión política. Solo aceptaré si hay un acuerdo entre [...] los liderazgos de Abrasco, que Abrasco deba pasar [a tener] una actuación más política, para ser un actor político y [...] no quedarnos [...] solo [...] discutiendo los cursos de posgrado. (Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, 2 de junio de 2008)

También la contraposición ciencia versus técnica aparecía en la disputa entre los proyectos relativos a Abrasco. Por un lado, el propósito de consolidar una asociación de fomento a la investigación, al posgrado y a la constitución del campo científico en el país. Por otro lado, el objetivo de construir una asociación orientada hacia los servicios de salud:

Incluso, hubo hasta [...] ciertos enfrentamientos porque muchos defendían, como yo mismo, a Abrasco como una entidad de posgrado, de investigación en salud colectiva, y otros querían transformar a Abrasco en una asociación de salud pública, lo que tenía todo, a nuestro ver, un riesgo de ser más una asociación corporativa que propiamente una que asumiera una vanguardia

en relación con las políticas públicas. (Jairnilson Silva Paim, 28 de mayo de 2008)

Esta diferenciación hizo que algunos agentes muy involucrados con la Reforma Sanitaria y con el Cebes no hubieran participado en las articulaciones que resultaron en la creación de Abrasco.

Nunca estuve vinculado a Abrasco [...]. Hoy, soy del Comité de Recursos Humanos de Abrasco, pero es una especie de miembro honorario. Pero nunca estuve cercano a Abrasco. En esa trayectoria, tuve mucho ese impulso de rechazar lo académico y buscar una vinculación más con el movimiento, más con cosas que tienen que ver con la praxis, con la educación [...]. Como yo estaba muy orientado hacia cuestiones más generales, más abstractas, quería compensar un poco eso en mi vida profesional. Siempre tuve esa dicotomía. Es una historia de toda mi vida. Trabajo en cosas que son más prácticas en relación con las políticas, en relación con los programas [...]. Y estoy trabajando alternativamente en algo extremadamente teórico. (Roberto Passos Nogueira, 13 de noviembre de 2008)

Esa misma polarización aparece también en las diferenciaciones dentro de la primera Comisión de las Ciencias Sociales en Salud. La participación en el Cebes como indicador de pertenencia a un polo más político, mientras que la constitución del área de las ciencias sociales en salud como un proyecto de constitución de una nueva disciplina correspondería a un polo más científico. Al referirse a la composición del grupo, embrión de la Comisión de Ciencias Sociales en Salud, una de las entrevistadas menciona a otro componente de la comisión que estaría más en “lo político”, en el Cebes. Al respecto, la propia científica social citada confirmaba esta posición al señalar que su opción por la participación en el movimiento sanitario era predominantemente política, relacionada con la lucha por la democratización del país. Es importante observar que lo que diferencia es el énfasis en lo político y la trayectoria con mayor inserción en el campo político, teniendo en cuenta que las disposiciones políticas estaban presentes en la mayoría de los entrevistados.

Otra oposición verificada entre la práctica y la teoría, o entre la práctica y la investigación, estaba presente en los proyectos académicos de los departamentos de Medicina Preventiva, como aparece en el debate entre Arouca

y José da Silva Guedes¹⁰ sobre la importancia del internado práctico en los centros de salud.

Una de las discusiones que ocurrieron con mayor intensidad en muchos de esos encuentros puede ejemplificarse con un debate entre Guedes y Arouca. Fue en la reunión promovida, en Medicina Preventiva de la FM-USP, por el profesor catedrático Guilherme Rodrigues da Silva. La discusión cuestionaba si valía más la teoría o la práctica en la organización del currículo. En ese momento, Guedes era profesor de Medicina Preventiva de la Santa Casa, que, en São Paulo, fue donde más temprano comenzó la conexión formal con el servicio. Pedreira de Freitas, catedrático en Medicina Preventiva de Ribeirão Preto (FMRP/USP), tenía, en Cássia dos Coqueiros, toda su base de estudios sobre la enfermedad de Chagas. Siendo una persona muy preocupada por la atención a la población, creó un servicio que no se configuraba formalmente como tal, pero que, en realidad, ya era el embrión de un centro de salud escuela. Sin embargo, quien formalmente creó el primer centro de salud escuela, con ese nombre, en São Paulo, fue la Santa Casa. A través de la conexión de Guedes con el secretario de Salud Walter Leser, crearon el Centro de Salud Escuela de Barra Funda. En la discusión, en este especial “encuentro de las preventivas”, Arouca afirmaba que era necesario teorizar, y Guedes, con la experiencia práctica de la Santa Casa, respondía: “quien piensa también hace y quien hace también piensa”. Arouca aún no había vivido la experiencia de Paulínia, aunque fue discípulo de Pedreira de Freitas, a quien dedicó su tesis O dilema preventivista, en 1976. (José da Rocha Carvalho, 12 de mayo de 2011)

Esta oposición se expresaba aún en las microdecisiones que forjan una trayectoria, como lo ejemplifica Lilia Schraiber, que tuvo que explicitar a Cecília Donnangelo su elección: “Y ahí en esa ocasión Cecília preguntó ‘¿dónde quieres entrar?’ ‘¿Quieres quedarte aquí conmigo en el departamento en mis investigaciones o quieres ir al centro de salud con Ricardo Bruno?’”.

El enfrentamiento entre teoría y práctica también aparecía en el polo municipalista del espacio de la salud colectiva. Varios agentes cuyas disposiciones

10. José da Silva Guedes se graduó en Medicina en 1961 (FM-USP), realizó una especialización en Salud Pública en 1963 y obtuvo el doctorado en Salud Pública en 1973. Fue secretario de Salud del municipio de São Paulo (1983-1985) y secretario de Salud del estado de São Paulo (1995-2002). Fue presidente del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (1992). Profesor titular del Departamento de Medicina Social de la FCM de la Santa Casa de São Paulo y consultor de la OPS.

fueron orientadas por el gusto por la acción en contrapuesto a la teoría del servicio versus la academia tuvieron participación en la gestión de las secretarías municipales de Salud, como fue el caso de algunos residentes del Departamento de Medicina Preventiva de la USP, que tenían militancia política en la gestión de Erundina¹¹:

Exactamente, y ellos fueron todos hacia la práctica, para ser sanitaristas, no les gustaba [...] [la discusión teórica]. Gran parte también tenía una visión de izquierda en relación con el departamento. [Criticaban] esa cosa de quedarse discutiendo. Lo que importaba era pasar a la acción. alguna acción no amarga, [...] alguna acción social [...]. Esto es un tema que necesita ser desdoblado, claro, una entrevista como esta no da [para desarrollar], porque no es una cuestión simple. Tenía una fundamentación teórico-conceptual muy fuerte; es decir, no era un rechazo de la práctica por la práctica. Ya lo dije: tenía más una fundamentación, que era bastante clara [...]. (Paulo Eduardo Mangeon Elias, junio de 2010)

La creación del CONASEMS y la inclusión de las cuestiones municipalistas en el informe final de la 8.ª Conferencia Nacional de Salud requirieron una articulación de los secretarios municipales presentes. Según el relato de Júlio Müller, médico, secretario municipal de Salud de Cuiabá y fundador del CONASEMS:

...luchamos allí para introducir varios puntos en el informe final, destacando la cuestión de los municipios. Debo tener incluso las anotaciones [al respecto]. [...] Recuerdo que hicimos esta articulación y el lobby, articulado por Nelson [Nelson Rodrigues dos Santos], para incluirlo en el resultado de la conferencia. Estuve allí en la conferencia, y [...] terminé organizando el Cosems [Consejo Estatal de los Secretarios Municipales de Salud] en Mato Grosso. (Júlio Strubing Müller Neto 16 oct. 2008)

Esas diferentes posiciones fueron detectadas por uno de los estudios realizados en el interior del PESES sobre algunos departamentos de Medicina Preventiva del Centro-Sur, que no llegó a ser publicado. Este trabajo, coordinado por Arouca, contó con la participación de Francisco Campos, Javier

11. Luisa Erundina fue alcaldesa de São Paulo en el año 1988. Eduardo Jorge, médico-sanitarista que había sido residente del Departamento de Medicina Preventiva de la FM-USP, fue su secretario de Salud.

Uribe y Raimundo Araújo dos Santos (Caníço). En esta investigación, los departamentos fueron clasificados en tres tendencias: liberal, racionalizadora y mínimo-legal.

Es decir, la tendencia liberal era aquella que aún buscaba un encuentro con la clínica, [...] una inserción cada vez mayor en el hospital universitario. La tendencia racionalizadora era aquella que buscaba un mayor encuentro con la red de servicios de salud, con programas de internado rural [como el de Minas], con programas de integración docente-asistencial [...]. Por otro lado, la tendencia mínimo-legal sería aquella que se preocupaba exclusivamente por cumplir el requisito del currículo mínimo del MEC [Ministerio de Educación]. Entonces, el estudio llegó a mapear los departamentos que [podían ser clasificados en esta tipología]. (Jairnilson Silva Paim, 28 de mayo de 2008)

Aún existían disputas en torno al proyecto de la Reforma Sanitaria que enfrentaban un núcleo de izquierda con sectores más conservadores. En el interior del núcleo de izquierda, concepciones consideradas como revolucionarias competían con concepciones vistas como reformistas desde la óptica de quienes se consideraban revolucionarios. Desde otro punto de vista, estaban los izquierdistas y los consecuentes, posición de aquellos que así se consideraban. Cuando se le preguntó sobre la relación entre las polémicas de la izquierda, desde el punto de vista de la oposición entre posiciones reformistas o revolucionarias con el proyecto específico de la salud colectiva, Paulo Eduardo Mangeon Elias, docente del Departamento de Medicina Preventiva de la USP, comentó:

Yo creo que repercutían en esos proyectos, creo que tenían una convergencia. Es decir, tenían una convergencia y una divergencia. La convergencia estaba en ese análisis más teórico-conceptual, que mostraba todos esos movimientos como propuestas reformistas dentro de una lógica capitalista y de apropiación por parte del poder de la dictadura militar. Entonces, allí había convergencia entre las dos corrientes. ¿Dónde había divergencia? En qué hacer. Allí existían dos visiones: una que era la visión de Althusser, con el enfoque teórico-conceptual sobre la superestructura [...] que estaba sucediendo con el PCI [Partido Comunista Italiano] en Italia, y las propuestas, digamos así, más [...] ¿cómo podría usar la palabra? [...] La palabra no es adecuada, pero la idea es esa: [propuestas] más ortodoxas para hacer la revolución por una ruptura social, [...] un asalto al poder. [En relación a esto,] no había ninguna convergencia. Ahora bien, esto no se planteaba

explícitamente, no era un debate que se presentaba públicamente como tal, era un debate más de pasillo, pero no de enfrentamientos públicos, aunque esto se traducía, por ejemplo, en las conformaciones internas de la política del Departamento. (Paulo Eduardo Mangeon Elias, jun de 2010)

Esa divergencia se tradujo en polémica, en las páginas de la revista *Saúde em Debate*, entre Sonia Fleury y Gastão Wagner. La discusión reflejaba una polémica sobre los desarrollos de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud. Trataba sobre la existencia de continuidad o ruptura con las políticas de salud; involucraba el papel del Estado y las transformaciones sociales en curso, además de concepciones sobre la construcción de hegemonía, en el sentido de Gramsci. También involucraba la comprensión acerca de cuál sería la base social del entonces movimiento sanitario (Campos, 1988; Teixeira, 1988).



Capítulo 5

Transformaciones, continuidades y rupturas (1979-2009)¹

*Ligia Maria Vieira-da-Silva, Sandra Garrido de Barros,
Jamacy Costa Souza y Gerluce Alves Pontes Da Silva*

El subespacio científico 30 años después

Se puede decir que el espacio de la salud colectiva se consolidó en el período estudiado, que va desde la creación de Abrasco (1979) hasta la evaluación de la CAPES, en 2009, particularmente en lo que respecta al subespacio científico. En 1979, solo cinco programas de posgrado en Salud Colectiva participaron en la creación de Abrasco (Nunes, 2005). Ya en 2009, existían 45 programas de posgrado en Salud Colectiva, con 944 docentes (Tabla 1). En marzo de 2017, ya existían 90 programas de posgrado en Salud Colectiva y 127 cursos aprobados por la CAPES en funcionamiento.

Se muestra a continuación el orden cronológico en que fueron creados los programas de posgrado en Salud Colectiva que participaron en la fundación de Abrasco en 1979 (Magaldi & Cordeiro, 1983; Nunes, 2005):

- 1970: Programa de Posgrado de la Facultad de Salud Pública de la USP;
- 1971: Programa de Posgrado de la FMRP;
- 1973: Programa de Posgrado de la FM-USP y de la FMUFBA;
- 1974: Programa de Posgrado del Instituto de Medicina Social de la UERJ y de la ENSP, en 1977.

1. Participaron también en la elaboración de este capítulo: Eliandra Souza dos Santos, Anne Soares Silveira, Milena Nobre Maia, Paloma Ribeiro Pires Simas, Camilla Ramos Reis, Deise Uchoa da Silva y Fernanda Silva Scher. En la digitación y codificación y el análisis preliminar del banco de docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva.

El polo dominante de este subespacio estaba constituido por los 20 programas que obtuvieron conceptos 7, 6 y 5, pertenecientes a 13 universidades o instituciones de investigación. Los cinco programas que participaron en la constitución de la salud colectiva formaban parte de este grupo. Al crear el espacio, estos programas le dieron las características que ellos mismos poseían o pretendían poseer, estableciendo, así, las reglas de la dominación. En la reproducción del espacio en los 30 años analizados, se reprodujo el polo dominante original, pero también su ampliación, con la incorporación de nuevos grupos. Así, estos primeros programas fueron responsables de la creación y el fortalecimiento del espacio que, a su vez, contribuía al fortalecimiento de los programas.

La mayoría de los programas (79,7%) había sido evaluada, con calificaciones de 4 o superiores, lo que correspondía a programas buenos (4), muy buenos (5), de excelencia nacional (6) y de excelencia internacional (7) (Tabla 1). Si en sus orígenes era un espacio mayoritariamente médico, con la participación importante pero secundaria de algunos científicos sociales, el análisis de la composición del espacio en 2009 revela que la mayoría de los investigadores (55%) no era médica, aunque ese segmento seguía teniendo una participación específica relativamente mayor que las demás profesiones de la salud y que los científicos sociales tomados aisladamente. Los criterios de evaluación de

Tabla 1. Número de docentes de programas de posgrado en Salud Colectiva, según la nota obtenida por el programa, evaluación trienal CAPES. Brasil, (2007-2009).

Nota	No. de programas de posgrado	n	%
3	10	192	20,3
4	15	224	23,7
5	10	329	34,9
6	8	155	16,4
7	2	44	4,7
Total		944	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de indicadores de CAPES (2009).

la CAPES han sido reconocidos como inductores del crecimiento del campo científico en Brasil y, particularmente, para la salud colectiva. No obstante, han sido objeto de críticas y han suscitado polémicas, principalmente debido a las posibles distorsiones que pueden causar en áreas interdisciplinarias como la salud colectiva (Iriart *et al.*, 2015).

La mayoría de los docentes se formó en las décadas de 1970 y 1980 (63%), teniendo la graduación en Medicina (45%) como la más frecuente, seguida por otras profesiones de salud: Enfermería (7%), Nutrición (4%), Psicología (4%) y Odontología (3%). Cabe un comentario sobre el pequeño porcentaje (9%) de docentes graduados en el conjunto de las áreas relacionadas con las ciencias humanas y sociales: Sociología, Historia, Antropología y otras (Tabla 2).

Es importante destacar que, dentro de la salud colectiva, existe un subespacio específico orientado a las ciencias sociales en salud que forma a sus propios cuadros, mayoritariamente de profesionales de salud que ingresan en la salud colectiva a partir de esta vertiente. Llamó la atención la variedad de las áreas de graduación, así como la gran proporción de docentes clasificados

Tabla 2. Número de docentes de programas de posgrado en Salud Colectiva según el área de la licenciatura y año de finalización. Brasil, 1945-2010.

Área	1945-1960		1960-1975		1975-1990		1990-2010		S/inf.	Total ^a	
	n	%	n	%	n	%	n	%	-	n	%
Medicina	6	67	97	48	298	50	23	18	-	424	45
Enfermería	0	0	7	4	49	8	6	5	-	62	7
Nutrición	0	0	4	2	32	5	6	5	-	42	4
Odontología	1	11	3	2	18	3	8	7	-	30	3
Farmacia	0	0	6	3	14	2	3	2	-	23	2
Psicología	0	-	3	2	22	4	9	7	-	34	4
Ciencias Sociales	1	11	32	16	40	7	17	14	-	89	9
Otras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	222	24
Sin información	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	2
Total ^a	9	100	202	100	591	100	124	100	18	944	100

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Plataforma Lattes (2010).

^aEl valor total no se condice con la suma del número de docentes según área, dado que se dispone del número total de docentes de los programas en cada período, pero con datos parciales de la distribución por áreas.

como de “otras áreas” (n=222, 24%), es decir, docentes cuya graduación no era ni en profesiones de salud ni en ciencias sociales, lo que señala la variedad de disciplinas que componen este subespacio (Tabla 2). En este sentido, el estudio de Nunes, Ferreto y Barros (2010) identificó 1.171 disciplinas de cursos de posgrado (doctorado, maestría y maestría profesional), agrupadas en 29 diferentes subáreas del conocimiento. La participación aún dominante de los médicos como docentes de los programas de posgrado pudo ser constatada en el subespacio científico.

Sin embargo, probablemente, una investigación de los estudiantes de esos programas podrá mostrar un perfil diferente con una incorporación cada vez menor de médicos. La reducción proporcional de la participación de los médicos en los programas de posgrado en Salud Colectiva es, en parte, generacional y se relaciona con las características de la institucionalización del SUS, con la expansión y consolidación de las industrias médico-hospitalarias y de los planes de salud, con las redefiniciones de los campos político, económico y médico que impregnan e interactúan con el campo de la salud colectiva. Si, por un lado, este hecho trae problemas de legitimación al nuevo espacio, dado el mayor capital simbólico de los médicos en relación con otras profesiones de la salud, por otro, revela la propia contradicción existente en la creación de nuevos campos, que deben construir su legitimidad y autonomía relativa frente a otros espacios sociales ya establecidos.

Aunque el predominio sea de egresados del área de Ciencias de la Salud (del 52% al 61%), en el período estudiado por Gomes y Goldenberg (2010), también se verificó la participación de egresados provenientes de las Ciencias Humanas (entre el 14% y el 17%), Ciencias Biológicas (5%) y Ciencias Exactas y de la Tierra (con participación inferior al 3%). Por otro lado, también un estudio sobre la ocupación de puestos de trabajo específicos de la salud colectiva, como las vigilancias o cargos de gestión y planificación en salud, en los servicios de salud, podrá revelar una dominancia de otras profesiones. En otras palabras, la morfología del espacio puede estar modificándose.

Existen varias generaciones de docentes, teniendo en cuenta el año de graduación. La mayor proporción se graduó en el año 1980 (40%), seguida por la generación del año 1970 (37%). La especialización y la maestría también fueron realizadas en esas dos décadas por la mayoría de los docentes, mientras que, el doctorado, en las décadas de 1980 y 1990 y posteriores. Hay, por lo tanto, un largo tiempo para el ingreso en los programas de posgrado en Salud Colectiva, posiblemente debido a la inversión en trayectorias específicas, dentro de otros campos sociales (Tabla 3).

Los docentes de los programas de posgrado, en el momento de aquella evaluación CAPES (2006-2009), eran predominantemente mujeres (58%),

Tabla 3. Número de docentes de programas de posgrado en Salud Colectiva, según el año de finalización de los cursos realizados, Brasil (1945-2010).

Período	Graduación		Especialización		Maestría		Doctorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1945-1960	9	1	16	2	11	1	6	1	9	1
1960-1970	202	21	131	14	96	10	40	4	69	7
1970-1980	591	63	282	30	241	26	103	11	348	37
1980-1990	124	13	183	19	450	48	364	39	376	40
1990-2010	9	1	55	6	65	7	418	44	124	13
S/información	9	1	277	29	81	9	13	1	18	2
Total	944	100	944	100	944	100	944	100	944	100

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Plataforma Lattes (2010).

trabajando en régimen de dedicación exclusiva (56%). Aunque la mayoría lideraba grupos de investigación (55%), solo una pequeña proporción era beneficiaria de la beca de productividad CNPq (26%) y había realizado posdoctorado (32%). En el caso de las becas de productividad de investigación, muy probablemente, lo que existe es una demanda reprimida, a pesar de la expansión en el número de becas entre el año 2002 (115 becas) (Barata & Goldbaum, 2003) y 2009 (244 becas), alrededor de un 112%. Esta expansión, sin embargo, no fue continua. En marzo de 2017, existían solo 202 becas de productividad de investigación para el área de salud colectiva en la base del CNPq, lo que implicó una reducción del 17% en relación a 2009.

La formación específica en salud colectiva ocurrió predominantemente en la maestría y el doctorado. Solo 181 (19,2%) de los 944 docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva realizaron una especialización en Salud Colectiva, Salud Pública, Salud Comunitaria o áreas que corresponden a disciplinas o temas de la salud colectiva, como Salud Ocupacional y Epidemiología. El análisis sobre la inserción profesional de los egresados de los programas de posgrado revela una consolidación tanto del subcampo científico como del subcampo burocrático. En la década de 1980, la mayoría de los egresados trabajaba en los servicios de salud (Magaldi & Cordeiro, 1983). Para los años noventa, el estudio de Goldenberg y Schenkman (1997) reveló que los egresados se distribuían entre la docencia (31,1%), funciones técnico-asistenciales (26,4%), funciones administrativas (16,3%) y de investigación (15,7%).

También la evaluación realizada por Gomes y Goldenberg (2010) referente al período de 1998 a 2007 mostró que la mayoría de los egresados de doctorado y maestría académica ejercían actividades de enseñanza (81,6% y 70,1% respectivamente) e investigación (87,2% y 68,5%), mientras que los egresados de maestrías profesionales estaban principalmente insertados en actividades de gestión en salud (70%) e investigación (30%) (Gomes & Goldenberg, 2010). Las autoras verificaron además que la gran mayoría estaba en el sector público (82,8% entre doctores; 72,7% entre los maestros y 93,3% entre quienes tenían una maestría profesional). Estos hallazgos revelan la consolidación del campo en estas dos dimensiones. También es indicativo del funcionamiento del espacio en cuanto a su reproducción.

La especificidad de la salud colectiva puede ser comprendida tanto por el área de actuación, indicada por el docente en su currículum Lattes², como por el análisis del objeto de la tesis. La asignación del área de actuación en Lattes es realizada por el docente que lo completa. En este llenado, puede haber algún grado de subjetividad. Por ejemplo, una tesis sobre Epidemiología de la desnutrición infantil puede ser clasificada como de salud colectiva,

Medicina o Nutrición. Puede revelar la trayectoria, la percepción o el deseo de reconocimiento del investigador relacionado con determinado campo social o área del conocimiento y puede servir como uno de los indicadores del grado de consolidación de la identidad del espacio social.

Aunque la mayoría de los docentes (56,1%) clasifique su primera área de actuación como salud colectiva (Tabla 4) y la mayoría de los temas pueda ser considerada como perteneciente a una de las tres grandes áreas de la salud colectiva: epidemiología, política/planificación/gestión y ciencias sociales en salud, aún existe una proporción considerable de tesis clasificadas como de otras áreas que no son la salud colectiva (21,4%) (Tabla 5). Este panorama revela,

Tabla 4. Número de docentes de programas de posgrado en Salud Colectiva, según área de actuación*, Brasil, 2010.

1.ª área de actuación	n	%
Salud colectiva	530	56,1
Medicina	128	13,6
Otras áreas	105	11,1
Otras profesiones de salud	80	8,5
Ciencias sociales	78	8,3
Sin información	23	2,4
Total	944	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Plataforma Lattes (2010).

*Área de actuación: Se refiere a la primera área de actuación indicada por el docente en su currículum Lattes, en el tópico "Área de actuación".

2. Disponible en: <<https://lattes.cnpq.br/>>

Tabla 5. Número de docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva, según tema de la disertación de maestría y tesis de doctorado. Brasil, 2010.

Temas de la disertación	Maestría		Doctorado	
	n	%	n	%
Epidemiología*	266	28,2	329	34,9
Ciencias sociales en salud**	212	22,5	217	23,0
Política, planificación, gestión y evaluación	121	12,8	161	17,1
Otros***	197	20,9	202	21,4
Sin elementos para clasificar	48	5,1	19	2,0
Sin información	14	1,5	5	0,5
No se aplica	86	9,1	11	1,2
Total	944	100,0	944	100,0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Plataforma Lattes (2010).

*Incluidas la Epidemiología Clínica y la Epidemiología Social.

** Incluidas las Ciencias Sociales sin adjetivación.

*** Correspondían a áreas diversas, tales como: Arqueología, Ingeniería de la Producción, Genética, Inmunología, Matemática, Morfología, Química, Zoología, Bioquímica.

por un lado, cierto grado de consolidación de la especificidad de la salud colectiva como área de conocimiento, pero también evidencia la influencia de otros campos sociales dominantes y ya establecidos, como la medicina y las ciencias sociales y humanas.

En el llenado de las subáreas del conocimiento, hay una clara inducción de la matriz del CNPq, que presenta como subáreas de la salud colectiva a la epidemiología, la salud pública y la medicina preventiva. La denominación elegida por el mayor porcentaje de docentes fue salud pública (n=155; 16,4%), seguida por epidemiología (n=151; 15,9%). Al someter proyectos de investigación al CNPq, todos los investigadores del subespacio de las ciencias sociales en salud y de política, planificación y gestión tienen como opciones salud pública y medicina preventiva. De este modo, aunque la plataforma Lattes permite la inclusión de una subárea distinta a la existente en la matriz del CNPq, solo un número reducido identificó su tesis con las denominaciones consuetudinas históricamente en el interior de Abrasco: cuatro docentes informaron

el área de política, planificación o evaluación y solo dos clasificaron sus tesis como de ciencias sociales en salud.

Diversas disciplinas de las ciencias humanas y sociales fueron relacionadas: Sociología, Sociología de la Salud, Sociología del Desarrollo, Sociología Rural, Sociología Urbana, Teoría Antropológica, Antropología, Antropología de las Poblaciones Afrobrasileñas, Antropología Rural, Antropología Urbana, Políticas Públicas, Estado y gobierno, Planificación y Evaluación Educativa, Historia de Brasil, Educación, Fundamentos de la Educación y Temas Específicos de Educación. También hay especialidades médicas relacionadas, como clínica, psiquiatría, materno-infantil, odontológicas y de enfermería. Esta diversidad puede reflejar la multidisciplinariedad que es característica de la salud colectiva, pero también puede traducir la persistencia de la identidad con los campos y las disciplinas ya consolidadas y los problemas en la creación de una nueva identidad.

Cuando se clasificaron los temas de las disertaciones de maestría y tesis de doctorado, el subespacio que reunía el mayor número de disertaciones y tesis era epidemiología, con 266 (28,2%) en maestría y 329 (34,9%) en doctorado. En segundo lugar, para ambos los niveles, se encontraban las ciencias sociales y ciencias sociales en salud sumadas: en maestría 212 (22,4%) y en doctorado 217 (22,9%). El tema de Política, Planificación, Gestión y Evaluación en Salud era el menos frecuente, con 121 disertaciones de maestría y 161 tesis de doctorado clasificadas en esta área (13% y 17%) (Tabla 5). Este panorama también revela las transformaciones en el espacio de la salud colectiva. Si, al principio, el polo de los fundadores produjo tesis que podían ser clasificadas como ciencias sociales en salud y epidemiología social, en su mayoría, la clara dominancia de la epidemiología tradicional traduce la consolidación de esta disciplina como polo dominante, pero también indica el ajuste de esta disciplina a los campos científico y médico, dominantes en relación con la salud colectiva.

Se observa que, entre los docentes vinculados a los programas de posgrado que cursaron doctorado, la mayoría lo hizo principalmente en universidades situadas en el polo dominante de la salud colectiva, con elevada oferta de vacantes, como la USP, Facultad de Salud Pública (n=117; 12,4%); Fiocruz, Salud Pública (n=140; 14,8%); UERJ (n=57; 6,0%); seguidos de los programas de Medicina Preventiva de la USP, UNICAMP y ISC/UFBA, con 4%, 4% y 3% respectivamente. Una proporción razonable cursó su doctorado en programas de posgrado fuera del área de la salud colectiva (40%) (Tabla 6). Ya la mayoría de los docentes que hicieron un posdoctorado buscaron una universidad en el extranjero (72%).

También el análisis de los temas del artículo indicado por el autor como uno de sus cinco trabajos más importantes, o, en ausencia de este, del artículo

Tabla 6. Número de docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva, según el programa en el cual cursaron el doctorado. Brasil, 2010.

Programa	n	%
USP Salud Pública MD	117	12,4
Fiocruz Salud Pública MD	140	14,8
UERJ Salud Coletiva MD	57	6,0
USP Medicina Preventiva MD	37	3,9
UNICAMP Salud Coletiva MD	37	3,9
UFBA Salud Coletiva MD	27	2,9
Institución fuera del país	49	5,2
Sin información	8	0,8
Otro PPGSC*	92	9,7
Otro PPG**	380	40,3
Total	944	100,0

Fuente: Elaborada por la autora con datos de la Plataforma Lattes (2010).

* PPGSC Programa de posgrado en Salud Coletiva

** PPG Programa de posgrado en otras áreas

MD= Maestría y doctorado.

más reciente (Tabla 7), reveló una dominancia de la Epidemiología (n=312; 33,1%), seguido por las Ciencias Sociales (24,5%). El área de Política, Planificación, Gestión y Evaluación ocupa el tercer lugar, con 137 (14,5%) artículos. Cabe destacar que el tema Evaluación está presente en 59 trabajos (6% del total).

Esta mayor participación de la Epidemiología como tema de las publicaciones está relacionada también con la composición del cuadro permanente de posgrado y su contribución en la puntuación de la productividad para la evaluación del programa por la CAPES. En el trienio 2010-2012, el 48,9% de los docentes eran de Epidemiología según la clasificación de los coordinadores de los programas, siendo que, en algunos programas, este porcentaje llegaba al 70%. (Iriart *et al.*, 2015)

Tabla 7. Número de docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva, según el tema del principal trabajo indicado por el autor. Brasil, 2010.

Tema del principal trabajo	n	%
Epidemiología*	312	33,1
Ciencias sociales en salud	231	24,5
Política, planificación y evaluación	137	14,5
Otros	183	19,4
Sin información	43	4,6
No se aplica	8	0,8
Sin elementos para clasificar	30	3,2
Total	944	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Plataforma Lattes (2010).

* Incluidas la Epidemiología Clínica y la Epidemiología Social.

Llamó la atención la proporción de estudios en el área básica, epidemiología clínica y clínica (8%, 4%, 3%, respectivamente), que se equipara a la del área de política, planificación, gestión y evaluación, específica de la salud colectiva. La epidemiología social fue clasificada en solo 13 trabajos, es decir, el 1% de ellos. Este mismo patrón se reproduce en el análisis de los otros cuatro artículos clasificados como más relevantes, siendo que, en algunos de ellos, las áreas de investigación laboratorial, clínica y epidemiología clínica juntas (n=124; 13,1%) superaron las publicaciones en relación con el área de política, planificación y gestión (n=78; 8,3%).

El subcampo científico de la salud colectiva se institucionalizó a lo largo del período analizado (1979-2009). Se revela en la expansión e internacionalización de la producción científica (Viacava, 2010), así como en la elección de varios investigadores epidemiológicos para la Academia Brasileña de Ciencias, entre los cuales Mauricio Lima Barreto, Cesar Victora, Carlos Augusto Monteiro, Maria Inês Schmidt y Bruce Bartholow Duncan. A esto se suma la creación del área específica para la salud colectiva en la CAPES y en el CNPq, la gran expansión de los programas de posgrado en Salud Colectiva que otorgan un título y confieren una *experiencia* especializada. Esta *experiencia* es reconocida y utilizada como criterio para la acreditación de cursos de

posgrado, concesión de becas de investigación y aprobación de proyectos en el área. Esta codificación, sin embargo, tiene una cierta fluidez, debido a la diversidad de posibilidades para obtener este título en relación con el contenido de la formación y los objetos de investigación.

El espacio de los puntos de vista sobre la salud colectiva

La definición de la salud colectiva por los entrevistados y por los autores de trabajos académicos sobre este tema varió según la posición ocupada y las características de la trayectoria de los fundadores. Como se mencionó anteriormente, en el momento de la génesis, el nombre “salud colectiva” no fue producto de un trabajo teórico, sino que correspondió a un sustantivo, aparentemente neutro, que resolvía el problema político relacionado con la denominación “medicina social”, interpretada por agentes situados más a la derecha del espectro político como medicina socialista. También resolvía el problema de la superposición con la Sociedad Brasileña de Higiene, entidad preexistente que reunía a los sanitaristas tradicionales cuando se creó Abrasco. Por otro lado, no se superponía a la medicina preventiva, concepto con el cual, tras la crítica hecha por Arouca en su tesis, los pioneros querían romper. Por último, era cómodo para los científicos sociales y otros profesionales de la salud no médicos. Esta ambigüedad presente en la génesis puede explicar la persistencia de estas denominaciones como sinónimos de salud colectiva.

Al ser preguntados durante las entrevistas realizadas entre 2008 y 2011, por lo tanto, cerca de tres décadas después de la creación de Abrasco, los fundadores respondieron con sus concepciones actuales. Las respuestas a la pregunta “¿qué es la salud colectiva?” fueron variadas, reflejando el proceso histórico y el fenómeno de la amnesia de la génesis en algunos casos. El espacio de los puntos de vista sobre la salud colectiva también se relaciona con las clases de trayectorias efectivamente realizadas en el período aquí analizado. La especificidad de la salud colectiva se afirma, ya sea por el rescate de su historicidad, ya sea por el trabajo posterior de construcción social de este espacio como campo. Así, se encuentra en las definiciones sobre la salud colectiva la preservación de las concepciones originales, o como proyecto de una medicina social identificada con la medicina social europea del siglo XIX, o como sociología de la medicina y de la salud. La primera aparece en los fundadores que desarrollaron sus trayectorias en el campo científico y tomaron la propia construcción teórica sobre la salud colectiva como objeto de producción académica, pero también entre los entrevistados, que, aunque

actuando en instituciones públicas no académicas, se mantuvieron vinculados al movimiento sanitario a través del Cebes.

La salud colectiva fue una etiqueta adoptada en cierto momento para generalizar la visión de la medicina social que nacía en esos diversos institutos: en la UNICAMP, en Río de Janeiro, en las escuelas de Salud Pública. Entonces, la salud colectiva fue una forma de no [utilizar] el nombre muy antiguo de Salud Pública, ni comprometerse con algo muy ligado a la [profesión médica] [...]. Así, la salud colectiva fue una salida brillante... (Médico con trayectoria predominante en la burocracia estatal y militancia política)¹

La idea de la salud colectiva como una disciplina ligada a la Sociología, presente en la visión de Luiz Pereira, orientador de Donnangelo, ya mencionada, también persiste:

¿Qué es la salud colectiva? Para mí, es el estudio sociológico de la salud. Es decir, es el estudio del lado colectivo de la salud. Como el nombre ya lo indica. Entonces, quiere decir, es una visión que uno puede tener de los efectos sociales, de la influencia de la colectividad, de las normas, de las instituciones, de los sistemas y de los contextos sociales sobre la salud. Nunca es la salud [desde] el punto de vista individual. Así, la Medicina, las ciencias médicas consideran la salud desde el punto de vista del individuo, y nosotros consideramos la salud desde el punto de vista social. Siempre es una mirada del colectivo hacia lo individual. (Científico social con trayectoria predominante en el campo científico e inserciones localizadas en el campo burocrático)

Un tercer punto de vista que aparece entre los entrevistados es la superposición entre los conceptos de salud colectiva y salud pública. De acuerdo con esta concepción, no habría distinción entre salud colectiva y salud pública. La salud colectiva sería el verdadero sentido de la salud pública o la expansión o renovación de la salud pública. Esta toma de posición está asociada con posiciones predominantes en el campo, principalmente en organismos internacionales o en actividades cuyo diálogo internacional es fundamental. Puede estar influenciada por la existencia, en el plano internacional, de un campo

1. En este tema, al tratarse de la construcción de un espacio de los puntos de vista asociados a las trayectorias, las entrevistas no fueron identificadas, teniendo en cuenta los requisitos de confidencialidad y los cuidados éticos.

consolidado de salud pública, fuera de las escuelas médicas, e institucionalizado también en los organismos que agrupan un elevado capital simbólico, como la OMS y la OPS. Aparece también en trayectorias mixtas, en las cuales se observa tanto inserción en el campo científico como en el campo burocrático y/o en el campo político.

...Creo que recuperó el verdadero sentido de la salud pública. Con el nombre de salud colectiva, Abrasco y todas las otras cosas que surgieron después, en las cuales Abrasco directa o indirectamente tuvo una participación, recuperó en Brasil un poco la importancia y el significado de lo que es la salud pública. (Médico, con trayectoria predominante en el campo burocrático, en cargos de gestión)

Entonces, para mí [...] yo veo [...] la salud colectiva como una expansión de la salud pública [...], en el sentido de desvincular esta práctica, que fue, en cierto momento, muy identificada con una actuación exclusiva del Estado, para una ampliación que involucra a otros grupos en la sociedad. Y para mí, lo que define el campo de la salud colectiva es el objeto, [el análisis del] proceso salud-enfermedad en su dimensión material y simbólica en un ámbito [poblacional] [...] [también la], organización de servicios para atender las necesidades en el ámbito colectivo, [...] lo que la diferencia de la Medicina y de otras prácticas de la salud. (Médica con trayectoria predominante en el campo científico y militancia política Abrasco/Cebes)

...La salud colectiva es la salud pública. [Esa es mi opinión,] aunque sé que existe una reflexión bastante interesante sobre el porqué de la salud colectiva, que viene desde Arouca. Naomar también tiene una participación importante en ese debate, en esa construcción. Creo que, hoy, el término “salud colectiva”, fue mucho más, digamos, un concepto identitario que un concepto fundado en una distinción con respecto a la salud pública. De la misma forma que abandonamos la SBH [Sociedad Brasileña de Higiene] por una cuestión identitaria, para fundar Abrasco. Creo que la trayectoria de la salud pública a la salud colectiva tiene mucho más este carácter. Además, la salud colectiva, si no me equivoco, surgió como una alternativa, o como una forma de establecer una contradicción con la medicina preventiva... (Médico con trayectoria predominante en el campo burocrático en cargos de gestión)

...Yo trabajo con la salud pública como sinónimo de salud colectiva. Sé que existen corrientes y hay gente, incluso, que piensa que la salud pública es algo más restringido, esa cosa que nosotros llamamos vigilancia de la salud [...]. Incluso, en la adaptación de este instrumento de evaluación [se refiere a las Funciones Esenciales de la Salud Pública, iniciativa adaptada por el Conass para evaluar la gestión estatal del SUS]. Esa fue una de las cuestiones que discutimos mucho, ya que él defiende allí un concepto ampliado de salud pública [...]. No hago esa separación como, por ejemplo, Jairnilson hace y le gusta transmitir [...], tal vez incluso por trabajar en un campo donde esta cuestión teórica tiene menos relevancia, [...] y uno va a trabajar con concepciones [...] al final, la salud pública, tiene [ese significado] [...] más, entre comillas, [operacional]. (Médico con trayectoria mixta predominante en el campo burocrático en cargos de gestión, militancia partidaria y en el movimiento sanitario)

No veo diferencia. Creo que la salud colectiva es la salud pública brasileña, es la cara de la salud pública brasileña [...]. (Médico con trayectoria mixta predominante en el campo científico y ocupación de cargos de gestión, militancia en el movimiento sanitario)

Yo, sinceramente, tal vez incluso por no haber vivido el movimiento de la salud colectiva en los años 1970, 1980, tengo una dificultad un poco mayor en definir esto. No tengo esa respuesta tan pronta. Yo [veo] una enorme superposición con salud pública. ¡Hasta porque la forma en que, en Brasil, construimos la salud pública/salud colectiva tiene tantas especificidades que no [permite diferenciar] una de otra! Yo lo veo como un área interdisciplinaria, un área que fuertemente tiene un pie en las Ciencias Sociales, pero tiene otro pie, extremadamente fuerte y bien consolidado, en el área biomédica, mirando más específicamente en esa dimensión de la Epidemiología. Es un área difícil, porque es extremadamente amplia, prácticamente como de la forma en que definimos esto, este campo en Brasil, ¡prácticamente cualquier tema cabe ahí! [...]. Y ahí, la cosa se vuelve mucho más difícil. No sé darle una respuesta, creo que es muy difícil que alguien defina salud colectiva de la manera en que se definiría, por ejemplo, más fácilmente la Antropología. (Científico social con trayectoria predominante en el campo científico, militancia Abrasco)

La salud colectiva también aparece como sustantivo referido a la dimensión poblacional de la salud en contraposición a la salud individual. Esta concepción refleja cierto grado de institucionalización de la salud colectiva.

Aparece tanto como un concepto poblacional abstracto que remite a lo social, dependiendo de la trayectoria del entrevistado y de su formación en Ciencias Sociales. En esta perspectiva, algunos entrevistados lo consideran como un concepto que permite articular la atención individual con las acciones de ámbito poblacional:

Creo que es el estudio de las cuestiones de la salud desde la perspectiva del colectivo. Y me gusta este nombre. [...] [Mejor que la medicina preventiva]. Y en ese sentido, también prefiero la salud colectiva a la salud pública, porque la salud colectiva permite más claramente la inclusión de la asistencia que la salud pública. [...] La salud colectiva [implica] un enfoque que considero pertinente y es suficientemente inclusivo para abarcar las cuestiones que tienen que ver con la salud de todo un colectivo social. (Médica con trayectoria predominante en el campo científico y militancia Abrasco)

Se criticó tanto el modelo ontológico de enfermedad, que se pierde la oportunidad de pensar, al menos metafóricamente, en la salud y en la salud colectiva como un estado general, no solo de una persona, sino de una comunidad, de una sociedad. [...] Que no [...] se reduce a la suma de las saludes individuales, es decir, en el sentido de las capacidades individuales de vivir [...]. Además, es diferente de lo que se llama el campo de la salud colectiva [...]. La salud pública es más específica del sector público. Ahora, la salud colectiva es primero el territorio, su población entera, con todos los riesgos y con todo lo que haya de individual. Es público o privado. Ahora dirigido al sector público, por favor. (Médica con trayectoria mixta, predominante en el campo burocrático, con inserción en el campo científico)

Aún existe la definición de la salud colectiva como proyecto político, comprendida a partir de la recuperación de su historia, formulada por entrevistados con trayectoria predominante en el campo científico, pero con un fuerte componente de militancia política.

Mira, esa es una pregunta terrible [¿qué es la salud colectiva?], porque tiene innumerables implicaciones desde el punto de vista teórico-conceptual. [...] La salud colectiva nació como un proyecto político muy claro, y eso tiene el lado bueno y las deficiencias que pagamos hasta hoy. Muchas de las cosas que creo que tenemos, las fragilidades, las inconsecuencias. No hubo un esfuerzo teórico-conceptual importante para dar sustento [...]. Continúa siendo [predominantemente] política. Con esto, perdimos toda una tradición de la salud pública brasileña y tiramos [fuera] el agua, el bebé y la bañera del

bebé por la ventana; porque no se puede hacer eso. Es como si la salud pública brasileña solo existiera a partir de ese proyecto fundado en el año 1980, eso es lo que está en la práctica; por eso es difícil definir qué es la salud colectiva desde ese punto de vista. (Médico con trayectoria predominante en el campo científico, militancia partidaria y en el movimiento sanitario)

También existe un punto de vista que considera la salud colectiva como un concepto amplio que abarca diversas dimensiones de la salud. Este punto de vista considera la salud colectiva como “...*todo lo que interesa a la salud de la humanidad: Biología Molecular hasta lo que está sucediendo en el movimiento de los Sin Tierra [...]. Pero diferente de la salud pública.*”² Aún existe, para otros, una dificultad en definir la especificidad de la salud colectiva debido a su amplitud, interdisciplinariedad y superposición con la salud pública. Estas posturas no son homogéneas, varían según las características de la trayectoria y, a veces, incorporan elementos de otros puntos de vista. Fue formulado principalmente por entrevistados cuyas trayectorias tuvieron o tienen una mayor intersección con la clínica y con áreas básicas.

La salud colectiva, para mí, es este espacio de aglomeración, de conjunto de disciplinas, conjunto de personas, en fin, que tienen, como yo, [desarrollada una] reflexión, su actividad profesional, [en relación] con las condiciones de salud, sus determinantes [...]. Es [entonces] un espacio multidisciplinario, multilecturas [...]. Yo no lo veo como un campo afirmativo de una posición epistemológica [...]. No lo veo como, digamos, una física, física cuántica, como cualquier campo disciplinario donde tienes diez corrientes, diez enfoques, tienes un objeto [...]. Yo [...] no veo el campo de la salud colectiva como constituyente de categorías propias. (Médico con trayectoria predominante en el campo burocrático e inserción en el campo científico, militancia política y en el movimiento sanitario)

Vaya, esa es difícil. Yo veo la salud colectiva de manera muy amplia. La parte que hacemos, como epidemiólogos, es muy pequeña. También la parte de la salud pública misma es pequeña. Creo que la salud colectiva es algo extremadamente amplio, que incluye los determinantes sociales, incluye las acciones de otros sectores, que creo que, a veces, son más importantes que las propias acciones del sector de la salud: educación, saneamiento, Bolsa Familia,

2. Médico con trayectoria mixta en el campo científico y burocrático, militancia política y en el movimiento sanitario con paso por la investigación en el área básica.

transporte, comunicación, etc. Entonces, es una visión muy amplia. No me atrevo a tener una definición, pero creo que si nosotros, como epidemiólogos y como sanitarios también, que me considero ambos, creo que debemos tener cierta humildad al saber que solo hacemos una parte y hasta relativamente pequeña del campo mayor, [que es el] de los determinantes de la salud. (Médico epidemiólogo con trayectoria predominante en el campo científico y militancia en Abrasco)

Pero es como una imposición de problemática que la respuesta a la pregunta “¿Qué es la salud colectiva?” revela la institucionalización del campo. Es algo que aparece como evidente sobre lo que no se piensa, pues está dado: “...es difícil [responder sobre] la noción de salud colectiva hoy [...]. Es lo que nosotros definimos en Abrasco [...]. Es lo que está en el sitio del CNPq”.

La idea de la salud colectiva como campo de saberes y prácticas forma parte del proceso de construcción social del campo y de la elaboración teórica reflexiva, iniciado con el último trabajo publicado por Donnangelo, en 1983, como encargo de Abrasco. En el artículo, Donnangelo inicia un análisis sobre lo que significaba, entonces, el concepto de salud colectiva como requisito preliminar para el estudio sobre la producción científica del área. Ella oscila entre denominar la salud colectiva como área de prácticas y como campo de saberes y de prácticas, advirtiendo que no pretendía hacer definiciones formales, sino “...proceder a una delimitación aproximada del campo...” (Donnangelo, 1983, p. 19) Posteriormente, diversos autores retoman y desarrollan la idea de la salud colectiva como campo científico, como es el caso de Ribeiro (1991), y como campo de saberes y ámbito de prácticas, como es el caso de Paim (1992), Nunes (1994) y Paim y Almeida Filho (1998). El concepto de campo aparece frecuentemente como sinónimo de área. A veces, se remite a Bourdieu como en Ribeiro (1991), Campos (2000), Nunes (2005), Luz (2009), Leal y Camargo Junior (2012), quienes, en su mayoría, lo analizan como campo de conocimientos o como campo científico. Este punto de vista aparece entre los entrevistados:

Creo que la salud colectiva es un campo, desde el punto de vista científico y de acuerdo con el concepto consagrado de Bourdieu. La salud es, ante todo, un bien de la sociedad. La salud colectiva trata esa salud desde el punto de vista de la sociedad, desde el punto de vista médico y desde el punto de vista de las políticas, de la planificación y de la gestión. Ella establece fronteras y absorbe los temas que impactan el perfil de morbilidad. (Cientista social con trayectoria predominante en el campo científico, militancia política y Abrasco)

Es una práctica y saberes que tratan de la salud como fenómeno derivado de condiciones económicas y políticas que afectan a la sociedad. Las intervenciones surgen de las políticas de salud y de las acciones individuales y colectivas de promoción de la salud, así como del diagnóstico y cuidado individuales. (Médico con trayectoria mixta, predominante en el campo científico, inserción en cargos de gestión, militancia política y Abrasco/Cebes)

Es diferente [de la salud pública]. Yo incluso diría que la salud pública es una subparte también, sería una subárea, entonces depende de cómo se piensa en estructurar el campo, porque hay, obviamente, una diferencia entre las medicinas preventivas y la salud pública, y unas están más adheridas al campo médico y otras más adheridas al espacio público [...]. Lo que puede quedar, como en el caso de los países europeos, completamente independiente del campo médico. Es decir, podrías tener un campo responsable de las prácticas médicas y otro para lo sanitario. Lo interesante es que, en el movimiento social brasileño, tal no ocurrió, no se intentó aislar o separar un espacio de las prácticas individuales, y del otro, las sanitarias. Se intentó aliar, se intentó componer, cuya síntesis magnífica es incluso la Vigilancia Epidemiológica, que une la idea de los casos con la idea del contexto, con la idea del ambiente, con la idea del público. (Médica con trayectoria predominante en el campo científico, militancia política y Abrasco/Cebes)

En síntesis, el espacio de los puntos de vista sobre la salud colectiva presenta una amplitud que refleja la diversidad de posiciones y trayectorias de los fundadores entrevistados. Reproduce, por un lado, las concepciones originales de una medicina social y de la sociología de la salud presentes en la génesis. Y, por otro lado, hay un gran trabajo teórico de elaboración del concepto que forma parte de la construcción social del campo, lo que revela su consolidación, principalmente en el subespacio científico. La superposición entre la salud colectiva y la salud pública aparece en posiciones tanto ligadas a la gestión como con las clases de trayectorias científicas en las cuales el diálogo internacional es relevante.

La identidad: entre los campos científico, político y burocrático

La creencia en el juego (la *illusio*), que corresponde a la inversión en el juego, puede ser comprendida a través de las disputas que revelan el interés en las

cuestiones específicas del campo. También tiene una relación con la forma en que los agentes revelan su identidad profesional e interpretan el significado de la salud colectiva. Los entrevistados, tanto médicos como científicos sociales, en gran parte, habían perdido la identidad con la profesión de origen, aquella de la graduación. Así, cuando se les preguntaba cómo se definían profesionalmente, los médicos no respondían de inmediato “médicos”, ni los sociólogos respondían “sociólogos”. Entre los médicos, había un grupo que se definía como investigador y otro como profesor. Solo en un caso el entrevistado se definió como terapeuta y, en otro, con una especialidad clínica: “... *hago enfermedades infecciosas*”.

Las identidades más cercanas a un nuevo campo, con un nuevo objeto, correspondieron a definiciones como “sanitarista” o “médico sanitarista”, como un profesional de la salud colectiva:

Soy un profesional de la salud colectiva con interés en políticas de salud y planificación, con cierta nostalgia de la Clínica Médica que ejercí durante algunos años en la práctica ambulatoria. (Médico con trayectoria mixta en los campos científico y burocrático)

Había, además, la dominancia de las especialidades de la salud colectiva en la construcción de la identidad. En esa última perspectiva, hubo la identificación de algunos agentes como epidemiólogos y otros como gestores:

Yo creo que soy epidemiólogo sin sufijos. Existe la Epidemiología Social, [...] [pero] creo que todo lo de la Epidemiología también es social. Yo [...] estoy muy orgulloso de ser un epidemiólogo brasileño. (Médico con trayectoria predominante en el campo científico)

Un gestor público, soy un gestor público. Tal vez un poco más ilustrado que el promedio de los gestores públicos, por la experiencia académica, pero no me considero más académico. (Médico con trayectoria mixta en el campo científico y burocrático)

Todos los entrevistados cuya identidad era de epidemiólogos tenían una trayectoria predominante en el campo científico, con muchas publicaciones y becas de productividad del CNPq. En cambio, aquellos que se consideraron principalmente como gestores tenían una trayectoria mixta, pero predominante en el campo burocrático derivada de la ocupación de diversos cargos de dirección en secretarías de Salud, en el Ministerio de Salud o en organizaciones internacionales. En el caso de los médicos, una pregunta adicional

mostró el proceso ambiguo de producción de una nueva creencia y de la *illusio* en el nuevo campo. Cuando se les preguntó sobre lo que escribían en la ficha de hotel, muchos que no se definían profesionalmente como médicos respondieron que escribían “médico”, aunque otros escribieron “profesor universitario”. Por otro lado, algunos fundadores con trabajos importantes en la génesis del espacio mencionaron no sentir pertenencia a la salud colectiva, sino a la Reforma Sanitaria como movimiento.

Entonces, puedo resumir así. [...] Yo [me] siento más ligado al proceso de Reforma Sanitaria en su totalidad. [...] Y no me siento ligado a este campo de la salud colectiva, a no ser en cierta medida. No me identifico con las instituciones académicas; [...] produje muy poco en las revistas que tienen esa marca más académica. Produje más [...] libros, ensayos [...]. Y menos artículos para esas nuestras revistas tradicionales de salud colectiva. Aunque forme parte del comité editorial de dos o tres de ellas, pero... Entonces no sé qué soy hoy. (Médico con trayectoria predominante en el campo burocrático en actividades de asesoría e investigación, militante de la Reforma Sanitaria, Cebes y Abrasco)

Si la identidad, para los médicos, no está dada, tampoco para los científicos sociales es una cuestión simple. Integrando un campo dominado por los médicos, ellos mantienen su identidad profesional de origen a veces, pero adjetivada como “de la salud”: “Soy socióloga, socióloga, con trayectoria mixta en el campo de la sociología y la salud colectiva”. O bien: “*Socióloga, soy socióloga del campo de la salud [...]*”³, o aun: “*En realidad, soy una híbrida. Creo que sigo siendo científica social en el área de salud, porque mi mirada es la mirada de la antropología y de la sociología sobre todos los problemas*”⁴.

Para algunos, no es el lugar donde se sienten mejor. La inserción, a lo largo de la trayectoria de algunos entrevistados, sociólogos o antropólogos, en instituciones específicas de las ciencias sociales, fue referida como el lugar donde se sentían como pez en el agua. Todos, sin embargo, mencionaron motivación y entusiasmo en la construcción del campo que también formaba parte de las ciencias sociales. ciencias sociales en salud, como quedó siendo denominado este subespacio de la salud colectiva.

Esas identidades también se reflejan en las trayectorias posibles. Durante el período de consolidación del espacio de la salud colectiva, varias

3. Socióloga con trayectoria predominante en el campo científico en la salud colectiva.

4. Socióloga con trayectoria predominante en el campo científico al interior de la salud colectiva.

posibilidades se presentaban para los agentes que allí invirtieron sus energías: una carrera predominantemente académica, una carrera académico-política y académico-burocrática, siempre con la dominancia de uno de esos polos del campo en construcción.

Por otro lado, esas tomas de posición revelan el grado de inversión en la creación del nuevo campo, que aún no era homogéneo debido a la fuerza de las profesiones preexistentes y también al hecho de que el subespacio más consolidado fue el subespacio científico, lo que explica la dominancia de la definición profesional como investigador y/o como profesor. El abandono de la identidad con la profesión de la graduación no fue reemplazado por la construcción de una nueva identidad común.

La definición de las identidades correspondió a la construcción de posiciones que se consolidaron a lo largo de los años y que en gran medida definen la arquitectura del espacio. Los epidemiólogos, que pasaron progresivamente a ocupar las posiciones dominantes en las comisiones de la CAPES y del CNPq, bolsas de productividad, en general, ejercieron menor influencia en el momento de la fundación del espacio, en lo que respecta a la creación de Abrasco (Loyola, 2008). Como sus trayectorias fueron, en su mayoría, dirigidas hacia el campo científico, no fueron protagonistas de las principales articulaciones políticas de la génesis del espacio. Hubo, en determinado momento, un movimiento de los epidemiólogos en el sentido de salir de Abrasco y crear su propia asociación. Este movimiento tuvo idas y venidas, siendo que la permanencia de los epidemiólogos en el interior de la salud colectiva aparentemente se debe a las dificultades enfrentadas por ellos en el campo médico. Cabe, sin embargo, resaltar que varios epidemiólogos son líderes de la salud colectiva y han contribuido significativamente a la construcción del campo.

Desde el punto de vista de los programas de posgrado, hay una tendencia de la Epidemiología a individualizarse, separándose de las otras áreas de concentración. La creación de diversos programas de posgrado exclusivamente de Epidemiología refleja este proceso. Dominados en el interior del campo médico y también del campo científico, los epidemiólogos son dominantes en el espacio de la salud colectiva. Por su parte, los científicos sociales entran y salen del espacio dominado por los médicos; se quedan los nuevos profesionales formados en Ciencias Sociales de la Salud, médicos, enfermeros y trabajadores sociales que se forman en los programas de posgrado del campo. Las contradicciones resultantes de esta doble inserción, campo de las Ciencias Sociales y campo de la salud colectiva, pueden estar en la base de los propósitos explicitados por algunos líderes de las ciencias sociales en salud, que "...indican la necesidad de legitimar y consolidar, en el ámbito del sistema

de Ciencia y Tecnología, el área de las ciencias sociales en salud, creando una identidad propia...". (Lanni *et al.*, 2014)

El subcampo orientado hacia el análisis de las políticas, planificación y gestión en salud está formado por agentes que, en su mayoría, transitan entre los cargos de la burocracia estatal y la academia. Sus disposiciones están más influenciadas por el campo burocrático y el campo político. Con menor presencia en el espacio científico, de los tres subcampos, fue el último en crear su propio congreso. Mientras la epidemiología ha estado realizando sus congresos desde 1990, por lo tanto, hace 27 años (diez ediciones), y las ciencias sociales en salud desde 1995 (siete ediciones), el subcampo de política, planificación y gestión solo ha realizado tres ediciones de sus congresos propios desde 2010. Se trata de un espacio que tiene grandes intersecciones, tanto con las ciencias sociales en salud como con la epidemiología, y disputa con estos subcampos más consolidados objetos, teorías y técnicas de investigación.

Capítulo 6

La Reforma Sanitaria Brasileña y la salud colectiva: concepciones, posiciones y tomas de posición de intelectuales fundadores

Jairnilson Silva Paim

La interpretación de las respuestas de los entrevistados¹ a la pregunta sobre sus concepciones acerca de la Reforma Sanitaria requiere algunas consideraciones preliminares. Implica volver a indagar sobre su significado. ¿Qué es una Reforma Sanitaria? ¿Es un cambio en el sistema de salud que contempla aspectos administrativos, financieros y la organización de los servicios de salud? ¿O es una transformación de la situación sanitaria que incide sobre los problemas y necesidades de salud de la población, así como sobre sus determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales? No hay una respuesta unívoca a estas preguntas.

En la literatura internacional, se observa una mayor frecuencia de estudios sobre reformas de sistemas de salud (reformas sectoriales) que de investigaciones sobre intervenciones más amplias acerca de la cuestión sanitaria, enfatizando las necesidades de salud de las personas y de las colectividades, así como su determinación social. Aun así, ciertos autores utilizan la expresión “Reforma Sanitaria” (Mendes, 2001), pero, en realidad, se refieren a reformas del sector salud.

En Brasil, los estudios sobre la Reforma Sanitaria generalmente se han centrado en la implantación del SUS, aunque la concepción de la Reforma

1. Ver relación de los entrevistados en el Apéndice B.

Sanitaria Brasileña (RSB), expresada en el informe de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud, superaba el alcance de una reforma sectorial (Brasil, 1987). Así, hay evidencias de que el proyecto de la RSB iba más allá de la dimensión sectorial, especialmente cuando consideraba el concepto ampliado de salud. Se distingue, por lo tanto, de las reformas sectoriales que ocurrieron en varias partes del mundo, sobre todo a partir de la década de 1980, muchas de ellas promovidas por organismos internacionales como el Banco Mundial (Paim, 2006, 2011b).

La RSB fue analizada más allá de una política social, de una política estatal o de una política de salud, considerando los siguientes momentos: idea, movimiento, propuesta, proyecto y proceso. Por lo tanto, antes de la configuración de la propuesta de la RSB, se tuvo en cuenta cierta idea. De igual modo, la transformación de la propuesta en proyecto y proceso puede ser investigada en la presencia del movimiento. Este ciclo idea-propuesta-proyecto-movimiento-proceso fue concebido a partir de estos momentos dialécticamente entrelazados: el movimiento generaba la propuesta y el proyecto, desencadenando el proceso, que condiciona el propio movimiento. Y en una determinada situación, el proyecto podría superponerse al movimiento y, en otra, el proceso tiende a ser dominante respecto al proyecto. Y en otras situaciones, el movimiento se superpone al proyecto y al proceso (Paim, 2008).

La investigación que originó el presente capítulo partía del supuesto según el cual la RSB fue concebida como un proyecto de reforma social que presentaría relaciones con la emergencia y el desarrollo de la salud colectiva. Así, la participación de entidades como Abrasco y Cebes, además de sujetos individuales, en varios momentos del proyecto, movimiento y proceso, paralelamente a la constitución de la salud colectiva, estimuló la elaboración de una cuestión de investigación sobre posibles relaciones entre la construcción de la RSB y el desarrollo de esa área del saber y ámbito de prácticas, inspirada en la reflexión que sigue:

El “estar ahí” de la Reforma Sanitaria Brasileña es, así, algo vivo, representando la propia vida de la salud colectiva, con un pasado y un futuro a ser reconocidos en este presente. Después de todo, un campo para tener vida requiere dos caras en permanente tensión [...] requiere un “cuerpo moral”, en el que reconocemos ética y políticamente la salud colectiva como cierto conjunto instituido de saberes y prácticas y que por este cuerpo moral se conserva. Pero, tanto como a este, requiere un “alma transgresora”, que modifica a ese cuerpo. Esta tensión es la vida del campo. (Schraiber, 2008, p. 18)

Ese supuesto señala la pertinencia de analizar la RSB desde la perspectiva de la salud colectiva. Una de las limitaciones del estudio anterior (Paim, 2008) fue restringirse a la investigación documental, dejando de capturar visiones más amplias de sujetos capaces de reflexionar sobre la posible organicidad entre la RSB y la salud colectiva. Aunque esta limitación fuera parcialmente superada por la lectura de artículos y entrevistas publicadas que contaron con la participación de esos sujetos, permaneció cierta laguna sobre lo que representaba la RSB para los formuladores de la salud colectiva. La controversia acerca del posible agotamiento de la agenda de la Reforma Sanitaria (Abrasco, 2000, 2002; Abrasco & Cebes, 2002) e incluso una posible “paradoja” en su relación con la salud colectiva, particularmente en lo que se refiere al área de Ciencia y Tecnología (Guimarães, 2005), podrían ser analizados a partir de la investigación sobre concepciones y propuestas de esos fundadores.

Ante nuevos hechos de la coyuntura y estudios recientes sobre la RSB (Dantas, 2014; Santos, 2014; Silva, 2016) y la salud colectiva (Vieira-da-Silva & Pinell, 2014), surgen otros interrogantes acerca de las relaciones entre la salud colectiva y la idea, la propuesta, el proyecto, el movimiento y el proceso de la RSB.

Al tomar la RSB y la salud colectiva como objetos de reflexión e investigación, no se pretende transfigurarlos en entes o sujetos. Como productos de la praxis social, llevan diferentes posiciones, visiones, iniciativas e intencionalidades de sujetos, individuales y colectivos², que presentan intereses distintos y perspectivas o subproyectos diversos. Estos aspectos pueden manifestarse en puntos de vista de esos sujetos o por la identificación de hechos producidos y captados en el plano fenomenológico por una investigación. Admitiendo a los fundadores, formuladores o constructores de la salud colectiva como intelectuales, se vuelve recomendable presentar, aunque sea de manera preliminar, algunas definiciones, concepciones y conceptos sobre esta categoría.

El concepto de intelectual orgánico indica que todo grupo social crea una o más capas de sujetos (los intelectuales) que le dan conciencia de sus funciones, además de cierta homogeneidad. Estos intelectuales contribuyen a la realización de la hegemonía, dirección política y cultural de una determinada clase social mediante la construcción del consenso y el manejo del cemento de la ideología. Son una especie de funcionarios de la superestructura. Según Gramsci (1977, p. 93), “todo el estrato social que ejerce funciones organizativas en sentido amplio, sea en el campo de la producción, en el de la cultura, sea en el político-administrativo”.

2. Sujeto colectivo representa un concepto adoptado en contraste con el de sujeto individual. Ambos pasan por procesos de constitución, aunque distintos (Testa, 1995).

El intelectual corresponde a una categoría social que no es clase, ni profesión, ni función. Va más allá de una actividad profesional desarrollada en la universidad por profesores e investigadores (Bobbio, 1997) o incluso de agentes que, en la división social del trabajo, se trasladan de las actividades manuales a aquellas consideradas intelectuales. Mientras los profesionales utilizan la inteligencia aplicada a la experiencia inmediata mediante la *expertise*, el intelectual se revela más por el intelecto, mostrando cierto desligamiento, compromiso, recogimiento y espíritu crítico (Leclerc, 2004).

Leclerc hace una distinción entre los intelectuales y las profesiones intelectuales, reconociendo tanto al intelectual individual como a la *intelligentsia* como red. Así, es posible analizar el poder social, los distintos capitales, el prestigio cultural y la autoridad intelectual de esos agentes que participan en la gestión de lo simbólico, enfocándose en la jerarquía profesional, como en el caso de los universitarios: “no siendo, por principio, detentores del poder político, como máximo pueden ser considerados, la mayoría de las veces, portadores de un poder simbólico” (Leclerc, 2004, p. 84).

En el caso de la salud colectiva, estos intelectuales tienen, la mayoría de las veces, una vinculación con la academia, pero pueden estar insertos y transitar en los campos científico, político y burocrático, portando combinaciones de diferentes tipos de capital o de poder como poder científico, capital universitario, capital de poder simbólico, etc. De ahí la relevancia de considerar el concepto de *Homo academicus*, teniendo en cuenta una determinada teoría de las prácticas y el campo universitario como lugar de lucha donde se configuran “las condiciones y los criterios de pertenencia y de la jerarquía legítimos” (Bourdieu, 2008, p. 23).

En esta perspectiva, el presente estudio parte de la hipótesis según la cual la RSB, como una reforma social, se articula con la constitución del campo de la salud colectiva. Parte del supuesto de que la salud colectiva surge con el movimiento, contribuye a la formulación del proyecto y participa en el desarrollo del proceso de la RSB. Concentrándose en el examen de textos publicados y en concepciones explicitadas por sujetos que se destacaron en la construcción e institucionalización de la salud colectiva, presenta los siguientes objetivos:

- a) Identificar las visiones de los fundadores de la salud colectiva sobre la Reforma Sanitaria en Brasil, su agenda, continuidad y perspectivas;
- b) Analizar las vinculaciones entre la salud colectiva y la RSB a partir de las posiciones de sus intelectuales y formuladores;
- c) Diferenciar entre los mismos, a partir de sus respectivas tomas de posición, las concepciones prevalentes sobre la RSB, ya sea como reforma sectorial (SUS) o reforma social más amplia.

Articulación entre la salud colectiva y la Reforma Sanitaria Brasileña: ¿cuál es el entendimiento de sus formuladores?

Aunque muchos estudios y ciertos entrevistados señalan relaciones de la salud colectiva con la formulación del proyecto y la actuación del movimiento de la RSB, una de las preguntas que orientó este estudio fue: ¿cuál es la concepción de la RSB explicitada en la actualidad por los formuladores del campo de la salud colectiva?

La articulación entre la práctica teórica y la práctica política, basada en la producción de una teoría social de la salud, tal como lo planteó Arouca (2003), permitió la emergencia de un proyecto de doble cara: la salud colectiva, comprometida con la producción de conocimientos, y la RSB, como componente de la lucha por la democratización de la salud y parte de una reforma social (Paim, 2003, 2008).

En sus orígenes, la salud colectiva no buscaba la expansión o la modernización de la salud pública, sino una posibilidad de actuación contrahegemónica, aunque algunos de sus fundadores se conformaran con aquella reactivación. Y la RSB, por su parte, proponía la democratización de la sociedad, del Estado y de la cultura, en defensa del derecho a la salud, de la ciudadanía y de la mejora de las condiciones de vida (Paim, 2008). No estaban, por lo tanto, disociadas. La RSB sería un componente de la construcción del espacio o campo de la salud colectiva. En esa perspectiva, una de las entrevistadas que ha reflexionado y publicado sobre el tema de la RSB hizo las siguientes consideraciones:

Es una reforma que involucra tres procesos y que, a veces, no están sincronizados y, a veces, entran en contradicción [...]. Entonces, hablo del proceso de subjetivación, que es el proceso de construcción del sujeto político, que es un proceso permanente [...]. Como ella [la RSB] es un proyecto democrático de un Estado democrático de derecho, necesariamente, implica la transformación jurídica en la constitucionalización de los derechos [...]. Y el tercer proceso, que es la institucionalización, que es transformar esto en políticas públicas que puedan convertirse en beneficios. Creo que no son sincrónicos [...]. Nos construimos como sujeto mucho antes de poder institucionalizar algo. Logramos constitucionalizar y transformar, luego se convirtió en democracia [...]. Creo que, cuando hay hipertrofia de uno u otro, el proceso de reforma queda desbalanceado. Y creo que la hipertrofia básica ahora es la hipertrofia de la administración burocrática, de la burocratización, por un lado, de la corporativización de los actores, por el lado de la sociedad, un corporativismo exacerbado, que va desde Abrasco al movimiento médico. Entonces,

cada uno piensa en lo suyo, y no hay un proyecto político de transformación social. Y ahora estamos entrando en esta fase de judicialización como una hipertrofia de la constitucionalización [...]. Era un análisis académico que hacía, que tenía que tener como consecuencia la consecuencia política, que es retomar la creación del sujeto, un lugar en el sujeto y discutir esta cuestión. El Cebes es eso. Es reconstruir el sujeto político. Hablar de la política y transformar la salud de nuevo en un espacio de discusión de poder y de política, básicamente. Y eso es lo que ya no ves en ningún lugar. Está en el movimiento popular de la salud, y todo lo demás. Pero esos son exactamente los que no tienen poder alguno [...]. Hoy hablamos de cosas que son como administrar esto, y nada más, y no de cómo transformar. (E26)³

Al teorizar sobre momentos diferenciados y no sincronizados del proceso de la RSB, la entrevistada destaca la pérdida de sustancia política de los sujetos colectivos y los efectos colaterales en la coyuntura, como la burocratización, el corporativismo y la judicialización. Este punto de vista de la RSB como proyecto transformador, que no siempre coincide con el de otros entrevistados, hace que la crítica se vuelva contra la propia salud colectiva, siendo calificada peyorativamente como “academicismo” o “aburrimiento”. Aunque apuesta en el Cebes como capaz de reconstruir el sujeto político de la RSB e identifique el movimiento popular de la salud como espacio de discusión, reconoce la escasez de poder de esos actores y su falta de perspectiva sobre cómo transformar. Sin embargo, cabe recordar que tales límites no son exclusivos de la salud, sino que se extienden a la educación, a la ciencia y la tecnología, al trabajo, a la política, en fin.

Otro entrevistado, cuya participación en la construcción del campo ocurrió posteriormente, en una posición aparentemente más a la izquierda del espectro político de los fundadores, remite la explicitación de su concepción sobre la RSB a uno de sus estudios:

La Reforma Sanitaria Brasileña fue la reforma posible de ser realizada. Fue hecha desde dentro, del aparato del Estado, y fue comandada desde la universidad. Eso fue lo que se podía hacer, no era posible hacer otra cosa. Era muy diferente de la reforma italiana y se dice que fue inspirada, en términos políticos,

3. Aunque el patrón de este libro haya utilizado el nombre de los entrevistados o la descripción de su profesión, en este capítulo se optó por una forma alternativa de citación de los fragmentos de entrevistas para asegurar el anonimato.

porque allá era el PCI, aquí es el PCB. Pero, si se observa la dinámica de los dos procesos, no hay nada más diferente que uno y otro. (E20)

Las distinciones entre las Reformas Sanitarias italiana y brasileña llegaron a ser examinadas en un libro orientado a estudios comparativos de esas experiencias (Berlinguer, Teixeira, Campos, 1988). Sin embargo, las diferencias entre el PCB y el PCI no sorprenden, al igual que la escasa participación de la clase trabajadora en la RSB, que llegó a ser descrita mediante la alegoría del “fantasma de la clase ausente”, revisitada en estudios más recientes (Paim, 2008; Santos, 2014; Silva, 2016). Tal vez lo que haya incomodado al entrevistado fuera la “dialéctica de lo posible”, una máxima del campo político, vivida en el período autoritario y en la transición democrática, que restringió a la RSB a una vertiente racionalizadora:

Esa fue la reforma posible, una reforma que proponía [...] la racionalización [...]. Como si dentro del aparato [...] en la época del régimen militar [...]. Uno defendía la democracia, el otro no quería nada de democracia [...]. Había un discurso sobre la democracia [...] complicadísimo: la salud es democracia, la democracia es salud [...]. No se puede pasar de esa forma, así, en las nubes, como un eslogan político [...]. El problema es esa mezcla entre un proyecto que es político y un proyecto que debe tener una dimensión, un fondo teórico-conceptual [...]. Todos los pensamientos críticos respecto a la Reforma Sanitaria fueron sepultados. (E20)

En este fragmento de entrevista, se observa, inicialmente, una visión aparentemente realista del proyecto de la reforma, justificando que es la “posible” dadas las condiciones en las que habría sido generada dentro del aparato del Estado. De esta forma, el entrevistado destaca la racionalización expresada en el proyecto, a pesar de la retórica de la democracia, diferenciándose, por lo tanto, de la reforma italiana. Cuestiona los fundamentos teórico-conceptuales de la RSB y el agotamiento del proyecto, sugiriendo un desajuste entre el proyecto político y el “fondo teórico-conceptual” proveniente de la Ciencia Política. Concluye que el pensamiento crítico respecto a la Reforma Sanitaria habría sido sepultado, cuestionando la naturaleza del movimiento como reforma o revolución. En ningún momento, sin embargo, parece reconocer la salud colectiva como campo científico capaz de producir dicho fondo, ya sea para la crítica o para la radicalización de la RSB.

A pesar de que el entrevistado señala que se trataba solo de una visión (la suya) y no de “la visión” sobre la RSB, cabe destacar, como se desarrollará más adelante, la existencia de evidencias e interpretaciones distintas de las

posiciones antes explicitadas. Resaltando el carácter racionalizador de la reforma y cuestionando su concepción de democracia, así como el *eslogan* del movimiento sanitario durante la 8.^a Conferencia Nacional de Salud, el entrevistado concentró su reflexión sobre la RSB, sin limitarse exclusivamente al SUS, como lo harían otros formuladores.

La postura de la mayoría de los entrevistados revela reflexiones y posiciones que se desplazaron de la Reforma Sanitaria al SUS, incluso entre ciertos militantes históricos de la RSB, como el entrevistado a continuación:

La Reforma Sanitaria hoy vive un momento de gran dificultad, en mi punto de vista. Y la dificultad radica en el hecho de que tenemos un sistema que, constitucionalmente, es un sistema universal, pero que es cada vez menos universal debido a la coyuntura política que hemos vivido en el país. Tanto que creo que no estamos ganando la batalla por la equidad. Pienso que el gran desafío de la Reforma Sanitaria para volver a encarrilarse es poder avanzar nuevamente en la cuestión de la equidad. Y esto, en mi forma de entender, está vinculado a la reconquista de una trayectoria hacia la universalidad de los servicios. Para ello, tendremos que enfrentar tres problemas cruciales, en este orden: el subfinanciamiento del SUS, el enorme subsidio público al sector de la salud suplementaria y la gestión de personal en los servicios públicos de salud. Sin resolver estas tres cuestiones, en ese orden, creo que no avanzaremos mucho. (E19)

En este testimonio, se constata un punto de vista sintonizado con el “proyecto original” del núcleo central de los fundadores, pero incorporando aspectos cruciales de la gestión contemporánea del SUS. Reconoce la existencia del proceso de *reforma sanitaria hoy en día*, aunque se identifica por el desafío de asegurar la universalidad del sistema de salud, abordando la cuestión de la equidad. Señala, además, problemas cruciales del sistema de salud brasileño, tales como el subfinanciamiento del SUS, las relaciones público-privadas y la gestión del trabajo en el sector público, pero ya no aborda los determinantes sociales estructurales. Se restringe, sin embargo, a una comprensión de reforma sectorial, involucrando el SUS, enfocándose en la articulación público-privada y la gestión del trabajo en el ámbito estatal.

En esa misma línea, uno de los fundadores de Abrasco, con intenso tránsito internacional y una configuración de capitales similar a la del entrevistado previamente analizado, reflexiona sobre la RSB a partir de sus conquistas sectoriales, registrando mucha preocupación por su futuro, además de ciertos retrocesos en el ámbito del SUS:

Sigo creyendo que tenemos una de las mejores propuestas del mundo en cuanto a organización de servicios de salud [...]. Dos razones principales me hacen creer en esto: es una propuesta basada en principios, es decir, la Constitución no define una organización dada y terminada, define principios; y la Ley Orgánica de la Salud define principios que creo que son realmente fundamentales. Y deja la construcción, un proceso que debe ser creado y recreado permanentemente [...]. Ahora, entre la propuesta y lo que está ocurriendo, [...] parece que hay una brecha que cada vez se amplía más. En este momento, no estoy pesimista, pero sí muy preocupado por el futuro de la Reforma Sanitaria de Brasil. (E4)

En este fragmento, también se verifica cierta comprensión sobre la existencia del proceso de la RSB al punto de manifestar una preocupación por su futuro. No se trata de pesimismo, sino del fruto de un análisis de coyuntura en el que el entrevistado constata una distancia entre el proyecto y el proceso de la RSB. Sin embargo, sigue entusiasmado con la propuesta del SUS, aunque conciba la RSB, fundamentalmente, como una reforma sectorial:

Siento que esos principios [del SUS] ya no están siendo considerados con la misma importancia, la misma fuerza con la que fueron definidos en la Constitución y en el proceso de movilización que llevó a eso. Siento que cada vez más se llega a esa vieja conclusión de que el Estado es ineficiente y no puede hacer las cosas, y debe renunciar a su responsabilidad de hacerlo y transferirla al sector privado. Tengo la impresión de que la privatización es un proceso creciente. [...] No estoy en contra de la existencia de un sector privado en salud, tal como la Constitución definió que sea suplementario o complementario de la atención pública, pero siento que, en este momento, hay un poco más que eso, la propia tibieza, sobre todo en el nivel federal, de la celebración de los 20 años del SUS [...]. Sorprendentemente, fue São Paulo quien más dio importancia al aniversario del SUS. Hizo reuniones, seminarios, publicó un libro. Aquí, en el nivel federal, yo estoy aquí, no vi nada. Es como si eso no tuviera ningún significado. Al contrario, incluso llegaron rumores que me llegaron aquí [...] de que habría del [Palacio del] Planalto una instrucción de que no se celebrara. Uno de los pilares fundamentales en la parte de organización del sistema fue, desde el comienzo incluso, es uno de los principios: regionalización. No se avanza [...]. Otro síntoma también grave, pero lo pongo después de estos, porque creo que es consecuencia, es la reducción [...] del financiamiento público federal para salud [...]. Realmente, no me entusiasma, en este momento, lo que está pasando. Sigue entusiasmándome la propuesta del SUS. (E4)

Este testimonio no se limita a una visión nostálgica de un pasado glorioso. Contiene una crítica a la concepción neoliberal según la cual el Estado sería, necesariamente, ineficiente, correspondiendo al mercado el protagonismo en el sistema de servicios de salud. Además, ofrece evidencias de que los principios de la reforma ya no son tan respetados. Critica al Ejecutivo federal por el subfinanciamiento del SUS e incluso por el “olvido” de conmemorar, en 2008, las dos décadas del SUS, considerando la promulgación de la Constitución Ciudadana. Aun así, no concibe la RSB más allá del sector salud, es decir, como una reforma sectorial.

Posturas de expresidentes de Abrasco

Uno de los dirigentes de Abrasco, con gran acumulación de experiencia en gestión incluso antes del SUS, al ser preguntado sobre lo que entiende por Reforma Sanitaria, dio la siguiente respuesta:

Yo diría que estamos llegando al momento de comenzar una segunda ola de la Reforma Sanitaria [...]. Porque creo que las herramientas doctrinarias, las bases [...] ya están lanzadas, y lo que nos falta es la capacidad de removilización [...]. Haber debilitado la seguridad social fue un error. ¡La idea de la Ley 8.080 para mí fue un error! Porque repite lo que está escrito en la Constitución y [es] la primera fractura de la idea de seguridad social. [...] En mi opción, siempre fue [...] que [un] Ministerio de la Seguridad Social abarcara de manera más poderosa el conjunto interesante salud, previsión y asistencia social. (E12)

En este fragmento, se observa el reconocimiento del proceso de la RSB y la pertinencia de sus bases doctrinarias. No obstante la relevancia de la seguridad social y la necesidad de una “segunda ola” para la RSB, subrayadas por el entrevistado, cabría indagar de dónde partirían las nuevas energías instituyentes y, especialmente, los sujetos colectivos que liderarían tal removilización. ¿Sería Abrasco? ¿Cebes? ¿El movimiento sanitario en general? ¿Las centrales sindicales? En fin, considerando las estrechas bases sociales y políticas de la RSB en la coyuntura, ¿qué fuerzas políticas y sociales serían capaces de conducir su proceso?

Ya una expresidenta de Abrasco también centró su respuesta sobre la RSB en el desarrollo del SUS:

Yo creo que si miramos Brasil antes del SUS, [...] ¡el SUS cambió! Bien o mal, con todas las limitaciones, con todas las cuestiones de calidad, hoy, tienes una extensión de servicios que no tenías. [...] Incluso mirando a São Paulo, a un estado más rico, que tenía organización de servicios, de red básica [...]. El acceso que existe hoy no existía en todos los niveles del sistema. Entonces, esto creo que [es] algo importantísimo. [...] Viajé mucho por la región Norte y conocí de cerca algunas periferias de las capitales, algunas regiones de los estados del Norte. [...] Bien o mal, tienes una maternidad, tienes un puesto de salud. [...] No le damos el [...] debido reconocimiento a lo que se ha avanzado. Por otro lado, creo que existen todas estas contradicciones no resueltas, es decir, en el momento en que traes al campo la asistencia, traes una problemática inmensa que exige una respuesta allí en el día a día, que termina consumiendo mucha energía y recursos, y no te permite [...] realmente encuadrar todo esto en una perspectiva de salud colectiva [...]. Entonces, creo que este es el momento en el que estamos: de repensar estas cosas. Por ejemplo, la municipalización llevada hasta las últimas consecuencias puede no ser lo ideal para todo. Puede ser muy buena para una serie de cosas, pero hay otras actividades para las que esta escala del municipio no es la escala adecuada. Y si no tenemos el valor de enfrentar esto, de pensar en articular este modelo que creemos un poco más complejo, no vamos a hacer frente a los problemas. No vamos a cambiar el perfil. Podemos estar atendiendo a más población, pero realmente tener un impacto, cambiar el perfil de salud requiere otras cosas que no estamos pudiendo hacer. (E22)

En este balance, la entrevistada hace una invitación a repensar estrategias, pero el enfoque de la reflexión en este fragmento de la entrevista se concentra en el SUS, no en la RSB. Siendo el SUS uno de los productos deseados por la RSB, reconoció sus avances y destacó problemas vinculados a la asistencia médica. Expresó una crítica a partir del reconocimiento de que el SUS se había distanciado de la “perspectiva de la salud colectiva”, especialmente en lo que respecta al impacto sobre el perfil de salud. Sin embargo, también revela una concepción de la RSB limitada a una reforma sectorial.

Otro expresidente de la entidad (E18) revela una preocupación con el hecho de que el SUS deje de ser “único”, argumentando sobre la pertinencia de ir más allá de la comunidad epistémica de la salud colectiva, escuchando al otro lado, como el mercado o el Banco Mundial. Su discurso crítico, sin embargo, no llega a ser propositivo en cuanto al proceso de la RSB, ni siquiera para hacer del SUS “único”.

Sin negar los problemas aún existentes, otro expresidente de Abrasco señala, en un discurso apologetico, los logros del proyecto de la Reforma

Sanitaria, como la creación del SUS, como parte de las victorias del campo de la salud colectiva:

Yo creo que es victoriosa, siempre lo he defendido, [es] mi lema en la CAPES en defensa del área de salud colectiva, de los criterios de salud colectiva. Tuve la oportunidad de defender esto [...] en todos los ambientes en los que estuve, que la producción científica brasileña. Es victoriosa, por ejemplo, con la creación del SUS. Creo que esta es una victoria de la salud colectiva brasileña. Tiene imperfecciones, es obvio que las tiene, debe progresar, pero está ahí como una realidad. [...] Por ejemplo, el PNI [Programa Nacional de Inmunizaciones] [...], ejemplo del programa de autosuficiencia inmunobiológica, la producción de vacunas que tenemos en Brasil [...]. Creo que el SUS es nuestra gran victoria de la Reforma Sanitaria. Hay un mundo de cosas; tomé el PNI como ejemplo más desde el punto de vista tecnológico. Entonces, ya sea desde el punto de vista del proceso, ya sea desde el punto de vista tecnológico, se muestran avances y victorias en el área de salud colectiva. Ahora, tenemos mucho que hacer, y hay que cambiar un poco la perspectiva de la salud colectiva creada en la década de 1970 y 1980. (E18)

Llama la atención, en los párrafos anteriores, el hecho de que al menos cuatro ex-presidentes de Abrasco terminen reduciendo la RSB al SUS. Dirigentes de una entidad que, en teoría, representaría la síntesis de las prácticas teórica y política, es decir, la articulación entre la producción de conocimientos en salud colectiva y la contribución para el desarrollo de la RSB, en sus reflexiones y respuestas, no logran ver la RSB más allá del SUS.

Una apreciación crítica de convergencias y divergencias

Al intentar presentar un breve balance de la RSB, reconociéndola, positivamente, como una “revolución”, el entrevistado a continuación exhibe una toma de posición que también concentra el análisis en las conquistas de la oferta y la prestación de servicios del SUS:

Yo veo la Reforma Sanitaria como una revolución! [...] Creo que varía mucho, es lógico, de municipio a municipio, de región a región, pero, sin lugar a dudas, una revolución, la creación de una red. ¡Es fantástico eso! Viajo mucho al interior, Mato Grosso, Rondônia. Es ver la operación, la expansión de la red SUS, cómo [...] se estructura, cómo se relaciona, ver las vacunas llegando a los lugares, ideo lo encuentro impresionante! ¡Es algo que, cuando

empecé, [...] no existía! Había un montón de organismos dentro del Ministerio de Salud, Sucam [Superintendencia de Campañas de salud pública], etc., pero en realidad no existía, iera muy estático! Creo que la Reforma Sanitaria, por más que tenga un millón de defectos, que son muy fáciles de destacar [...], logró, de cierta forma, capitalizar la atención a la población, la provisión de servicios, la disponibilidad de los servicios. (E3)

El discurso emitido por el liderazgo científico del área, enalteciendo la RSB a través de las conquistas del SUS, deja evidente, sin embargo, una concepción restringida del proyecto de la Reforma Sanitaria. De la misma forma, una entrevistada que ha trabajado en el área durante décadas también señaló los avances del SUS en el período, haciendo solo algunas restricciones a la “politización” en la gestión del sistema público:

Si piensas en un año, dos años, parece que no avanza. Sin embargo, si piensas en 20 años, ¡cambios enormes! [...] Las personas están teniendo acceso [...]. Siempre será insuficiente respecto al idealizado de que todos tendrán todo el tiempo todo para todos. Eso no existe. A veces pienso que condiciones políticas muy militantes y muy absolutistas incluso perjudican este ejercicio, esta construcción del sistema de salud, esta posibilidad de adaptarse a contextos para que se logre lo mejor posible [...]. Estamos mucho mejor de lo que estábamos en el año 1980. [...] Una de las cosas que creo que perjudica mucho los sistemas y la gestión de las políticas de salud en Brasil es la politización [...]. Cada vez que cambia de alcalde, secretario, ministros, cambia demasiada gente. La no construcción de un cuerpo técnico más permanente, la valorización de carreras más técnicas que se mantienen en puestos clave, perjudica mucho y cuesta mucho dinero al pueblo brasileño, porque, de repente, reinventan la rueda. (E17)

La trayectoria de esta entrevistada se limitó al ámbito académico, no ocupó cargos en la burocracia del SUS ni se destacó en la actuación política. A pesar de un discurso apologético respecto a la salud colectiva, no indica una concepción ampliada de la RSB. El SUS sigue siendo el elemento predominante.

Otro entrevistado reconoce la RSB como un proceso inconcluso, pero que resultó en un mejor acceso y cobertura de amplios contingentes poblacionales, es decir, expresión del SUS. Los desafíos que prevé también se concentran en la dimensión sectorial: “*la cuestión de la calidad del cuidado a la salud y la educación permanente de los profesionales de salud*” (E8). Es una perspectiva similar a la del siguiente entrevistado:

La 8.ª Conferencia fue uno de los eventos preparatorios de la gran transformación que tuvieron los servicios nacionales de salud, ocurrida con la promulgación de la Constitución de 1988 [...] con la consagración del principio de que “la salud es derecho de todos y deber del Estado”. A partir de ese momento, el Ministerio de Salud se transformó completamente. Mi generación había heredado del gobierno Vargas, hacia 1940, un doble comando de los asuntos de salud a nivel federal, cuando la gestión de las cuestiones referentes a la prevención había quedado a cargo del Ministerio de Salud [...] mientras que la Medicina Curativa [...] era gestionada por los órganos predecesores del Ministerio de la Previsión Social [...]. Ese error monumental fue, en gran parte, responsable de los embarazosos indicadores de salud de nuestro país [...]. La Constitución de 1988 acabó con esta dualidad de directrices [...]. Gracias a la paulatina implantación de la Reforma Sanitaria que proporcionó un gran avance, comenzó a acercarse a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. (E24)

Este fragmento ilustra la conciencia acerca de los grandes cambios observados en Brasil a partir de la 8.ª Conferencia Nacional de Salud y de la Constitución de 1988, cuyos hechos políticos e históricos habrían sido producidos por el movimiento sanitario junto a las fuerzas que combatieron la dictadura y lucharon por la democratización de la salud. Pero el proyecto de la RSB iba más allá de una reforma administrativa o financiera, tal como advierte el informe final de la 8.ª Conferencia Nacional de Salud (Brasil, 1987). De igual modo, el reconocimiento del derecho a la salud, expresado en la Constitución de 1988, debería ser asegurado por un conjunto de políticas sociales y económicas, así como por un sistema de salud universal. Esto superaba las recomendaciones de la OMS, indicando que la RSB representaba una reforma social más amplia, y no una mera reforma del sistema de servicios de salud.

Como no ocurrió una reforma general (Heller, 1986), la realidad impuso una contrarreforma neoliberal, restringiendo la RSB a una reforma sectorial (Paim, 2008), lo que llevó a los entrevistados a identificarla en el SUS.

Yo creo que muchas de las banderas iniciales de la Reforma Sanitaria, que son de izquierda, sirvieron de inspiración, pero efectivamente no conseguimos avanzar en relación con esas banderas, y creo que hoy vivimos [...] un poco de estancamiento teórico. [...] En este contexto, la Reforma Sanitaria tuvo un papel muy importante, como ideología, como movimiento, como circulación de ideas, conceptos y demás. [...] Hoy, estamos algo estancados, porque la democracia está ahí, bien o mal [...], conquistamos derechos sociales [...]. De repente, puede ser [...] un nuevo horizonte teórico para que estemos

discutiendo en Brasil [...]. La cuestión del otro, la importancia del resurgimiento del sujeto y todo este movimiento para valorar el cuidado, [...] creo que es una deficiencia de la concepción inicial de la reforma. Pensamos en lo macro, pensamos en lo político, institucional, ideológico, creyendo que eso se transformaría automáticamente en cuidado, en atención humanizada. En fin, el respeto al sujeto, eso no sucedió. [...] No es casualidad que hoy la cuestión del cuidado pase a ser de la integralidad [...]. Vivimos mucho en un estancamiento, desde el punto de vista teórico, sobre todo desde el punto de vista de estas nuevas energías utópicas. (E13)

Este testimonio de uno de los formuladores con amplio tránsito en la gestión trae una evaluación del movimiento y de su institucionalización en sistema. La percepción del entrevistado en relación con la RSB se centra en el movimiento que tuvo un papel importante desde el punto de vista ideológico y político, pero enfrenta dificultades para operacionalizar principios como la integralidad y la humanización en el cuidado. Tales dificultades se entienden como un estancamiento teórico, y no como obstáculos político-institucionales. Sin embargo, más que restricciones para la implementación pues, bien o mal, según él, la democracia está ahí y el SUS atiende, lo que más preocupa al entrevistado es identificar “nuevas energías utópicas”. Tal preocupación reitera su concepción de la RSB como un movimiento que necesita de esas energías, y no necesariamente como un proceso que requiere sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis (Paim, 2013) capaces de operar los cambios.

En efecto, la interpretación de este fragmento de entrevista no permite concluir que la RSB esté siendo entendida como una “totalidad de cambios” resultante de una reforma general. La conquista del derecho a la salud, como derecho social vinculado a la ciudadanía, pero restringido al consumo de servicios en los que surge la cuestión del cuidado y de la integralidad de la atención, estaría por debajo del proyecto de la RSB. Desde este punto de vista, no se verifica una comprensión de lo que serían los determinantes sociales de la salud, ni de la determinación social del proceso salud-enfermedad y de la organización de las prácticas de salud. Así, el entrevistado tenía en el horizonte la democracia, no la reforma, mucho menos la revolución. En fin, se trata de una concepción de la RSB restringida al SUS, es decir, una reforma parcial (Heller, 1986). Ir más allá de esta comprensión tal vez requeriría no solo nuevas energías instituyentes, sino el fortalecimiento de los “portadores de la antítesis” (Vianna, 2004) capaces de desequilibrar el binomio conservación-cambio.

Por lo tanto, en la apreciación crítica desarrollada en este tema, se constata un amplio consenso entre los formuladores de la salud colectiva en el

sentido de entender la RSB como SUS. En general, resaltan las repercusiones positivas de la RSB a través del SUS, incluso admitiendo los problemas de su funcionamiento. Hasta un entrevistado aparentemente más escéptico sigue en la misma dirección: *“Mira, cuando yo veía en la 8.ª [...] hablar de un [...] Sistema Único de Salud, pensaba que eso no iba a prosperar. Creo que el SUS vino para quedarse”* (E6).

¿Serían las Ciencias Sociales y Humanas en la salud colectiva un espacio privilegiado para la crítica?

Aunque el primado de la crítica que caracterizó la emergencia de la salud colectiva no sea monopolio de ninguna área disciplinaria, cabe registrar que la contribución de las Ciencias Sociales fue fundamental para repensar la cuestión de la salud y la organización de los servicios en América Latina y en Brasil, en particular, especialmente después de la Reunión de Cuenca, promovida por la OPS a través de Juan César García en el año 1972. (Aspectos..., 1974) Una década después, otra reunión fue realizada en la misma ciudad, donde se pudo observar un conjunto de reflexiones sobre iniciativas, tendencias y perspectivas de las ciencias sociales en salud en América Latina (Nunes, 1985). En ambos momentos, el referente teórico utilizado, basado en el materialismo histórico, apoyaba el ejercicio de la crítica.

En ese sentido, sería justificado algún esfuerzo de análisis destacando las respuestas sobre la RSB entre los intelectuales fundadores de la salud colectiva que actúan en el área disciplinaria de las Ciencias Sociales y Humanas. Estos formuladores, no vinculados directamente a las cuestiones del SUS, a diferencia de diversos entrevistados que ocuparon cargos en la gestión del sistema de salud, podrían explicitar concepciones de la RSB más allá del SUS, con cierto distanciamiento crítico. Así, los fragmentos siguientes son de investigadores de Ciencias Sociales y Humanas que integran la salud colectiva desde sus orígenes y, potencialmente, podrían ocupar de manera más radical el espacio de la crítica. ¿Cómo pensarían la RSB, ya sea como idea, propuesta, proyecto, movimiento y proceso? Comencemos con un sociólogo:

Ella [la RSB] fue la gran propuesta que estaba presente en nuestros antepasados y se hará efectiva en determinado momento por las propias condiciones que posibilitaron esa apertura democrática [...]. Yo creo que es un parteaguas y podría considerarse como un momento importante de la estructuración de la salud en el país, y es tan importante que formará parte de una Constitución. Entonces, creo que realmente no se puede [...] marginalizar esto dentro

del gran análisis de la salud colectiva. Yo diría que, si es parte integral de la salud, [...] es una parte necesaria del pensamiento de la salud colectiva. Creo [...] que [...] las reformas también pueden ser reformadas. Tienen su momento histórico, y creo que son las coyunturas históricas, políticas y sociales las que van conformando otras necesidades. Por lo tanto, creo que nunca es un proceso [...] acabado. Creo que es un proceso que tiene un dinamismo, y por eso considero la necesidad permanente de evaluaciones [...], de investigaciones más profundas sobre esta cuestión, porque ellas son las que brindarán el know-how para entender mejor esos procesos. (E7)

Se observa que, para este entrevistado, el reconocimiento de la vinculación de la RSB al pensamiento de la salud colectiva y el énfasis en su proceso y dinamismo conducen al punto de vista según el cual *“las reformas pueden ser reformadas”*. Una perspectiva convergente puede constatarse en el discurso de otra entrevistada, científica social con formación en Sociología:

Creo que ella [la RSB] fue muy importante. Creo que realmente fue un gran avance. Creo que el Movimiento Sanitarista es uno de los movimientos sociales más importantes que tuvo Brasil. Porque es permanente, vino desde Oswaldo Cruz, desde la gente de salud pública, las vacunas, etc. y siguió, tiene continuidad. [...] Por ejemplo, [...] lo que trata sobre los genéricos [...] la visión del sanitarista es muy importante. Lo que se puede hacer de nuevo es la defensa de lo público. Hasta hoy, creo que aún tiene mucho que ver con el sanitarismo. Lo público, lo universal. [...] Desde la CEME [Central de Medicamentos] se ha intentado hacer una política de acceso a medicamentos para las clases bajas pagada por el Estado. Nunca funcionó. En la dictadura, hubo una fuerte inversión en la creación de una industria nacional de medicamentos, que tampoco funcionó. Las industrias internacionales son muy poderosas. Luego, hubo un intento de implementación de genéricos en el gobierno de Itamar Franco, después, hubo ese proyecto [...], que quedó en la Cámara. Y de repente, la cosa avanzó con Serra. ¿Por qué avanzó? Fue un poco la pregunta que intenté responder. Es porque hay actores nuevos en la jugada. Pero la burocracia dentro del Estado representada por el sanitarista es muy importante [...]. Algo que se perdió un poco dentro de las propias instituciones de salud. Si tomas instituciones de salud colectiva hoy, la gente joven no le da mucha importancia al SUS. Lo conoce, sabe, etc., pero no tiene esa cosa de defender a toda costa la salud pública. No lo tiene, no tiene la salud pública en la sangre, como tenía esa gente, la generación de sanitaristas. (E2)

Esa fundadora concibe la salud colectiva como continuidad, no como ruptura, aunque utilice el verbo en pasado (“fue”). Su discurso, sin embargo, remite a la salud pública, al sanitarismo y a los sanitaristas. En su concepción, la RSB se confunde con el movimiento sanitario, que tendría su origen con Oswaldo Cruz. Se traduce por el ethos sanitarista comprometido con una visión pública, republicana y universal de los problemas del país. Sin embargo, no acentúa las especificidades de la génesis, ya sea de la salud colectiva o de la RSB, a pesar de formar parte de esa historia. La “visión pública, republicana y universal” mencionada por la entrevistada parece distante de una postura reformista o revolucionaria. Este punto de vista explicitado es opuesto a uno de los puntos de vista de los fundadores en el momento de la génesis. Por otro lado, refuerza el polo de lo público y lo universal que constituye el espacio de la salud colectiva, tal como se puede constatar a partir de la investigación realizada por Vieira-da-Silva y Pinell (2014). A pesar de reconocer la Reforma Sanitaria, sigue pensando en salud pública, ni siquiera mencionando el SUS.

En el testimonio, esta otra socióloga fundadora del campo explica un punto de vista y una posición, concentrando su atención en el SUS:

Hay muchas tensiones en el sistema actual. Convive con varios modelos al mismo tiempo. No es la pura aplicación ni del proyecto, ni de la ley, ni de las normas que vinieron después, en el año 1990. Opera con lógicas diferentes. Opera al mismo tiempo con la lógica de la universalidad, de la integralidad y del control social y, al mismo tiempo, con otra lógica, que es la lógica de la tercerización. Del núcleo que da origen [...] a [...] escándalos relacionados con el mal manejo de fondos e [...] intereses corporativos dentro del Ministerio de Salud [...]. Por eso les digo a los estudiantes cuando preguntan “pero ¿por qué el SUS nos llevó a esto?” [...]. Hay ‘SUSES’: hay un SUS que opera en el interior de los pequeños municipios, que trabaja con una lógica, a veces, que es favorable al avance de la propuesta inicial; hay el SUS que está presente [...], en esas grandes unidades, y que el alcalde quisiera privatizar todo. (E6)

Incluso con el reconocimiento de las diversas lógicas presentes en las políticas de salud y en el SUS, en particular, cuando ocurren disputas entre diferentes concepciones, no fue suficiente para esta intelectual, durante la entrevista, avanzar hacia un análisis del proceso de la RSB, mucho menos en sus relaciones con el campo de la salud colectiva en la coyuntura. Este punto de vista puede representar una trayectoria académica orientada hacia su área disciplinar y temática de investigación de su interés, distanciándose de las cuestiones políticas más amplias en las que puede volverse inteligible el proceso de la RSB.

Finalmente, merecen un registro especial y análisis algunos fragmentos del testimonio de una científica social con altos capitales científico, político y burocrático, además de reconocida liderazgo en la salud colectiva, que reflexiona ampliamente sobre la problemática política en la salud colectiva, así como sobre la RSB:

La Reforma Sanitaria está incompleta. [...] Fuimos a reuniones en la Cámara de Diputados, como Consejo Nacional de Salud, para defender nuestra área y luchar contra aquella idea de Estado mínimo. [...] Considero que no podemos bajar la guardia, debemos estar vigilantes todo el tiempo, porque de vez en cuando surge alguna cuestión que necesita de nuestro apoyo, como Abrasco. Pero, al mismo tiempo, hoy existen muchos otros mecanismos de acción, y debemos poner nuestro foco en la calidad de la formación de los cuadros para el sector salud. Esta no es una cuestión técnica ni elitista, no es una cuestión burocrática: va a fondo en la idea del desarrollo del país y en la inversión necesaria en ciencia y tecnología. Creo que este es un papel político fundamental. [...] El país debe crear una capacidad de respuesta a los problemas brasileños [...]. No vamos a encontrar las respuestas a nuestros problemas de salud en las investigaciones y teorías de los estudios de los extranjeros. (E5)

La mirada de la entrevistada sobre la dimensión política de las relaciones entre la salud colectiva, RSB y el área de ciencia y tecnología se aleja, en cierto modo, del *paradigma* ya comentado, expresión de la falta de énfasis de la RSB, a pesar de ciertos vínculos en el origen de la salud colectiva. Se trata, en definitiva, de una percepción desde el punto de vista del campo burocrático. Sin embargo, esta y otras entrevistas realizadas, así como los artículos consultados que discuten las evaluaciones del campo, no sustentan evidencias de este supuesto paradigma.

Aunque no se considere una fundadora del campo de la salud colectiva, esta intelectual examina retrospectivamente los orígenes de la RSB a partir de análisis fenomenológicos de sus investigaciones:

Voy a decir que no soy de aquellos históricos que comenzaron esta lucha. Pero yo entré y me incorporé, y me considero parte. [...] Hoy tengo condiciones de hacer este análisis mirando retrospectivamente. Pero, en aquella época, mi gran cuestionamiento en relación a los líderes históricos y luchadores era que la Reforma Sanitaria parecía más una reforma administrativa que una reforma que incorporara al conjunto de los trabajadores de la salud. Siempre

me decían “¡no, pero hay movimientos sociales, están los profesionales de salud!” Había, en verdad, pero eran los cabezas. [...] Comencé a hacer investigaciones que involucraban a la población y a los profesionales de la salud. Para ellos, la Reforma Sanitaria, obviamente, yo nunca pregunté a la población por la Reforma Sanitaria, no podía hacer esa pregunta directa, eran y siempre fueron la mejora en la atención médica, la calidad de los servicios y, por consecuencia, el desarrollo de sus condiciones de salud. Y los profesionales de la salud, con quienes podía conversar abiertamente, tenían una crítica de que no eran escuchados. Es decir, mirando, hoy, hacia atrás, creo que toda la militancia de la Reforma Sanitaria [...] fue un movimiento importantísimo para todo el campo de la salud, no solo para la salud pública. (E5)

El fragmento anterior señala la posición y la inquietud de la entrevistada frente a la tendencia observada de reducir la RSB a una reforma administrativa, sin contemplar la participación del conjunto de los trabajadores de la salud. Ella entiende que la Reforma Sanitaria significa para la población la mejora en la atención médica, la calidad de los servicios y la mejora de las condiciones de salud. Además del reconocimiento de la RSB como movimiento y proceso, analiza la institucionalización a partir de la Constitución, las leyes y las normas, destacando cierto desplazamiento en el protagonismo de los actores en el momento de la implementación del SUS:

Obviamente, como movimiento, incluyó a los líderes y a los más conscientes. Y ningún movimiento, si quiere institucionalizarse en este caso, cuya reivindicación entre en la Constitución, tiene el tiempo del cambio cultural esperado por el conjunto de los actores. Son momentos distintos, aunque ambos sean necesarios. Por eso, la institucionalización de la propuesta del movimiento sanitario en el capítulo de la Seguridad Social en la Constitución fue un gran logro de todos nosotros, y aquí me incluyo. Pero no puedo dejar de señalar que era un grupo fuerte hablando por una multitud. Hechas la ley y las normas, las NOB [Normas Operacionales Básicas] tuvieron un lugar destacado en la concreción de los principios del SUS. Participé activamente en la construcción de la NOB 1996 como miembro y representante del Consejo Nacional de Salud y trabajando con los técnicos del Ministerio de Salud. En resumen, creo que avanzamos mucho, y también considero que quienes fueron estrellas en el momento de la implantación y de la institucionalización de la Reforma Sanitaria no fueron los que más han actuado después. Los 20 años del SUS son una conquista fenomenal del movimiento de la Reforma Sanitaria. Creo que el área de la salud colectiva tiene un mérito inmenso, pero creo que nuestra reforma aún es un proceso muy inducido. Primero,

inducido por el Ministerio; luego, llevado a cuestras por los profesionales de la salud, con poca comprensión y adhesión de la población. Existen otras fragilidades: falta de financiamiento, interferencia de todas las teorías de modelo de Estado y de varios intereses, sobre todo de las corporaciones de los diversos profesionales de la salud, que a veces están más atentos a su importancia corporativa que a la lógica del SUS. (E5)

Más que un testimonio, este fragmento de entrevista de una intelectual que representaba a un sujeto colectivo en las negociaciones para la implementación del SUS en la década de 1990 parece constituir una evidencia de la complejidad del proceso de la RSB que exige investigaciones permanentes.

No obstante la producción académica de estos intelectuales del área de ciencias humanas y sociales, algunos de ellos con relevantes reflexiones teóricas y epistemológicas sobre el campo divulgadas en trabajos publicados con amplia circulación, se constata, aún, un pensamiento sobre la RSB caracterizado por una perspectiva minimalista, sectorial, institucional, restringida al sistema de servicios de salud y, en particular, al SUS. En resumen, los científicos sociales entrevistados no parecen más críticos que los epidemiólogos y planificadores de la salud colectiva.

Miradas sobre la Reforma Sanitaria Brasileña: ¿algún espacio para la crítica?

En los ítems anteriores, se constata un caleidoscopio de miradas sobre la RSB a partir de los discursos de los entrevistados. Algunos destacan aspectos teórico-conceptuales; otros, características del proyecto, proceso y del movimiento, incluso ciertos desvíos y equívocos, e incluso la necesidad de nuevas utopías. Sin embargo, pocos (E5, E9, E10, E11 y E26) señalan concretamente las relaciones entre la salud colectiva y la RSB o una organicidad entre ambas (E23 y E26), hipótesis que orientó originalmente la presente investigación. Solo estos sujetos cuyas trayectorias indicaban una participación intensa en el movimiento de la RSB, una inserción anterior en el Partido Comunista y la ocupación de cargos de dirección en el Cebes presentaron un discurso crítico y subrayaron tal organicidad. Los otros mencionaban la articulación entre la salud colectiva y la RSB, básicamente, en la construcción del SUS.

A continuación, se presentan otras posturas derivadas de entrevistados con distintas inserciones y diferentes capitales acumulados. Así, un entrevistado declaraba que ya no se sentía parte de la salud colectiva, sin saber cuál era su identidad. Este es uno de los dos entrevistados considerados en

el presente estudio como fundadores de la salud colectiva, pero que ya no se reconocen en ella, tal vez por haber perdido la *illusio*, es decir, el conjunto de creencias compartidas que inducen al agente a querer jugar el juego. Esta postura podría explicarse por su trayectoria, que indica inserciones en organismos internacionales y en ministerios, no en universidades o escuelas de Salud Pública. A pesar de la falta de identidad actual, ya que se siente más vinculado a la “*Reforma Sanitaria en su totalidad*”, no duda en reconocer la salud colectiva vinculada a la RSB. Es uno de los pocos intelectuales que explicitaron tal comprensión de forma contundente durante la entrevista. Admite que los logros señalados no descartan la necesidad de un renacimiento de la RSB, traducido en las propuestas que apuestan por su radicalización. Estas tienen sentido al reconocer que la RSB va más allá del SUS y que fue formulada con la participación de la academia y de los movimientos populares.

El destaque de tal participación es compartido, también, por un entrevistado que resalta, entre las características fundamentales de la RSB, el hecho de haber nacido de “abajo hacia arriba”. Este testimonio refuerza las conclusiones de un estudio anterior (Paim, 2008), cuando argumentaba que la RSB no fue creada por el Estado, gobiernos o partidos, sino que su origen estaba vinculado a la sociedad civil, particularmente a los movimientos sociales que combatieron la dictadura y lucharon por la democratización de la salud, del Estado, de la sociedad y de la cultura:

Creo que hay algunas características únicas en nuestra Reforma Sanitaria. Única, al menos en el contexto de un país de ingresos medios, en la década de 1980. En el sentido de que surgió de abajo hacia arriba, con una fuerte participación de la academia y de grupos populares, sindicatos. Es una Reforma Sanitaria que no fue impuesta de arriba hacia abajo como un nuevo programa de salud, que generó el SUS, que también es una parte de la Reforma Sanitaria. Creo que la Reforma Sanitaria también es más que el SUS, que tiene características claras, en contra del neoliberalismo, que en esa época todo el mundo quería imponer, problemas como los de los colombianos, mexicanos o los seguros de salud para los pobres. Pero cada tiempo es un modelo extremadamente contradictorio debido a la independencia del sector privado. Y por el subfinanciamiento [...], que no es mi área de especialización. Yo soy más de Epidemiología, de medir enfermedades y cosas así, pero quedó muy claro [...] que todo eso fue creado con una visión ideológica, con participación popular y todo está amenazado. Entonces, está amenazado por el subfinanciamiento. [...] Creo que el modelo tiene mucho, mucho que ofrecer. Pero necesita ser dinamizado. Porque [...] se logró mucho, no tengo duda, pero está en una fase realmente peligrosa. (E22)

Este entrevistado reconoce que la RSB es más que el SUS y difiere de las reformas sectoriales inspiradas en el neoliberalismo, tal como se resalta en el libro citado. Además, considera que la RSB y el SUS están amenazados e indica la necesidad de dinamizar la reforma, valorando la participación de la academia y de los movimientos popular y sindical.

En esta perspectiva, otros entrevistados señalan la necesidad de nuevos caminos más allá de la cuestión del financiamiento. Identifican indicios de insuficiencias teóricas, así como obstáculos en la construcción de la conciencia sanitaria, en la participación social y en la dimensión organizativa del sistema de salud:

Creo que estamos en una fase de tomar nuevos rumbos. Estamos en una encrucijada. [...] Creo que este movimiento de la Reforma Sanitaria fue un movimiento de pleno éxito, con la influencia que tuvo en la Constituyente, en el formato final de la Constitución, y toda esa transformación de la institucionalidad de la salud pública en Brasil, con la extinción del INAMPS [...]. Este proceso de fortalecimiento de la organización del SUS, es decir, esta dimensión técnica e institucional del SUS, el modelo del SUS de gestión colegiada, todo eso es, para mí, un gran avance. Ahora, mi evaluación es que las atenciones se han centrado demasiado en el fortalecimiento del Sistema Único de Salud y se ha disminuido mucho la preocupación y la discusión sobre la parte doctrinaria, la parte conceptual del movimiento sanitario. Es decir, basta ver, por ejemplo, que toda la efervescencia que hubo en la década de 1970 y hasta principios de la de 1980 sobre la construcción de una teoría de la salud colectiva [...], que es una visión de cómo se construyó un campo que se proyecta en la organización de entidades, en la organización de las academias, en la organización de los servicios de salud. Eso tenía una dinámica mucho más intensa hasta la década de 1980 y fue disminuyendo cada vez más. Hoy, cuando alguien habla de esto, lo hace mucho más en el sentido de que falta eso, pero no hay una propuesta para ponerlo en discusión. (E13)

Así, el entrevistado cuestionó la disminución de la preocupación con los aspectos conceptuales que él menciona como “parte doctrinaria” del movimiento sanitario, recordando la “efervescencia” en la construcción de la salud colectiva. En realidad, no se trataba de una “teoría de la salud colectiva”, sino de una propuesta para la construcción de un campo científico a partir del cual podría elaborarse una teoría social de la salud, tal como se planteó en la tesis sobre *O dilema preventivista* (Arouca, 2003).

Más adelante, el mismo fundador intentó un análisis crítico sobre la producción teórica, llamando la atención sobre el hecho de que se encuentra casi

restringida a la Epidemiología, que no se expande hacia el área de la salud y no alcanza a la población, que sigue confundiendo salud con asistencia médica:

¿Qué significa hoy decir que la salud no es la definición clásica de la OMS...? [...] Esta crítica, que se hizo con la idea de un nuevo concepto de salud en el contexto de la llamada medicina social, no ha sido retomada por la salud colectiva de forma renovada hasta ahora. Creo que lo que ocurrió entre el desarrollo del concepto de salud en el contexto de la medicina social y la salud colectiva fue principalmente en el campo de la Epidemiología. [...] Pero este avance conceptual o doctrinario en Epidemiología no se proyectó en la salud como un todo [...]. El estancamiento que existe hoy en la propia realización de la Reforma Sanitaria es claro. [...] ¿Cuáles eran las dimensiones de este proyecto de reforma? Un nuevo concepto de salud. [...] Lo que Arouca llamaba la “formación de la conciencia sanitaria” sigue siendo un desafío para nosotros en la Reforma Sanitaria Brasileña. La población no sabe qué es la nueva salud pública, la salud colectiva. La gente cree que la salud es asistencia médico-hospitalaria. Creo que la cuestión de qué es el concepto, en el seno de la sociedad, sobre lo que es salud, salud como calidad de vida, salud como derecho humano, salud como felicidad, no es un valor socialmente difundido. (El3)

Más allá del concepto de salud, se observa, en el fragmento siguiente, una extensión de la crítica hacia el mimetismo organizacional entre las instituciones del SUS que toman como modelo la estructura del Ministerio de Salud. De la misma manera, se destacan las limitaciones y los desvíos políticos de las instancias institucionalizadas de participación social en salud, como las conferencias y los consejos, considerados una gran apuesta del movimiento y del proyecto de las RSB, pero que, según el entrevistado, expresan actualmente un “modelo agotado”:

Otro elemento importante de la Reforma era la dimensión de la participación, del control social. Hoy, es un estancamiento total. La solución de los consejos funcionó durante un buen tiempo de manera razonable. Hoy, como demuestran claramente las últimas conferencias nacionales, las estatales y municipales, es una evidencia de un modelo agotado. Se ha convertido en una arena de disputa de prejuicios, de actitudes preconcebidas; es decir, las personas van a las conferencias a defender tesis que ya están definidas y que van allí a ganar a gritos o por votos. Es decir, esa no era la concepción que surgió materialmente en la 8ª Conferencia Nacional de Salud como un lugar donde uno viene a debatir y extraer del debate una propuesta de consenso.

Ya no existe eso. Y lo otro es en el proceso de organización institucional [...]. Se crea un órgano en el Ministerio de Salud; luego, poco a poco, empieza a reproducirse en clones en las secretarías estatales y municipales. Es el caso típico de la Secretaría de Recursos Humanos, de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, que se está clonando en las secretarías municipales. Comenzó con las SAS [Secretarías de Atención a la Salud], la SAS, cuando se creó, tuvo un clon en todas las secretarías estatales y municipales [...]. Antes se hablaba de regionalización; hoy es red, y sigue circulando en torno al mismo problema. No se sabe cómo organizar los flujos de referencias y contrarreferencias. Entonces, existe una crisis en lo que son los tres pilares del movimiento de la Reforma Sanitaria: el concepto de salud, la dimensión de la sociedad como rector de este asunto, la participación y la dimensión organizativa administrativa. Como creo que las cosas no ocurren por casualidad, sino para surgir y generar soluciones, debe haber algo nuevo ahí, si no tendremos que soportar y, principalmente los sanitarios de mi generación, morir sin ver la novedad. (E5)

Se puede concluir, a partir de las entrelíneas del discurso de este entrevistado, que su entendimiento sobre la RSB se concentra especialmente en el SUS. Diversos estudios apoyan esta argumentación, señalando las limitaciones del llamado control social (Esperidião, 2014), así como los problemas de la gestión y organización del SUS (Paim & Teixeira, 2007; Pinto *et al.*, 2014).

En esta perspectiva, se han destacado dos tipos de problemas. El primero, relacionado con los consejos y conferencias, señala que la contradicción verificada fue apostar en el protagonismo de la ciudadanía, es decir, frente a la distancia de una ciudadanía plena, la participación ciudadana queda restringida y estas instancias son colonizadas por intereses partidarios, particulares y corporativos, no constituyendo espacios de defensa del interés público. El segundo es confundir al Estado con el interés público, suponiendo que el derecho administrativo brasileño y su administración pública, sobre todo la llamada “administración directa”, pudieran ser capaces de asegurar calidad y continuidad en la gestión del SUS. Sin embargo, el análisis más profundo de estos desafíos excede el alcance de este capítulo.

A diferencia de la apariencia nostálgica de parte de estas entrevistas, lo que marca el discurso de estos intelectuales es la percepción sobre la pertinencia de la crítica y de la producción teórica en el sentido de orientar la búsqueda de nuevos rumbos. Sin embargo, a pesar del esfuerzo crítico que emprenden y de la pertinencia de los aspectos señalados respecto al SUS, en realidad, las respuestas analizadas se alejan de la cuestión referente a la RSB.

Continuidad y perspectivas

Sin avance del real concreto no hay avance del real pensado y, recíprocamente, el avance del real concreto necesita del avance del real pensado. (Carvalho, 2008, p. 17)

Los resultados de la investigación realizada sugieren que el proceso de la RSB fue capturado por inmovilismos y ajustes conservadores que caracterizan la revolución pasiva, acompañada del transformismo (Gramsci, 2002) de parte de sus intelectuales en la coyuntura *pos-Constituyente*, cuando personajes y partidos considerados de izquierda que defendían la Reforma Sanitaria y el SUS cambiaron de bando y se unieron a las fuerzas que han obstruido los caminos para la construcción de un sistema público de salud universal, democrático, integral y de calidad en el país (Paim, 2013).

El transformismo, aliado a la revolución pasiva, provoca que los agentes se unifiquen, cambien de bando y refuercen las posiciones conservadoras de las fuerzas del orden establecido. Tal como se analizó en relación con el proceso de la RSB (Dantas, 2014; Paim, 2008; Silva, 2016; Silveira, 2015), estos fenómenos posiblemente conforman el sustrato político-cultural que ayuda a explicar los rumbos de la salud colectiva hacia la restauración en el sentido de la salud pública hegemónica. Por lo tanto, los conceptos de revolución pasiva y transformismo se vuelven útiles para interpretar la cooptación de segmentos que se oponían a determinada política y comienzan a desarrollarla en momentos posteriores, así como la transfiguración verificada en intelectuales orgánicos (Gramsci, 1977) de la RSB y de la salud colectiva, ya sea en el discurso, ya sea en las prácticas institucionales.

Gramsci (2002) menciona la situación de los intelectuales que se convierten en dirigentes, reapareciendo una determinada concepción de Estado con sentido reaccionario, tendiendo también a participar del transformismo. De ahí la conclusión de que “la revolución pasiva sería el contexto del protagonismo político-social de los intelectuales” (Vianna, 2004, p. 83).

Desde esta perspectiva, la presente investigación procuró analizar ciertas pistas de las relaciones entre la salud colectiva y la RSB, entrevistando a intelectuales formadores de la salud colectiva, parte de ellos también vinculados al proyecto y al proceso de la RSB. Por lo tanto, las peculiaridades de origen de la salud colectiva en su desarrollo contrahegemónico permitirían distinguir su concepción de la correspondiente a la salud pública hegemónica:

Se sitúa, por un lado, en la tensión entre la crítica contracultural del orden técnico-científico y la democratización de los modelos médico y sanitario científicamente tradicionales, en ambos casos disputando hegemonía con el modelo dominante (científicamente tradicional y socialmente elitista). Por otro lado, tenemos los orígenes de este campo, desarrollado siempre en compromiso con la democratización y las luchas por los derechos humanos y sociales, así como en el entrelazamiento de la crítica a la salud pública con aquella, inspirada en la medicina social. (Schraiber, 2008, p. 14)

Sin embargo, la pérdida de un “alma transgresora”, mencionada anteriormente, expresa también la vida del campo compuesta por luchas entre sujetos, individuales y colectivos, con puntos de vista y posiciones distintas en relación al proyecto de la RSB y con diferentes intereses en disputa en la salud colectiva. Revelan las luchas del campo académico, muy bien analizadas en el estudio clásico sobre el *Homo academicus* (Bourdieu, 2008).

Es posible admitir que los vínculos entre el proyecto de la RSB y la salud colectiva sean más estructurales, dado que las disputas en torno al proyecto y al proceso de la RSB formaron parte de la constitución de la salud colectiva. Sin embargo, el compromiso mencionado en la cita anterior ha sufrido amenazas con la “rarefacción teórica” de la salud colectiva (Schraiber, 2015), con la burocratización, con el desvanecimiento de la crítica y con la pérdida de su carácter instituyente, configurando el fenómeno que puede denominarse como “restauración de la salud pública” (Paim, 2011a). En este camino, es necesario reconocer al campo médico y al espacio de la salud pública institucionalizada aún como hegemónicos.

En lo que se refiere a la restauración, cabe argumentar que no se trata solo de una sensación, percepción, *insight*, idea o imaginación, sino de un concepto que puede indicar la contradicción que el fenómeno contiene (Carvalho, 2008). Así, la superposición entre salud colectiva y salud pública, cada vez más naturalizada y espontánea en el discurso de muchos entrevistados, los filtros impuestos a su proyecto en las prácticas institucionales, así como la reducción de la RSB al SUS, parecen reproducir en la salud la revolución pasiva que ha caracterizado el desarrollo histórico de la sociedad brasileña. De ahí que muchos de los intelectuales entrevistados tengan plena conciencia sobre sus prácticas, pudiendo celebrar los logros de la Reforma Sanitaria y los avances del SUS.

Siendo conocida como “revolución desde arriba” o “revolución sin revolución”, la revolución pasiva representa un “proceso de transformación que excluyó la participación de las fuerzas democráticas y populares del nuevo

bloque de poder” (Coutinho, 1981, p. 54). Ni la Nueva República, ni la socialdemocracia *tucana*, ni el proyecto democrático-popular del Partido de los Trabajadores (PT) y de sus aliados a la izquierda incorporaron las fuerzas populares en el bloque histórico, ni favorecieron la construcción de una contrahegemonía, ni siquiera de manera sectorial en la salud (Paim, 2013). Y, ciertamente, ni la salud colectiva ni la RSB podrían quedar al margen en esta historia.

Hubo cambios, sin duda, hasta el punto de que uno de los entrevistados habló de “revolución”, pero con el predominio del polo “restauración”. Se puede concluir sobre la utilidad del concepto de revolución pasiva para interpretar la conservación o restauración que parece dominar la salud colectiva, justamente en una época en la que, paradójicamente, exhibe pleno éxito en todos sus congresos, amplía el número de cursos de posgrado y de grado, y aumenta exponencialmente su producción científica.

Cabe resaltar que las entrevistas de la investigación se realizaron, en su mayoría, entre 2008 y 2010, auge de la “era Lula”. Aun así, el pesimismo revelado en el análisis de parte del material empírico de la investigación en relación con las perspectivas del SUS y de la RSB aparecía exactamente en un período de gobierno en el cual el ministro de Salud era un ex-presidente del Cebes, y altos cargos de dirección y asesoramiento en el ámbito federal eran ocupados por militantes de la RSB, incluyendo ex-presidentes de Abrasco. Así, los resultados conforman evidencias de que ni siquiera la coalición de centro-izquierda liderada por el lulismo fue suficiente para asegurar apoyo y compromiso con la RSB y el SUS.

La emergencia de la salud colectiva, analizada en la investigación documental y en el discurso de los intelectuales entrevistados, sugería la posibilidad histórica de que los profesionales de la salud optaran por constituirse en intelectuales orgánicos de la clase trabajadora, que se organizaba sindical y políticamente en esa época. La propuesta, el proyecto y el movimiento de la RSB en la misma coyuntura proporcionaron elementos relevantes para el análisis de las concepciones y posiciones de sus formuladores, incluyendo las relaciones entre el campo médico y la salud colectiva. Sin embargo, el análisis del proceso de la RSB impulsado por las entrevistas revela nostalgia, *saudade*, conformismo y lamentaciones por las promesas no cumplidas, entre unos, y un esfuerzo de reflexión, crítica, producción de conocimientos y apuesta en la constitución de sujetos políticos y nuevos rumbos, entre pocos. Tal vez porque tanto el proyecto como el proceso hayan sido obstruidos, de hecho, por aquellos que detentaban efectivamente el poder, y no necesariamente el gobierno.

Así, sujetos de la salud colectiva que pretendían constituirse en intelectuales orgánicos de la clase trabajadora se convierten en intelectuales orgánicos de las clases dirigentes, contribuyendo a la dirección política y cultural ejercida por ellas mediante la construcción del consenso a través de las prácticas ideológicas y culturales. Participan en la realización de la hegemonía, justificando la “dialéctica del menos peor” (Teixeira & Paim, 2005) en la formulación e implementación de políticas de salud y defendiendo una “salud pública de calidad” en sus congresos y conferencias de salud (Paim, 2015). Por lo tanto, ciertos constructores de la salud colectiva, que antes se identificaban con las luchas populares y de las clases trabajadoras y apostaban a la contrahegemonía, se convierten en dóciles intelectuales orgánicos de las clases dominantes. Es el transformismo invadiendo la salud colectiva, tal como parece ocurrir en el proceso de la RSB.

Esta argumentación no es una mera afirmación de un punto de vista, ni simplemente una posición/disposición para disputas. En realidad, los argumentos son intentos de fundamentar determinados puntos de vista con razones (Weston, 2009), desvelando racionalidades, ideologías y contradicciones. No obstante, la interpretación sobre las relaciones entre salud colectiva y RSB esbozada al finalizar este capítulo no lleva a una conclusión definitiva, pero insinúa nuevas indagaciones.

Comentarios finales

El “estar ahí” de la Reforma Sanitaria Brasileña es, así, esto nuevo, con lo que podremos, otra vez, tratar de esa reforma sin solo conservar una tradición. Por eso, también, de nuevo podremos hacer una tradicional pregunta: ¿de qué es realmente de lo que trata el campo de la salud colectiva? (Schraiber, 2008, p. 18)

Al identificar las visiones de los fundadores de la salud colectiva sobre la RSB, su agenda, continuidad y perspectivas, el análisis indicó el predominio de una concepción superpuesta al SUS. La percepción de la RSB como un proceso, aunque presente en algunas entrevistas, tiende a centrarse también en la implementación del SUS, subordinando la amplitud del proyecto tejido en las luchas por la democratización de la salud, legitimado en la 8.ª Conferencia Nacional de Salud y formalizado en la Constitución de 1988.

De este modo, el examen de las vinculaciones entre la salud colectiva y la RSB a partir de las posiciones de sus intelectuales y formuladores sugiere más

una conexión con el SUS que propiamente con la reforma general expresada en una “totalidad de cambios”. Incluso los discursos de las entrevistas de cuatro ex-presidentes de Abrasco tienden a reproducir la identificación de la RSB como una reforma parcial, representada por la implementación del SUS. Es decir, el intento de distinguir las concepciones prevalentes sobre la RSB, ya sea como reforma sectorial o reforma social más amplia entre sus formuladores, indicó la persistencia de una visión de reforma administrativa, financiera y asistencial configurada por el SUS, bastante distante de la concepción explicitada en el informe final de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud.

La reflexión solicitada a los entrevistados sobre la salud colectiva reveló, incluso entre los fundadores de este campo, una concepción prácticamente equivalente a la salud pública. Algunos entrevistados, sin embargo, concebían la salud colectiva en sus especificidades históricas, teóricas y epistemológicas, permitiendo una distinción en relación con la salud pública. En resumen, de acuerdo con estas entrevistas, se podría llegar a la conclusión de que la salud colectiva sería lo mismo que la salud pública, así como la RSB sería igual al SUS.

Es posible que las respuestas de algunos de los entrevistados revelen cierta “imposición de problemática”, ya que muchos de ellos no se encontraban reflexionando o investigando sobre la temática de la investigación. Al limitarse a pensar en la dimensión más fenomenológica de la RSB, es decir, el SUS, encontraron dificultad para señalar con precisión las relaciones entre la salud colectiva, como campo científico y ámbito de prácticas, y la idea, la propuesta, el movimiento, el proyecto y el proceso de la RSB. Esto, en cierto modo, puede corresponder a algún grado de consolidación del espacio social de la salud colectiva, aunque su limitada autonomía y subordinación al campo médico restrinjan su reconocimiento como campo, según se indicó en los capítulos anteriores.

Por lo tanto, se puede admitir que ni el proceso de la RSB ni la construcción del campo de la salud colectiva están finalizados. Existen indicios de la conformación de un espacio plural con contradicciones internas y externas, siendo necesario cuestionar si la salud colectiva aún se constituye en algo nuevo. Esta pregunta atraviesa los logros del campo, expresando la tensión entre la tradición de su cuerpo instituido de saberes y prácticas y los nuevos desafíos, por hacer más y mejor en torno a lo conquistado, reinventándose en cada momento (Schraiber, 2008). De ahí la relevancia de formular nuevas preguntas, investigaciones y reflexiones que fundamenten la praxis transformadora de sujetos, individuales y colectivos, de modo que ese “nuevo” sea siempre puesto en cuestión, ya sea para confrontar lo tradicional, ya sea para evitar restauraciones, “Hay que recordar que la explicación científica que

proporciona los medios de comprender, incluso de reconocer una inocencia, es también lo que puede permitir transformar.” (Bourdieu, 2008, p. 15).

Ayudar a transformar la salud colectiva, a través de la militancia sociopolítica en la Reforma Sanitaria y en las instituciones académicas, puede ser la aspiración de este esfuerzo de investigación.



Conclusiones

Salud colectiva: ¿espacio de relaciones o campo en consolidación?

El análisis aquí desarrollado reunió diversos elementos que permiten visualizar rupturas y continuidades, identidades y diferencias que problematizan la caracterización de la salud colectiva como campo relativamente autónomo en el sentido de Bourdieu. Este autor, al discutir su concepto de campo, recordaba que siempre era necesaria una investigación empírica para caracterizar un universo social como campo. Y aunque utilizara, en ocasiones, como sinónimos, “campo” y “espacio social”, no los consideraba como conceptos equivalentes (Bourdieu, 2012). También es siempre bueno tener en cuenta que, para Bourdieu, pensar en términos de campo es más un recurso metodológico, una manera de pensar, que una tesis, una teoría (Bourdieu, 2015).

Un campo es un microcosmos social dotado de cierto grado de autonomía relativa en relación con el campo del poder y otros campos sociales más establecidos, *habitus* en común, e *illusio*, inversión en el juego, lo que implica, entre otras cosas, una identidad compartida y/o en disputa. El proceso de autonomización es un largo proceso que permite a los agentes de un determinado campo de producción cultural –ciencia, literatura, arte, entre otros– definir las cuestiones en juego con el mínimo de interferencias externas: políticas, económicas o religiosas (Bourdieu, 1996). Pero un campo no se define solo por las interacciones y la red de relaciones. El campo es una estructura de posiciones que orienta las tomas de posición y las interacciones, que, a su vez, estructuran las posiciones, como un efecto del *habitus* (Bourdieu, 2015, p. 199).

Así, la salud colectiva se constituyó contra la medicina preventiva y la salud pública institucionalizada, pero también contra el mercado como un espacio público. Su dependencia del Estado, si bien por un lado influye en los objetos de investigación, por otro contribuye a su autonomía respecto al mercado. En el momento de la emergencia de la salud colectiva, el campo médico estaba en transformación, con la pérdida de fuerza del polo liberal, el crecimiento del polo hospitalario-empresarial y el surgimiento de un polo asalariado. El campo político, polarizado entre el polo democrático y el polo

de sustentación al régimen dictatorial; el campo burocrático, dominado por la salud pública institucionalizada. Las posiciones que caracterizaron la arquitectura del campo en su génesis retraducían o refractaban las jerarquías de los campos dominantes¹ en los cuales el nuevo espacio estaba inmerso, pero ya a través de una lógica propia que fue creada y desarrollada desde entonces. La investigación de la determinación social de la salud y la construcción de un proyecto de Reforma Sanitaria que asegurara la salud como derecho de la ciudadanía pasaron a ser los principios y directrices que guiaron la definición de la lógica propiamente sanitaria. Sería, se podría decir así, una salud colectiva por la salud colectiva, en analogía con el arte por el arte, como especificidad del campo artístico, y con el lema “los negocios son los negocios”, como especificidad del campo económico. De esta manera, la idea, la propuesta, el proyecto, el movimiento y el proceso de la RSB (Paim, 2008) son, al mismo tiempo y en parte, producto y productores del campo de la salud colectiva. Serían considerados, así, como procesos concomitantes e intrínsecamente relacionados, aunque ninguno de los dos pueda ser reducido al otro.

Las diversas posiciones así construidas, que configuraron la arquitectura del espacio, funcionaron como polos de atracción/repulsión para los nuevos agentes que ingresaron al campo a partir de su emergencia. Eran tres esas principales posiciones: por un lado, la inserción en los departamentos de Medicina Preventiva/Social/Comunitaria y en los programas de posgrado en Salud Colectiva. Estas posiciones, insertadas en el campo científico, construyeron las bases teóricas de la salud colectiva. Posiciones dominantes simbólicamente, dotadas de mayor autoridad en la definición sobre qué son los problemas de salud poblacionales y cómo resolverlos. Por otro lado, estaban las posiciones en el campo burocrático que desarrollaron experiencias concretas de municipalización, regionalización y reorganización de la atención a la salud en escala local, estatal y nacional. Finalmente, la tercera posición se situaba en el campo político, en el parlamento y en los movimientos sociales. Estas tres posiciones no eran estancas, y las trayectorias de los agentes frecuentemente pasaban por más de una de ellas.

Las posiciones relacionadas con la ocupación de cargos en las instituciones de salud en los diversos niveles, dotadas de elevado capital burocrático, de un saber práctico, pero también de algún capital científico, eran frecuentemente ocupadas por agentes formados en el polo científico del campo, pero

1. Referencia a una de las propiedades de los campos analizada por Bourdieu que muestra que las determinaciones externas se ejercen sobre campos dominados, pero no directamente, sino retratadas por medio de la lógica específica (Bourdieu, 2015).

también por médicos clínicos y otros profesionales con elevado capital político. Las posiciones situadas en el campo político variaron entre los parlamentarios integrantes del movimiento sanitario y militantes de diversos movimientos sociales. Estos agentes se involucraron en las batallas legislativas para asegurar la incorporación de los principios del SUS y de la Reforma Sanitaria en la legislación post-Constituyente. Estas posiciones corresponden, desde entonces, a polos de fuerza que influyen en los agentes que están y que entran al campo. Y explican también las posiciones adoptadas sobre las cuestiones en juego, como ocurre en otros campos sociales. Lo que está en juego en este nuevo espacio es la autoridad de emitir juicios sobre los problemas de salud poblacionales, colectivos. Esta autoridad, sin embargo, está en disputa con otros campos sociales en los cuales los fundadores desarrollaron sus trayectorias iniciales: el campo médico, el campo político, el campo burocrático y el campo de la Sociología².

Las luchas que forman parte de la dinámica de los campos sociales tienen un supuesto de no negar la propia existencia del campo. La *illusio* está exactamente en esa creencia en un juego específico, jugado en determinados universos sociales. Es lo que mueve a los agentes a involucrarse, intensamente, con querellas, aparentemente insignificantes para personas no pertenecientes a ese campo social (Bourdieu, 1996). Así, las disputas entre el técnico y el político, entre el técnico y el científico, y entre el científico y el político que integraron la dinámica del espacio de la salud colectiva en su emergencia son disputas que no niegan en lo esencial el fundamento de su constitución. Progresivamente, este espacio se fue institucionalizando y ganando autonomía relativa frente al campo médico y al Estado.

¿Cómo delimitar el campo de la salud colectiva? Bourdieu prefería hablar de “fronteras” en lugar de “límites”. Esas fronteras son objeto de disputas como en los diversos campos: con el campo médico, con las Ciencias Sociales y con las áreas básicas. ¿Cuál es el tipo específico de capital que está en juego? Fundamentalmente, la autoridad sobre el diagnóstico y las proposiciones orientadas a resolver los problemas de salud en poblaciones. El diagnóstico de una epidemia viral, por ejemplo, requiere conocimiento epidemiológico y la organización de un sistema de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la producción de los datos requiere un saber clínico para el diagnóstico y tratamiento. ¿Qué puede ser considerado como caso confirmado? ¿Como

2. En las décadas de 1960 y 1970, el campo que influenció la Salud Colectiva fue la Sociología. Posteriormente, se extendió a otras disciplinas, imponiendo la denominación de Ciencias Sociales y Humanas en Salud.

sospechoso? En algunos casos, el debate se desplaza a las disciplinas básicas. Puede ser necesario un test inmunológico o genético para confirmar la presencia del virus causante de la epidemia. El debate sobre la triple epidemia zika, dengue y chikungunya y la relación del virus zika con la microcefalia en el año 2015-2016 mostró disputas, a nivel nacional e internacional, sobre la autoridad para hablar de esos hechos. No solo salieron a la luz epidemiólogos y especialistas en políticas y gestión en salud, sino también infectólogos, neonatólogos, genetistas y otros diversos agentes de campos de frontera con la salud colectiva y con la salud pública en el ámbito internacional. Al respecto, Sapiro (2013), reflexionando sobre si el campo puede ser nacional, muestra cómo los intercambios transnacionales, históricamente, han influido en los campos de la producción cultural desde el siglo XIX.

Tanto el diagnóstico como las respuestas estatales a los problemas de salud poblacional involucran los campos burocrático y político. La imagen de campos embebidos unos en otros, de sobredeterminación, a modo de las matriszkas rusas, ayuda en esta comprensión, con la cautela del uso de cualquier metáfora por la simplificación que puede generar (Bourdieu, 2013). En otras palabras, la autonomía de los campos es relativa. Así, el campo de la salud colectiva ocupa una posición dominada dentro del campo médico, siendo ambos dominados en relación al campo del poder. Muchas de las cuestiones en juego en la salud colectiva pueden ser explicadas por esas determinaciones de segundo y tercer grado (Bourdieu, 2015, 2016).

De esta forma, si en su génesis no estaban dados todos los elementos que permitieran su caracterización como campo (Vieira-da-Silva & Pinell, 2014), el análisis de las transformaciones y la construcción de este espacio social permite considerarlo como un campo en proceso de autonomización, dominado en relación al campo del poder, pero que tiene su lógica específica relacionada con lo universal, a semejanza de otros campos de la producción cultural. Se define contra lo privado, lo individual, afirmándose como espacio de saberes y prácticas orientadas al interés colectivo y público. Habiendo surgido dentro del campo médico como crítica a la medicina preventiva y rechazo ambivalente a la salud pública institucionalizada, fue construido en las relaciones entre esos dos polos, ambos en oposición al polo del mercado. Los tres polos que integran el campo definen lógicas e intereses diferentes: el polo del mercado orientado hacia la ganancia y el interés económico; el polo de la burocracia estatal, dominado por la salud pública tradicional, orientado por la racionalidad técnica, pero que también incorpora una lógica de costo-efectividad orientada por la razón económica; y, por último, el polo de la salud colectiva universitaria, en el cual domina la lógica sanitaria propiamente dicha, equivalente al “arte por el arte” en el campo artístico, donde el

principal interés sería la promoción de la salud y la atención a las necesidades de salud de la población (Figura 2).

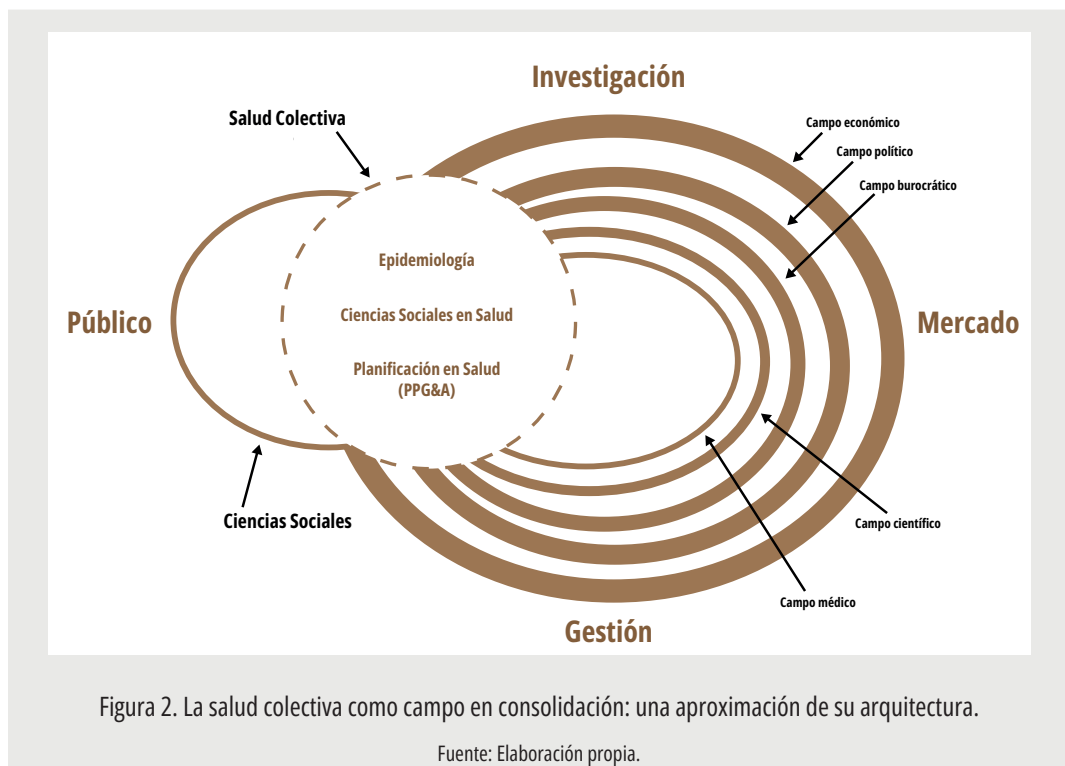


Figura 2. La salud colectiva como campo en consolidación: una aproximación de su arquitectura.

Fuente: Elaboración propia.

Las relaciones de los agentes con el campo del poder se dan, en un primer momento, a partir de la elaboración de una “teoría social de la salud” que proporciona los fundamentos de esa necesaria conexión entre la determinación social de la salud y la formulación de un proyecto político: la Reforma Sanitaria. En otras palabras, si la situación de salud de la población es socialmente determinada; si también las formas históricas asumidas por la organización de las prácticas sanitarias son socialmente determinadas, su transformación depende de una reforma o incluso de una revolución social.

En el momento de la génesis del espacio, el proyecto era contra-hegemónico, como lo eran los movimientos sociales que promovían la democratización

del país. Posteriormente, con la incorporación, en la Constitución de 1988, de las principales directrices aprobadas en la 8.ª Conferencia Nacional de Salud, pasa a formar parte de las cuestiones que están en juego la ocupación de los cargos de dirección del SUS: desde ministros hasta secretarios estatales y municipales, cargos cuya ocupación requiere una íntima articulación partidaria y política. Pero también se da por otra vía, más “técnica”, como *experts* del Estado, nacional e internacional (Murard & Zylberman, 1985). De esta forma, la jerarquización del espacio se da, como en otros campos de la producción cultural, en relación al grado de autonomía y distancia de las demandas del campo del poder. El subespacio científico con mayor autonomía y el subespacio burocrático más dependiente de las demandas del Estado.

La aparente paradoja identificada por Escorei (1999) en su tesis de maestría según la cual la crítica a la medicina preventiva se desarrolla en los espacios creados para difundirla y es financiada por las agencias que buscaban apoyarla, en realidad, revela el error de priorizar los determinantes externos en la explicación de los hechos sociales. La génesis del espacio de la medicina social, posteriormente salud colectiva, surgió del encuentro de las trayectorias de agentes con disposiciones políticas de izquierda que trajeron, como incorporaciones inconscientes, la historia colectiva de los intelectuales brasileños y de algunos grupos internacionales de la década de 1960 y, en particular, el año 1968: marxistas, contestatarios, militancia en partidos comunistas, gusto por la música popular, la *Nouvelle Vague* y el *Cinema Novo*. Pero también incorporaron la historia colectiva de la higiene y de la salud pública institucionalizada, de la Medicina y de las Sociologías paulista y carioca. Esa incorporación modulada por las historias individuales resultó en la diversidad de trayectorias que se encontraron y construyeron este espacio nuevo y, por lo tanto, diversificado.

La aparente paradoja se relaciona no solo con las condiciones de posibilidad de constitución del espacio, sino también con la especificidad que iban construyendo los agentes formados, precisamente, por las estructuras que representan esas condiciones de posibilidad. No bastaba crear departamentos de Medicina Preventiva para tener clínicos con actitud preventivista. Esto lo mostró Arouca en su tesis. Pero esta imposibilidad no se debía solo al papel reproductor de la escuela en el sentido del análisis de Bourdieu o al hecho de que los determinantes sociales de la Medicina y de sus prácticas sean originados por el capitalismo. Sino al hecho de que los agentes concretos que se interesaron o fueron invitados a organizar la enseñanza de la Medicina Preventiva trajeron consigo las disposiciones para desarrollar otras prácticas teóricas y políticas que no eran esas.

Por otro lado, la relación del espacio con el campo del poder está vinculada a este origen. Muchas de las trayectorias de los fundadores transitan entre

un inicio universitario, en el que se acumula capital científico, pero también simbólico, para ocupar puestos en organismos internacionales diversos y en cargos del primer y el segundo escalón del gobierno en los distintos niveles jurisdiccionales. Estas trayectorias siguen, en parte, el camino recorrido por los movimientos sociales y democráticos que, después del fin del régimen dictatorial, empezaron a ocupar diversos gobiernos estatales y municipales y, finalmente, con las dos victorias de Lula y Dilma en la política, el Palacio de la Alvorada y, para el movimiento sanitario, el Ministerio de Salud.

De esta forma, la salud colectiva es un espacio que nace en el interior del campo médico y en el cual gran parte de sus agentes conservan raíces e identidad. La pérdida de identidad como médico, cuando existe, es ambivalente, dado que la nueva identidad es variada: el principal exponente se declara sanitarista, denominación dada a los anteriores *experts* en higiene y salud pública institucionalizada con la que el nuevo espacio busca romper. El problema de la identidad no se planteaba para el grupo de científicos sociales que aspiraban a constituir un área del conocimiento especializada: sociología de la salud, antropología médica o ciencias sociales y humanas en salud, como quedó establecido, para incluir las diversas disciplinas del ámbito social.

Sin embargo, el grupo de científicos sociales es el segundo en organizarse dentro del espacio, creando la Comisión de Ciencias Sociales y Humanas de Abrasco, su congreso específico y revistas que se adaptan mejor a la producción en ese subespacio, como es el caso de *Physis* e *Interface*. Si no tenían problemas de identidad, objetivamente tenían un campo propio en el momento de la creación de la salud colectiva. Por lo tanto, se trataba de dejar su campo de origen e ir hacia otro. En cambio, para los médicos, lo que estaba en juego era la transformación del campo médico desde una nueva perspectiva, la de una medicina social.

Hay una diversidad en las identidades mencionadas: profesional de la salud colectiva, sanitarista, epidemiólogo, gestor, profesor, investigador. Médico, pero no médico, sociólogo o científico social adjetivado: “de la salud”. Se puede decir que se están creando nuevas identidades, específicas del campo en consolidación, pero no homogéneas al punto de constituir un *corpus*, designación dada por Bourdieu a campos muy homogéneos (Bourdieu, 1985).

Cuadro político ambivalente técnico para el campo político y político para el campo científico. El espacio creado tiene como una de sus principales cuestiones afirmarse como campo en el sentido de la construcción de la identidad y la búsqueda de la autonomía relativa. Si la nueva identidad no está completamente establecida, las antiguas también son rechazadas de forma ambivalente. La creación de los cursos de grado en Salud Colectiva, con la finalización de las primeras promociones a partir de 2012, introdujo un nuevo

componente en el campo. Como producto de esa transformación, el propio nombre de la asociación nacional fue cambiado y pasó a ser Asociación Brasileña de Salud Colectiva. Es un dato más que favorece la consolidación del campo, por un lado, y, por otro, introduce agentes que traen nuevas cuestiones sobre la identidad, la profesionalización y la autonomía relativa (Bosi & Paim, 2010; Lorena *et al.*, 2015).

La evolución del espacio de la salud colectiva desde la creación de los primeros programas de posgrado, en la década de 1970, y la fundación de Abrasco, en 1979, hasta la realización de la evaluación CAPES 2007-2009, revela una expansión y consolidación de ese espacio social. La especificidad de este microcosmos social aparece principalmente en las tomas de posición relativas a la formación especializada. Aunque la formación de origen sea principalmente médica, los docentes adquieren su formación específica en Salud Colectiva en los programas de maestría, de doctorado y, en menor grado, en las especializaciones. Este análisis preliminar revela, sin embargo, una diversidad de áreas del conocimiento relacionadas con los diversos estadios de la formación, así como con los principales productos: disertación de maestría y tesis de doctorado. Un análisis más detallado de algunas trayectorias particulares y/o de grupos de docentes según generaciones podrá aportar más elementos que permitan comprender mejor la dinámica de la evolución del espacio investigado.

Por otro lado, el análisis de las posiciones ocupadas por los docentes en los programas de posgrado en Salud Colectiva, relacionadas con la elección de sus áreas de investigación, revela una diferenciación respecto al espacio en el momento de su génesis, según se analiza en el presente estudio. La Epidemiología se consolidó como subespacio hegemónico en el campo científico aquí priorizado en este segundo momento de análisis. Las ciencias sociales en salud y la política, planificación y gestión, concebidas originalmente también como pilares de la salud colectiva, aparecen como áreas más importantes en la elección de los docentes después de la Epidemiología. Sin embargo, diversas otras áreas del conocimiento integran el espacio en constitución.

El análisis sociohistórico sobre la salud colectiva aquí desarrollado se mostró como una línea de investigación relevante no solo para el llenado de vacíos en la historiografía, sino sobre todo como apoyo a la reflexividad necesaria para la investigación en este campo, incluso la objetivación de la propia posición del sujeto objetivante (Bourdieu, 2005; Bourdieu, Chamboredon & Passeron, 1999). La importancia de estas investigaciones para las políticas de salud se relaciona, sobre todo, con la comprensión del significado de los procesos sociales necesarios para las reformas estructurales y para las transformaciones en los diversos ámbitos del mundo social.

Posfacio

Patrice Pinell

Mientras que en Francia aquellos que pretenden “salvar la Sociología”, extra-yéndola de los caminos trazados por el determinismo en el que habría sido colocada, inicialmente por Émile Durkheim y luego por Pierre Bourdieu, tienen éxito en los medios, es alentador ver a los investigadores brasileños no entregarse a las sirenas del individualismo metodológico y proponer análisis que no reducen la realidad social a una combinación de acciones conducidas por actores que toman decisiones racionales. La obra de Ligia Vieira-da-Silva forma parte de esos trabajos que muestran que la Sociología nunca es tan pertinente como en momentos en los que desvela los determinantes sociales de las posturas y acciones que escapan de la conciencia de los agentes y relata las motivaciones y cuestiones detrás de estas. En otras palabras, lo que los hace invertir en la defensa de una causa, sea ella profesional, social, política o, muchas veces, una combinación de las tres. De hecho, al salir de la lectura de este libro, el lector habrá visto desarrollarse una historia que no está escrita por “actores libres y autónomos”, actuando en función de la representación que tienen de sus intereses, después de una evaluación de los beneficios esperados y los riesgos involucrados para cada elección que se les presenta. Involucrarse en una oposición clandestina a una dictadura militar, como lo hicieron los fundadores de la salud colectiva, es un tipo de decisión que no invita a pensar que los que la tomaron son algunos calculadores informados.

Ese mismo lector habrá sido convencido de que la creación de un espacio de salud colectiva no está determinada ni por la acción de individuos ni por las estructuras sociales en las que están inscritos. Habría visto claramente que la formación de la salud colectiva no es más una consecuencia mecánica de la lógica de funcionamiento de las instituciones que le preexistían, ni el producto de una adaptación de la salud pública a la evolución de la economía capitalista.

Uno de los éxitos del libro es mostrar, de una manera muy convincente, que la génesis de un nuevo espacio social es el resultado (temporal) de un proceso de construcción cuya dinámica y dirección escapan a la voluntad de los agentes implicados en él, porque es el producto de la interpenetración de

las estrategias de agentes que ocupan posiciones en diferentes espacios del mundo social y que están comprometidos en relaciones de alianza y de competencia para construir ese espacio. El marco teórico, articulando conceptos tomados de Pierre Bourdieu (campo, *habitus*), pero también de Norbert Elias, inspira una problemática de investigación que orienta el trabajo empírico y se alimenta de los hechos evidenciados. Así, vemos cómo el espacio de la salud colectiva nace de la convergencia de proyectos impulsados por pequeños grupos de agentes pertenecientes a generaciones “jóvenes” de médicos e investigadores en Ciencias Sociales, ocupando posiciones dominadas de recién llegados en sus respectivos campos y que, por diferentes razones, quieren darle a la medicina una nueva orientación. Es decir, una medicina que ellos califican como “social”, porque no reduciría la enfermedad a su dimensión individual y biológica, sino que también intervendría en la sociedad, ya que esta, por su funcionamiento y por sus desigualdades estructurales, tendría una influencia patógena.

El trabajo de Ligia Maria Vieira-da-Silva muestra cómo lo que está en juego de manera específica para estos grupos: para el grupo de médicos, inventar una medicina que rompa con las prácticas de una medicina preventiva dominada por enfoques higienistas; y para los jóvenes sociólogos, construir la Sociología Médica, hasta entonces inexistente en Brasil, resulta en agruparse bajo los auspicios de lo político. Sin embargo, un punto muy importante que se extrae del análisis es que, dado que esta agregación de objetivos resulta de la estrategia de alianza entre médicos “críticos” y sociólogos, no haciendo desaparecer sus diferencias de perspectivas con el tiempo, el espacio de la salud colectiva se convierte muy rápidamente en un terreno de tensiones e incluso de conflictos sobre esta cuestión, que es fundamental en todo espacio social, es decir, su propia definición. Pero estas tensiones no se resumen a una oposición entre la visión de los sociólogos y la de los médicos.

De hecho, en cuanto las instituciones de la salud colectiva, una vez constituidas, se inscriben en el largo plazo, las tensiones surgen igualmente entre, por un lado, los médicos, para quienes la ruptura con el enfoque de la higiene pública iba de la mano con la perspectiva de desarrollar una investigación en Epidemiología “moderna” e inscrita en el campo científico internacional; y, por otro lado, los médicos orientados por la (medicina) clínica, para quienes el objetivo prioritario de la medicina social debía seguir siendo la implementación de una política de salud pública “real”, que responda a las necesidades de las clases populares. Esto significa decir que este análisis sociohistórico de la génesis del espacio nos esclarece sobre las tendencias que operan hoy, en el campo médico brasileño, entre las tres grandes áreas de saber y de prácticas

que constituyen la salud colectiva, que son la epidemiología, la salud pública y las ciencias sociales en salud.

Sin embargo, la explicación que se nos propone sobre la manera en que ese espacio se construyó y se estructuró en torno a esas tres grandes áreas, evidencia especificidades nacionales, vinculadas a la singularidad de la historia brasileña. Estas singularidades se desvelan en las modalidades particulares conforme a las cuales las lógicas de producción simbólica propias de cada una de esas áreas coexisten, entran en colaboración o en conflicto.

En este sentido, la obra de Ligia Maria Vieira-da-Silva solo puede estimular una investigación comparativa, aún demasiadas veces basada en los análisis de las características nacionales, superficiales, realizados a la prisa y para las necesidades de la causa. Por ejemplo, un estudio de este tipo sobre la génesis de la salud colectiva en Brasil permite a un sociólogo francés comprender por qué no existe en Francia un espacio social equivalente. Y, con esto, invita a reconsiderar la manera en que la epidemiología, la salud pública y las ciencias sociales en salud fueron constituidas, no más analizándolas por separado, como es tendencia hoy, sino enfocándose en las relaciones que esas tres áreas han mantenido en Francia desde el nacimiento, a finales del siglo XVIII, de una higiene pública dominada inicialmente por enfoques ambientalistas, antes de la invención por algunos higienistas de la “investigación social”.

Una investigación de este tipo en Francia debería dar cuenta de esta paradoja por la cual, aunque uno de los orígenes de la Sociología francesa se encuentra en los trabajos de médicos higienistas (Villermé, Parent-Du-Châtelêt), las ciencias sociales en salud conocieron un desarrollo mucho menor y más tardío en Francia que en muchos otros países. Y que nunca se reunieron las condiciones para que una alianza entre sociólogos de la Medicina, médicos de la salud pública y epidemiólogos pudiera ser construida. La comparación debería enfocarse en la incidencia de las cuestiones propiamente políticas en la constitución de un espacio como la salud colectiva brasileña.

El libro destaca el compromiso muy “a la izquierda” de los fundadores del espacio social. Una comparación que queda por hacer y que viene inmediatamente a la mente es con el período abierto por mayo de 1968 en Francia, el cual, aunque pudo dar lugar al nacimiento de una tal configuración de médicos “críticos” y sociólogos, lo hizo no desde la perspectiva de la transformación de la salud pública sino, más bien, de la Psiquiatría. Una hipótesis a investigar en Francia sería la de un obstáculo para la emergencia de un equivalente de la salud colectiva, debido a que existe un sistema de seguridad social que garantiza una cobertura de seguro de salud que permite el acceso a la Medicina liberal para la gran mayoría de la población. Esta hipótesis podría

ser una invitación a observar más de cerca lo que la génesis de la salud colectiva brasileña debe al sistema de pensiones existente en el país.

Paris, 3 de abril de 2018

Referencias

- Almeida, C. M. D. (coord.). (1989). Os atalhos da mudança da saúde do Brasil: serviços em nível local: 9 estudos de caso. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.
- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, pp. 2234-2249.
- American Public Health Association (APHA). (2006). Our history: our founding. Washington. Recuperado de: <<https://www.apha.org/about-apha/our-history>>.
- Arouca, S. (2003). Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: UNESP.
- Arouca, S. 1975. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. (Tesis). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. (1974). *Educación Médica y Salud*, Washington, v. 8, n. 4, p. 354-359.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (2002). A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, v. 26, n. 62, p. 327-331.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (2000). Atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira. *Boletim da Abrasco*, Rio de Janeiro, n. 79.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (1982). Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (1983). Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (1984). Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (1986). Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 4.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). (2002). Em defesa da saúde dos brasileiros: carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. *Boletim da Abrasco*, Rio de Janeiro, n. 85.
- Ayres, J. R. D. C. M. (1995). O espaço público moderno e o nascimento da epidemiologia. En: Ayres, J. R. D. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco. pp. 107-134.

- Ayres, J. R.; Santos, L. (2017). Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: HUCITEC; Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Barata, R. B.; Goldbaum, M. (2003). Perfil dos pesquisadores com bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq da área de saúde coletiva. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19,n.6,p. 1863-1876.
- Barreto, M. L. (1982). Esquistossomose mansônica: distribuição da doença e organização social do espaço. (Disertación) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Barreto, M. L. (2004). The Globalization of epidemiology. Critical thoughts from Latino America. International Journal of Epidemiology, v. 33, n. 5, p. 1132-1137.
- Barros, S. G; Vieira-da-Silva, L. M. (2016). A gênese da política de luta contra a Aids e o espaço Aids no Brasil (1981 a 1989). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, p. 1-14.
- Bastos, E. R. et al. (2006). Conversas com sociólogos brasileiros. São Paulo: Editora 34.
- Berlinguer, G.; Teixeira, S. M. F.; Campos, G. W. de S. (1988). Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC.
- Blanco, A. (2007). Ciências sociais no Cone Sul e a gênese de uma elite intelectual (1940-1965). Tempo Social, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 89-114.
- Bobbio, N. (1997). Os intelectuais e o poder: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea. São Paulo: UNESP.
- Bosi, M. L. M.; Paim, J. S. (2010). Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038.
- Bourdelaís, P.; Faure, O. (2005). Les nouvelles pratiques de santé: XVIIIe XXe siècle. Paris: Belin.
- Bourdieu, P. (2002). Les conditions sociales de la circulation internationale des idées. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, v. 145, p. 3-8, déc.
- Bourdieu, P. (2006). A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo: EDUSP.
- Bourdieu, P. (1985). Effet de champ et effet de corps. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, v. 59, p. 73.
- Bourdieu, P. (2005). Esboço de auto-análise. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bourdieu, P. The forms of capital. En: Richardson, J. Handbook of theory and research for the Sociology of Education. New York: Greenwood, 1986a. pp. 241-258.
- Bourdieu, P. (2008). Homo academicus. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bourdieu, P. (1992). Les règles de l'art: genèse et structure du champ littéraire. Paris: Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1997). Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus.
- Bourdieu, P. (1996). As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário. Lisboa: Editorial Presença.

- Bourdieu, P. (1989). A representação política: elementos para uma teoria do campo político. En: Bourdieu, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. pp. 163-208.
- Bourdieu, P. (1986b) La représentation politique: éléments pour une théorie du champ politique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, v. 64, p. 3-19.
- Bourdieu, P. (2013). Séminaires sur le concept de champ, 1972-1975. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, v. 5, n. 200, p. 4-37.
- Bourdieu, P. Science de la science et réflexivité. Paris: Éditions Raisons d'agir, 2001.
- Bourdieu, P. (2009). O senso prático. Petropolis: Vozes.
- Bourdieu, P. (2015). Sociologie générale. Tomo I Paris: Raisons d'Agir: Seuil.
- Bourdieu, P. (2016). Sociologie générale. Tomo II. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (2012). Sur L'État: Cours au Collège de France (1989-1992). Paris: Seuil.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J.-C.; Passeron, J.-C. (1999). A profissão do sociólogo: preliminares epistemológicas. Petropolis: Vozes.
- Braga, J. C. D. S. (1978). A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina providenciária no desenvolvimento capitalista. (Disertación). Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Brasil. (2009). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Cadernos de Indicadores: Serviços Sociais. Brasília, DF.
- Brasil. (1968). Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 nov.
- Brasil. (1987). Ministério da Saúde. 8.ª. Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF.
- Brown, E. R. (1976). Public health in imperialism: early Rockefeller programs for home and abroad. American Journal of Public Health, Washington, v. 66, n. 9, p. 879-903.
- Buss, P. M. (1984). Apresentação. En: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro. v. 3, pp. 7-8.
- Buss, P. M. (1982). A experiência do Programa de apoio às residências em Medicina social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR-MS/MP/SP). En: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro. v. 1, p. 53-67.
- Buss, P. M.; Linger, C. A. (1982). Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Campos, F. E. D.; Girardi, S. N. (1984). Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil. En: Associação Brasileira de Pósgraduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro. v. 3, p. 41-60.
- Campos, G. W. de S. (1988). O debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate, Londrina, n. 23, p. 7-12, dez.

- Campos, G. W. de S. (1994). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2005). Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. En: Lima, N. T. et al. (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 21-150.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230.
- Canesqui, A. M. (1979). A dietética popular: comida de rico, comida de pobre. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 7, p. 48-53.
- Capistrano-Filho, D.; Pimenta, A. L. (1988). *Saúde para todos: um desafio ao município*. São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, E. A. (2008). *Produção dialética do conhecimento*. São Paulo: Xamã.
- Castro-Santos, L. A. D. (1989). A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). (1980). A questão democrática na área da Saúde. *Saúde em Debate*. v. 9, p. 11-13.
- Chaves, S. C. L.; Vieira-da-Silva, L. M. (2008). Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy*, Amsterdam, v. 86, n. 1, p. 119-128.
- Codes, J. S. G. de. (2015). Currículo do sistema currículo Lattes. [Brasília, DF]. Recuperado de: <<http://lattes.CNPq.br/3026661595212231>>.
- Coimbra, J. C. C. (1997). Conversa com Frederico Simões Barbosa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-155.
- Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos (Brasil). (2007). *Direito à memória e à verdade*. Brasília, DF.
- Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil). (1981). Resolução CNRM 16/81. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 out.
- Controle ideológico na USP: 1964-1978. (2004). São Paulo: ADUSP.
- Cordeiro, H. (1980). *A indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cordeiro, H. (2004). O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362.
- Cordeiro, H. A. (1984). *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- Costa, N. R. (1992). Ciencias sociales et salud, consideraciones sobre el nacimiento do campo de la Salud Colectiva en Brasil. *Cuadernos Medico Sociales*, [S.L], n. 62, p. 36-47.
- Coutinho, C. N. (1981). Gramsci. Porto Alegre: L&PM.

- Cruz, S. A. (2015). Desigualdades em saúde e capital social. 2015.122 f. (Tesis) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Dantas, A. V. (2014). Do socialismo à democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira. 2014. 378 f. (Tesis). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Dezalay, Y.; Garth, B. (1998). Droits de l'homme et philanthropic hégémonique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, v. 121, n. 1, p. 23-41.
- Dezalay, Y.; Garth, B. G. (2002). The internationalization of palace wars: lawyers, economists, and the contest to transform latin american states. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dias, A. L. M. (2005). A universidade e a modernização conservadora na Bahia: Edgard Santos, o Instituto de Matemática e Física e a Petrobras. Revista da SBHC, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 125-145.
- Dias, B. C. (2015). Nosso adeus a Nina Pereira Nunes. Rio de Janeiro, 22 jun. Recuperado de: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nosso-adeus-a-nina-pereira-nunes/11432/>>.
- Donaldson, L. (2001). 125 years of public health in the UK. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, London, v. 121, n. 3, p. 146-151.
- Donnangelo, M. C. F. (1982). Curriculum vitae. São Paulo. Universidade de São Paulo Acervo del Departamento de Medicina Preventiva de la USP. Centro de documentação OAPS/ISC/UFBA.
- Donnangelo, M. C. F. (1975). Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, M. C. F. (1983). A Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil a década de 70. En: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva Abrasco. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro. v. 2, p. 19-35.
- Donnangelo, M. C. F.; Pereira, L. (1976). Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades.
- Editorial. (1977). Saúde em Debate, Londrina, n. 3, p. 3.
- Edler, F. C. (2002). A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385.
- Edler, F. C. (1998). A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. Asclepio, Madrid, v. 2, p. 169-186.
- Elias, N. (1994). O processo civilizador: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Zahar.
- Escorel, S. (2015). Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. Ciencia & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2453-2460.
- Escorel, S. (1999). Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Esperidião, M. A. (2014). Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. En: Paim, J.; Almeida Filho, N. (orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook. pp. 245-269.

- Esperidião, M. A.; Vieira-da-Silva, L. M. (2016). Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 2, v. 25, p. 381-391.
- Faria, L. R. (1999). O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração da saúde em São Paulo. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 175-208.
- Fassin, D.; Dozon, J. (2001). *Critique de la santépublique*. Paris: Balland.
- Fleury, S. (org.). (1997). A questão democrática na saúde. En: Fleury, S. *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos. pp. 25-44.
- Flexner, A. (1960). *Abraham Flexner: an autobiography*. New York: Simon and Schuster.
- Flexner, A. (1908). *The American College: a criticism*. New York: The Century Company.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching.
- Fonseca, C. M. O. (2004). A criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública. En: Lima, N.; Fonseca, C.; Santos, P. (org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 39-78.
- Foucault, M. (1979a). O nascimento da medicina social. En: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. pp. 79-98.
- Foucault, M. (1979b). A política de saúde no século XVIII. En: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Franco Netto, G.; Abreu, R. (2009). *Arouca, meu irmão: uma trajetória a favor da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Contra-cap: FAPERJ.
- Furtado, J. P.; Vieira-da-Silva, L. M. (2014). A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655.
- Galeano, D.; Trotta, L.; Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 3, p. 285-315.
- Garcia Jr., A. (2004). A dependency on politics: Fernando Henrique Cardoso and sociology in Brazil. *Tempo Social*, São Paulo, v. 16, p. 285-300.
- García, J. C. (1989). 1848: nascimento da medicina social. En: Nunes, E. D. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez. p. 159-168.
- García, J. C. (1972). *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C: OPS. (Publicación Científica, 255).
- García, J. C. (1985). Juan César García Entrevista Juan César García. En: Nunes, E. D. (org.). *As ciencias sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: OPAS, QMS. pp. 21-28.
- García, J. C. (1971). Paradigma para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, [S.l.] p. 130-150.

- Goldbaum, M. (1976). Doença de Chagas e trabalho em área urbana. (Disertación) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Goldenberg, P.; Schenkman, S. (1997). Os egressos de pós-graduação em Saúde Coletiva: construindo um perfil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 91-107.
- Gomes, M. H. D. de A.; Goldenberg, P. (2010). Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1989-2005.
- Goulart, F. A. D. de A. (1996). *Municipalização: veredas (caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil)*. Rio de Janeiro: CONASEMS.
- Gramsci, A. (2002). *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Gramsci, A. (1977). *Cultura y literatura*. Barcelona: Ediciones Península.
- Greenacre, M. J. (1993). *Correspondence Analysis in practice*. Londres: Academic Press.
- Guedes, J. da S. (2008). SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, p. 30-32. Edição Especial 20 anos do SUS.
- Guilhot, N. (2004). Une vocation philanthropique: George Soros, les sciences sociales et la régulation du marché mondial. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n. 151/152, p. 36-48.
- Guimarães, R. (2005). Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. En: Lima, N. T. (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 235-256.
- Guimarães, R. (1978a). Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal.
- Guimarães, R. (1978b). A tuberculose no Brasil: situação atual. En: Guimarães, R. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal. pp. 45-52.
- Harvard School Of Public Health. The history of Harvard University. Recuperado de: <<http://www.hsph.harvard.edu/about.html#history>>.
- Heller, A. (1986). *Teoria de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hochman, G. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. (2009). *Historia, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 313-331. Suplemento 1.
- Hochman, G. (2012). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Hochman, G. (2015). Samuel Barnsley Pessoa e os determinantes sociais das endemias rurais. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 425-431.
- Ianni, A. M. Z. et al. (2014). As ciências sociais e humanas em saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2298-2308.
- Iriart, C. et al. (2002). Latin American social medicine: contributions and challenges. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 12, n. 2, p. 128-136.

- Iriart, J. A. B. et al. (2015). A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2137-2147.
- Johns Hopkins Bloomberg School Of Public Health. Recuperado de: <[http:// www.jhsph.edu/school_at_a_glance/index.html](http://www.jhsph.edu/school_at_a_glance/index.html)>.
- Kobayashi, E.; Faria, L.; Costa, M. C. da. (2009). Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 22, p. 314-351.
- Lacaz, F. A. D. C. (1997). Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 13, p. 7-19. Suplemento 2.
- Laurell, A. C. (2003). What does Latin American social medicine do when it governs? the case of the Mexico City government. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 93, n. 12, p. 2028-2031.
- Lecourt, D. (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leal, M. B.; Camargo Junior, K. R. D. (2012). Saúde coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n.40, p. 53-66.
- Leclerc, G. (2004). *Sociologia dos intelectuais*. São Leopoldo: Unisinos.
- Lima, N. T. (2002). O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. En: Finkelm An, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: OPAS. p. 23-116.
- Lima, N. T.; Fonseca, C. M. O.; Santos, P. R. E. D. (org.). (2004). *Uma historia de vida na saúde pública: entrevista com Ernani Braga*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lima, N. T.; Santana, J. P. (2006). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lorena, A. G. D. et al. (2015). Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380.
- Loyola, M. A. (1984). *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- Loyola, M. A. (2008). A saga das ciências sociais na area da saude coletiva: elementos para reflexão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 251-275.
- Loyola, M.A.; Neves, A. A. B. (2003). 1992-2001: novos tempos, novos desafios. En: Ferreira, M. D. M.; Moreira, R. D. L. (org.). *CAPES, 50 anos: depoimentos ao CPDOC/ FGV*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Brasília, DF: CPDOC. p. 164-213.
- Luz, M. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas análise sóciohistórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311.
- Luz, M. T. (1978). *Instituição e estratégia de hegemonia: as instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

- Luz, M. T. (1988). Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus.
- Maack, T. (1991). Casa de Arnaldo, “circa” 1964. Revista USP, São Paulo, n. 10, p. 121-134.
- Macedo, J. N. (2011). Currículo do sistema currículo Lattes. [Brasília, DF]. Recuperado de: <<http://lattes.cnpq.br/2931883252384686>>.
- Machado, R. et al. (1978). Danação da norma: a medicina social a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.
- Magaldi, C.; Cordeiro, H. (1983). Estado atual do ensino e pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. En: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro. pp. 37-60.
- Maio, M. C. (1995). Medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 226-237.
- Marques, M. (2007). Sergio Arouca, um cara sedutor. São Paulo: Brasiliense.
- Mazon, B. (1985). La Fondation Rockefeller et les sciences sociales en France, 1925-1940. Revue Française de Sociologie, Paris, v. 26, n. 2, p. 311-342.
- Mello, C. G. D. (1977). Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo: Cebes: Hucitec.
- Mello, C. G. D. (1981). O sistema de saúde em crise. São Paulo: Cebes: Hucitec.
- Mello, G. A.; Bonfim, J. R. D. A. (2015). Um sanitarista chamado Walter Leser. Ciencia & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2749-2755.
- Mendes, E. V. (2001). Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade.
- Mendes-Gonçalves, R. B. (1984). Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Merhy, E. E. (1987). O capitalismo e a saúde pública. Campinas: Papirus.
- Miceli, S. (1979). Intelectuais e classe dirigente no Brasil (1920-1940). São Paulo: Difel.
- Miceli, S. (1993a). A aposta numa comunidade científica emergente. En: Miceli, S. A Fundação Ford no Brasil. São Paulo: Sumaré. pp. 33-98.
- Miceli, S. (1993b). A Fundação Ford no Brasil. São Paulo: FAPESP: Sumaré.
- Miceli, S. (2001). Intelectuais a brasileira. São Paulo: Companhia das Letras.
- Minayo, M. C. S. (2010). Post-graduation in Public Health from 1997 to 2007: challenges, advances and tendencies. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1897-1907.
- Minayo-Gomez, C.; Lacaz, F. A. D. de C. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, out./dez.
- Minayo-Gomez, C.; Thedim-Costa, S. M. D. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, p. S21-S32. Suplemento 2.
- Monteiro, A. (2011). A chacina da Lapa. São Paulo: Anita Garibaldi.

- Monteiro, F. D. C. (1997). O Instituto de Medicina Preventiva (IMEP): uma história da medicina preventiva na Universidade Federal do Ceará. (Disertación) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Mota, A.; Schraiber, L. B.; Ayres, J. R. D. C. M. (2017). “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. *Interface: Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 5-11.
- Mota, A. D. S.; Schraiber, L. (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.
- Murard, L.; Zylberman, P. (1985). La raison de l'expert ou l'hygiène comme science sociale ap Yiquée. *Archives Européennes de Sociologie*, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 58-89.
- Nogueira, R. P. (2007). Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica. São Paulo: Unesp.
- Noronha, J. C. D. (2015). Carlos Gentile de Mello: desenvolvimento é saúde, saúde não é mercadoria. En: Hochman, G. L.; Trindade, N. (org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec. pp. 552-571.
- Nunes, E. D. (2008). Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 909-916.
- Nunes, E. D. (1985). As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPS.
- Nunes, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. En: Campos, G. W.; Merhy, E. E.; Nunes, E. D. (org.). (1989). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec. pp. 113-134.
- Nunes, E. D. (1976). A medicina como profissão: estudo sobre a escolha ocupacional entre estudantes de medicina. (Tesis) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- Nunes, E. D. (2005). Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38.
- Nunes, E. D. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21.
- Nunes, E. D.; Ferreto, L. E.; Barros, N. F. de. (2010). A pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1923-1934.
- Organization Panamericana de la Salud (OPS). (1976). Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana. Washington.
- Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). (1962). Secretaria General de la Organización de los Estados Americanos. Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de Órgano Consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca. Punta del Este, 31 enero. Recuperado de: <<http://www.oas.org/consejo/sp/rc/Actas/Acta%208.pdf>>. Acceso en: 24 jun. 2015.

- Pagliosa, F. L.; Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499.
- Paim, J. S. (1992). Collective health and the challenges of practice En: Pan American Health Organization. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington. pp. 136-150.
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *CADERNOS de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953.
- Paim, J. S. (2006). Contribuições do marxismo para a Reforma Sanitária brasileira. En: Pereira, M. F.; Silva, M. D. F. (org.). *Recortes do pensamento marxista em saúde*. Brasília, DF: Dreams. pp. 29-60.
- Paim, J. S. (2011a). *Desafios para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Paim, J. S. (1982). Desenvolvimento teórico e conceituai do ensino da saúde coletiva. En: Associação Brasileira De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva (Abrasco). *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. v. 1, p. 3-17.
- Paim, J. S. (2003). Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: Arouca, A. S. *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 151-156.
- Paim, J. S. (1975). Indicadores de saúde no Brasil: relação com variáveis econômicas e sociais *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 39-83.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: uma promessa não cumprida?* En: Sousa, M. F. de; et al. (org.). (2011). *A saúde em construção: das imagens às palavras, encontro entre gerações*. Campinas: Saberes. pp. 69-79.
- Paim, J. S. (2015). Saúde da população brasileira: ‘saúde pública de qualidade’ ou SUS democrático, universal, público, digno e de qualidade? *Ensaio & Diálogos*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 61-63.
- Paim, J. S.; Almeida Filho, N. (1998). Collective health: a “new public health” or field open to new paradigms? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316.
- Paim, J. S.; Costa, M. C. N. (1993). Decréscimo e desigualdade de mortalidade infantil: Salvador, 1980-1988. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 114, n. 5, p.415-428.
- Paim, J. S.; Teixeira, C. F. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829. Suplemento.
- 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, v. 13, n. 4, p. 795-831.
- Pereira, L. (1976). Capitalismo e saúde. En: Donnangelo, M. C. F.; Pereira, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria duas Cidades. p. 97-124. (Coleção História e Sociedade).
- Pessoa, S. B. (1978). *Ensaio médico-sociais*. São Paulo: Cebes: Hucitec.

- Piazzo, H. C. (1964). Medicina preventiva. O Bisturi, São Paulo, v. 111, ano 29, p. 5.
- Pinell, P. (2011). Campo médico e processo de especialização. En: Pinell, P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pinell, P. (2009). La genèse du champ médical: le cas de la France (1795-1870). Revue Française de Sociologie, Paris, v. 50, n. 2, p. 315-349.
- Pinell, P. (2002). La lutte contre le sida en France, 1981-1996. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pinell, P. (1992). Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Paris: A. M. Métailié.
- Pinell, P. (1995). Une affaire d'Etat: hygiène et le controle des "sauvages de l'intérieur". La Recherche, [S.I.], n. 281, p. 20-23. Supplément.
- Pinto, I. C. M. et al. (2014). Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. En: Paim, J. S.; Almeida Filho, N. D. (org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook. pp. 231-243.
- Plataforma Lattes. Recuperado de: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>>. Acesso em: 18 out. 2010.
- Portugal, J. (2006). Na perspectiva global, a saúde no Brasil vem melhorando, observa 8.a Abrascão. 25 ago. Recuperado de: <<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-saude-coletiva/saude-publica-compromisso-no-combate-a-exclusao-social/124/>>.
- Prata, A. (1994). José Duarte de Araújo (1934-1992). Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 27, n. 3, p. 189.
- Rangel, M. L.; Paim, J. S. (1999). Da medicina preventiva à saúde coletiva: os projetos de reforma em saúde e o seu desenvolvimento institucional na Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Ribeirão Preto. Prefeitura. Biografia: Zeferino Vaz. Ribeirão Preto, [200-]. Recuperado de: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/norte/il6ql-biografia.php>>. Acesso em: 11 maio 2015.
- Ribeiro, P. T. (1991). A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Rockefeller Archive Center RAC. (1976). Project RG 1.9 1.15 Box 305UD Folder A84. University of Bahia. Center for Urban Development. Community Health (1976-1979). Letter from Augusto Mascarenhas to Ralph Kirby Davidson. 20 Aug.
- Rosen, G. (1983). A evolução da medicina social. En: Nunes, E. D. O. Textos, medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global. pp. 25-82.
- Rosen, G. (1974). From medical police to social medicine: essays on the history of health care. New York: Science History Publications.
- Rossi, T. A. (2018). Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil. Salvador: EDU-FBA.

- Rostow, W. W. (1960). *The stages of economic growth: an anti-communist manifesto*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santana, J. F. N. P. de. (1982). Considerações sobre pós-graduação em saúde coletiva. En: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Abrasco. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. v. 1.
- Santos, A. F. dos. (2008). *A escola tropicalista da Bahia: registro de uma nova ciência na Gazeta Médica da Bahia (1866-1868)*. (Disertación). Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Santos, P. R. E. dos et al. (2004a). A ENSP e as transformações na sociedade e no sistema de Saúde do Brasil: 1975-1985. En: Lima, N.; Fonseca, C.; Santos, P. (org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 79-1001.
- Santos, P. R. E. dos et al. (2004b). História: experiência e perspectiva: a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: um laboratório de idéias para a saúde. En: Lima, N.; Fonseca, C.; Santos, P. (org.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 103-126. Recuperado de: <<http://books.scielo.org/id/d48x7/pdf/lima-9788575414002-06.pdf>>. Acesso en: 23 fev. 2018.
- Santos, R. C. N. dos. (1995). A historia do Projeto Montes Claros. En: Teixeira, S. M. F. (org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco. pp. 21-60.
- Santos, R. T. dos. (2014). *O fantasma da classe ausente: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS*. (Tesis) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Sapiro, G. (2013). *Le champ est-il national? Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, v. 200, n. 5, p. 70-85.
- Sayd, J. D. (2001). Instituto de Medicina Social: trinta anos de Saúde Coletiva em 2001. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 9-10.
- Schraiber, L. B. (1989). *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. (1990). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B. (2008). Saúde coletiva: um campo vivo. En: Paim, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Schraiber, L. B. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. En: Baptista, T. W. de F.; Azevedo, C. da S.; Machado, C. V. (orgs.). (2015). *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 35-57.
- Silva, A. de M. e. (1992). *A política externa de JK: a Operação Pan-Americana*. (Disertación). Instituto de Relações Internacionais, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva, G. R. da. (2004). Currículo do sistema currículo Lattes. [Brasília, DF], 5 nov. Recuperado de: <<http://lattes.cnpq.br/2359067665688483>>. Acesso en: 30 set. 2018.
- Silva, G. R. (2003). Prefácio. En: Arouca, A. S. *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 13-20.

- Silva, G. R. da. (2002). Da higiene à medicina preventiva: história do Departamento de Medicina Preventiva da USP. *Revista Médica*, São Paulo, v. 81, p. 24-27, nov. Edição especial.
- Silva, G. R. da. (1973). Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista do Hospital das Clínicas*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 91-96.
- Silva, T. H. dos S. (2016). Força ou consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o dilema reformista e o Minotauro da saúde. 2016. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silveira, L. B. (2015). A produção teórica da saúde coletiva brasileira na década de 90: texto, contexto e mudança social. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Siqueira, B. P. Currículo do sistema currículo Lattes. [Brasília]. Recuperado de: <http://lattes.CNPq.br/0018401632399743>.
- Smith, J. A. (1991). *The idea brokers: think tanks and the rise of the new policy elite*. New York: The Free.
- Soares, C. L. M. (2014). A constituição da saúde bucal no Brasil. 2014. (Tese) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT). (2014). Obituario: Marcilia de Araujo Medrado Faria (*1938 J2014). Brasília, DF, 9 set.
- Souza, J. C. (2018). Incentivo fiscal à alimentação do trabalhador: uma abordagem socio-genética. Salvador: EDUFBA.
- Souza, J. C.; Vieira-da-Silva, L. M.; Pinell, P. (2018). A socio-historical approach to policy analysis: the case of the Brazilian Workers' food policy. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-15.
- Tajer, D. (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93(12), 2023-2027.
- Tambellini, A. M. T. (1976). Contribuições e análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. 1976. (Tese). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Tambellini, A. T. (2003). Questões introdutórias: razões, significados e afetos: expressões do "Dilema Preventivista" então e agora. En: Arouca, A.S. O dilema preventivista. São Paulo: UNESP: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 48-58.
- Tavano, P. T.; Almeida, M. I. D. (2017). Curso Experimental de Medicina na FM-USP e suas conjecturas de implementação. *Khronos*, [S. l.], v. 4, p. 84-101.
- Tavares, L. (2012). Um resgate do massacre de Manguinhos: a rescue of the massacre of Manguinhos. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 120, p. 19-21.
- Teixeira, C. F.; Paim, J. S. (2005). A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283.
- Teixeira, S. M. F. (1988). A análise necessária da reforma sanitária. *Saúde em Debate*, São Paulo, n. 22, p. 25-27.
- Teixeira, S. M. F. (1976). Assistência médica na previdência social, evolução e crise de uma política social. (Dissertação). Instituto Universitário de Pesquisas, Rio de Janeiro.

- Teixeira, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. En: Nunes, E. D. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPS, 1985. pp. 21-28.
- Teixeira, S. F. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- Temporão, J. G. (1981). Apresentação. En: Mello, C. G. D. O sistema de saúde em crise. São Paulo: Cebes-Hucitec. pp. 9-10.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D. C. pp. 185-204.
- Testa, M. (1995). Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Tota, A. P. (2000). O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra. São Paulo: Companhia das Letras.
- Uchoa, H. W.; Paim, E. R. (1982). A experiência da ENSP com a descentralização do curso de saúde pública. En: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, pp. 21-52.
- Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro (Unirio). (2005). Projeto Memória Unirio. Rio de Janeiro. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm>>.
- Vasconcellos, M. da P. C.; Narvai, P. C. (1997). Especialização em Saúde Pública: Os Alunos da Universidade de São Paulo no período 1985-1994. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 154-163.
- Viacava, F. (2010). Produção científica dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva no período 1998-2006. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1977-1988.
- Vianna, L. W. (2004). A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan.
- Vieira-da-Silva, L. M. et al. (2007). Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia-Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370.
- Vieira-da-Silva, L. M. (2018). Salud Colectiva brasileña: arquitectura y dinámica de un campo. En: Castro, R.; Sua, H. J. (coords.). Pierre Bourdieu en la sociología Latinoamericana: campo y habitus. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México. v. 1, pp. 143-166.
- Vieira-da-Silva, L. M. et al. (2016). Artigos sobre políticas e serviços de saúde em Cadernos de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-2. Editorial.
- Vieira-da-Silva, L. M.; Pinell, P. (2014). The genesis of collective health. Sociology of Health and Illness, Boston, v. 36, n. 3, p. 432-446.
- Vigarello, G. (1999). Histoire des pratiques de santé le sain et le malsain depuis le Moyen Âge. Paris: Seuil.

- Vilecourt, D. (2004). Dictionnaire de la pensée médicale. Paris: Presses Universitaires de France.
- Waitzkin, H. et al. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 91, n. 10, p. 1592-1601.
- Weston, A. (2009). A construção do argumento. São Paulo: Martins Fontes.
- Wikipédia. (2018). Antônio Carlos Magalhães. [S.I.]. Recuperado de: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ant%C3%B4nio_Carlos_Magalh%C3%A3es>.
- World Federation of Public Health Associations (WFPHA). Recuperado de: <<https://www.wfpha.org/history>>.
- Yamada, S. (2003). Latin American social medicine and global social medicine. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 93, n. 12, p. 1994-1996.

Documentos recuperados de páginas de Internet

- Altman, B. (2001). Adeus a um comunista. Recuperado de: <http://www.obore.com/memorial/breno_altman.html>.
- Arouca, S. (2002). Doutor Democracia. Entrevistadores: Ziraldo, Zélio, Luís Pimentel, Jesus Chediak, Zezé Sack, Tatiana Molina. Pasquim, n. 28.
- Biblioteca Virtual Sergio Arouca. (S/f). Recuperado de: <<http://bvsarouca.iciict.fiocruz.br/imprensa.html>>.
- Canesqui, A. M. (1990). Vinte e cinco anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1965-1990. Caderno de palestras proferidas por ocasião da comemoração dos 25 anos do DMPS/FCM, Campinas, n. 1, p. 11-21. Recuperado de: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamento-de-saude-coletiva>>.
- Canesqui, A. M. (2005). Depoimento. Campinas, 29 abr. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentoanamariacaneschi.htm>>.
- Melo, M. M. de. (2001). David Capistrano Filho, saga e sonhos da juventude. Recuperado de: <http://www.obore.com/memorial/david_capistrano.html>.
- Melo, M. M. de. (2001). Memorial David Capistrano. Disponível em: <http://www.obore.com/memorial/david_capistrano.html>.
- Moraes, M. A. de S. (2008). A história da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Recuperado de: <http://www2.fmrp.usp.br/novo_portal/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=123>.
- Pessôa, S. B. (1967). Necrológio: José Lima Pedreira de Freitas. *JB de Medicina Tropical*, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 9-12. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v1n1/02.pdf>>.
- Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil. (2005). Depoimento de Francisco Campos. En: Relatório de Atividades Sérgio Arouca 1976-1988 [Internet]. Brasília.

lia, 19 may 2005. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>>.

Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil. (2005). Depoimento de Nelson Rodrigues. En: Relatório de Atividades Sérgio Arouca 1976-1988 [Internet]. Brasília, 20 may 2005. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>>.

Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil. (2005). Depoimento de Maria Luiza Testa Tambellini. En: Relatório de Atividades Sérgio Arouca 1976-1988 [Internet]. Brasília, 12 nov 2004. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>>.

Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil. (2005). Depoimento de Guilherme Rodrigues da Silva e José Rubens. En: Relatório de Atividades Sérgio Arouca 1967-1975 [Internet]. Brasília, 28 abr 2005. Recuperado de: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>>.

Otras entrevistas consultadas

Entrevistas del Departamento de Archivo y Documentación, Casa de Oswaldo Cruz, Fio-cruz.

Guilherme Rodrigues da Silva. Testimonio oral dado a Cristina Fonseca y Eduardo Stotz (entrevistadores). Grabado en cinta casete. Departamento de Archivo y Documentación, Servicio de Archivo Histórico, Proyecto Memoria de la Salud Pública en Brasil.

Guilherme Rodrigues da Silva. (1976). Entrevista a Maria Ligia Rangel.

Nelson Rodrigues dos Santos. (2009). Trabajo, Educación, Salud, Río de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 645-658.



Apéndice A

Notas metodológicas

Se realizó un estudio histórico sobre el origen del espacio de la Salud Colectiva en Brasil en el período comprendido entre el inicio de la década de 1970, caracterizado por la creación de los primeros cursos de posgrado en Salud Pública (Nunes, Ferreto, Barros, 2010) y por la emergencia de un pensamiento crítico sobre las relaciones entre la salud-enfermedad y la sociedad (Arouca, 2003; Donnangelo, 1976), considerados como hitos teóricos, y 1986, año de realización de la 8.^a Conferencia Nacional de Salud. Se realizaron 31 entrevistas, entre 2008 y 2011, con duración promedio de dos horas, con algunos de los fundadores. Los entrevistados fueron seleccionados entre docentes y profesionales que integraron los principales departamentos de Medicina Preventiva o que participaron directamente en la creación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco) y/o del Centro Brasileño de Estudios en Salud (Cebes).

Para el análisis de los puntos de vista actuales sobre la Salud Colectiva, también fueron entrevistados los editores de las principales revistas de Salud Colectiva, dirigentes del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y participantes de experiencias municipales. A partir de esta primera selección, por indicación de los entrevistados, también fueron incluidas otras personas consideradas como relevantes en algún momento de la constitución del campo. También fueron entrevistados investigadores que en el momento de la creación de la salud colectiva eran alumnos de los Departamento de Medicina Preventiva. Para los fundadores ya fallecidos, se consultaron biografías publicadas y entrevistas concedidas anteriormente.

También se consultaron los testimonios orales depositados en el Departamento de Archivo y Documentación, Casa de Oswaldo Cruz (COC), Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil, y registrados por el Proyecto Memoria de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro (Unirio) (2005), lo que totalizó el estudio de las trayectorias de 37 fundadores. El análisis de las trayectorias se basó también en la consulta a los currículos de los diversos agentes. Todos los entrevistados firmaron un consentimiento informado y el

proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de Bahía (UFBA).

La sociogénesis del espacio fue investigada mediante el análisis de las trayectorias de sus fundadores. Aquí, el concepto de trayectoria es también el utilizado por Bourdieu, quien lo distingue de la historia de vida. La trayectoria corresponde al análisis de la serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente en un determinado espacio (Bourdieu, 1997). La recuperación de la trayectoria de cada uno de los fundadores se hizo a partir de guías individualizadas. Consistió en las trayectorias social, profesional y política; concepciones sobre la salud colectiva, Reforma Sanitaria, identidad profesional y opciones académicas. Particularmente, se pidió a los entrevistados que hablaran sobre los eventos de constitución del campo, como la creación de los Departamentos de Medicina Preventiva, la fundación de Abrasco, de Cebes y sobre la Reforma Sanitaria.

También se consultaron diversas fuentes documentales y bibliográficas, como actas de la creación de Abrasco, informes de encuentros, biografías y artículos de autoría de los agentes entrevistados. Las entrevistas fueron realizadas por la autora principal, grabadas, transcritas y, en gran parte, revisadas por los entrevistados; luego fueron resumidas en cuadros individuales que contienen las trayectorias y en cuadros comparativos (Cuadro 2). El análisis de las diversas especies de capital se realizó mediante los criterios relacionados en el Cuadro 1. El capital simbólico, capital de reconocimiento, se evaluó solo para los fundadores fallecidos mencionados por la mayoría de los entrevistados como líderes responsables, tanto por la formulación teórica como por el papel en la articulación política que resultó en la creación de este espacio social. Las trayectorias sociales fueron consideradas como ascendentes o estables cuando se compararon las profesiones de los padres con la profesión de los entrevistados. El punto de partida de las trayectorias se evaluó mediante las profesiones de los abuelos paternos o maternos. La trayectoria profesional se evaluó mediante las ocupaciones. Las disposiciones políticas se evaluaron mediante la afiliación o militancia en partidos políticos y/o en movimientos sociales (Cuadro 2).

La relación entre las posiciones y tomas de posición de 28 fundadores para los cuales había información pertinente fue, además, sometida a un análisis de correspondencias bivariada y múltiple (Greenacre, 1993), con la finalidad de definir las relaciones entre las posiciones en el espacio que indican las diversas especies de capital y las disposiciones de los agentes. Con esta finalidad, se utilizó el *software* SPAD. Se definieron como variables activas los capitales científico, burocrático y político, y las demás variables fueron consideradas como ilustrativas. El análisis de las condiciones de posibilidad

del surgimiento de la Salud Colectiva se realizó principalmente con base en fuentes bibliográficas.

El subcampo científico fue estudiado a partir de los docentes permanentes y colaboradores de los 48 programas de posgrado acreditados por la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Educación Superior (CAPES)³ que constaban de la evaluación CAPES 2007-2009. Fueron investigadas las posiciones y las tomas de posición de los docentes de los programas de posgrado en Salud Colectiva mediante las siguientes variables: programa de posgrado en Salud Colectiva al que pertenece; universidad en la cual hizo el posdoctorado, doctorado, maestría, especializaciones y grado; área del conocimiento para las tesis de doctorado y maestría; tipo de vínculo, ocupaciones fuera de la universidad, líneas de investigación y proyectos de investigación; los temas de las tesis y disertaciones y los cinco principales trabajos publicados, indicados por el autor (Cuadro 2).

La información fue obtenida a partir del análisis de los currículos Lattes de los mencionados docentes⁴. Existen diversas limitaciones en el análisis basado en los currículos Lattes de los docentes. Este análisis tuvo como objetivo complementar otras fuentes de información utilizadas: entrevistas, archivos y documentos diversos. Permitió objetivar algunos aspectos del subcampo científico. La mayoría de los docentes, en el momento de la recolección de los datos, solía actualizar el currículo en la Plataforma Lattes en hasta 90 días (n=626 o 66,2%) y era el propio autor del texto resumen de presentación en Lattes (n=892 o 94,5%). Ambas informaciones revelan la importancia que la Plataforma Lattes ha asumido en este subespacio en el campo científico brasileño. Además, tratándose de una base pública en la cual la información se utiliza en concursos y selecciones y existen diversas formas de comprobar su validez, hay una relativa fidelidad en la información.

La mayoría (96%) de los 944 currículos Lattes fueron descargados del *site*⁵ en el período comprendido entre octubre y noviembre de 2010. El resto, por haber presentado algún tipo de problema en la primera versión (omisión de campos necesarios para el análisis), fue descargado en fechas posteriores, pero

3. CAPES es la institución responsable en Brasil de la acreditación de los cursos de posgrado. Realiza evaluaciones anuales a partir de comisiones formadas por pares de las diversas áreas de conocimiento a partir de informes detallados sobre los programas de posgrado. Los indicadores utilizados incluyen la composición y calificación del cuerpo docente, su producción, análisis de las asignaturas, líneas de investigación, tiempo de titulación, entre otros.

4. CAPES, Cuerpo Docente, Saúde coletiva. Recuperado de: <www.capes.gov.br> para la evaluación trienal 2004-2006.

5. Recuperado de: <<http://lattes.CNPq.br/>>.

solo se utilizaron datos correspondientes al año 2010. A continuación, se procedió a la recopilación de la información existente en los Lattes mediante un cuestionario propio. La pertenencia a los programas de posgrado se obtuvo recurriendo a los cuadernos de evaluación de CAPES, particularmente el cuaderno referente al cuerpo docente disponible en el sitio de CAPES.

Por último, se realizó una objetivación de la posición de los *sujetos objetivantes*⁶ mediante el análisis de las trayectorias del equipo de investigación y las posibles implicaciones que las posiciones ocupadas por los autores, también agentes involucrados en las luchas del campo, puedan tener en el análisis realizado.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Consejo de Ética en investigación del ISC de la UFBA, dictamen No. 054/07/CEP/ISC. FR167674). Se observaron las recomendaciones y normas de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (Conep) respecto a investigaciones que involucran seres humanos. Aunque todos los entrevistados hayan dado su consentimiento para la divulgación de sus nombres, en algunos capítulos del presente libro, sujetos a rectificaciones, los nombres fueron omitidos en parte del análisis. Los fundadores fueron identificados con números (F1, F2... F28).

6. La objetivación del sujeto objetivante forma parte de las proposiciones metodológicas de Bourdieu o, mejor dicho, del habitus científico que él desarrolló. Corresponde al análisis de la posición ocupada por el sujeto de la objetivación, en este caso, el investigador, con el objetivo de permitir un control de las modificaciones introducidas en su análisis, que son fruto de su posición ocupada en el espacio social y en determinado campo (Bourdieu, 1989; Bourdieu; Chamboredon; Passeron, 1999). Recuperado de: <http://lattes.CNPq.br/>.

Apêndice B

Entrevistas realizadas por la autora

- 1) Anamaria Testa Tambellini. Río de Janeiro, 27 de mayo de 2009, 1 h 56 min.
- 2) Cesar Gomes Victora. São Paulo, 11 de noviembre de 2011, archivo digital, 1 h 7 min.
- 3) Carlyle Guerra Macedo. Brasília, 13 de noviembre de 2008, archivo digital, 55 min.
- 4) Carlos Everaldo Alvares Coimbra Jr. Río de Janeiro, 5 de mayo de 2010, archivo digital, 47 min.
- 5) Everardo Duarte Nunes. Brasília, DF, 24 de abril de 2009, archivo digital, 56 min.
- 6) Euclides Ayres Castilho. São Paulo, 8 de junio de 2008, archivo digital, 1 h 47 min.
- 7) Fabiola de Aguiar Nunes. Brasília, DF, 12 de noviembre de 2008, archivo digital, 56 min.
- 8) Francisco de Assis Machado. Salvador, 23 de septiembre de 2011, archivo digital, 59 min.
- 9) Hésio Albuquerque Cordeiro. Río de Janeiro, 26 de marzo de 2009, archivo digital, 16 min.
- 10) Hillegonda Maria Dutilh Novaes. São Paulo, 9 de junio de 2008, archivo digital, 2 h 9 min.
- 11) Júlio Strubing Müller Neto. Salvador, 16 de octubre de 2008, archivo digital, 59 min.
- 12) José Augusto Cabral de Barros. São Paulo, 15 de noviembre de 2011, archivo digital, 56 min.
- 13) José Carvalho de Noronha. Salvador, 7 de junio de 2010, archivo digital, 32 min.
- 14) Jairnilson Silva Paim. Salvador, 28 de mayo de 2008, archivo digital, 3 h 2 min.
- 15) José da Rocha Carvalheiro. Salvador, 12 de mayo de 2011, archivo digital, 30 min.

- 16) José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, Brasília, DF, 11 de noviembre de 2008, archivo digital, 49 min.
- 17) Lília Blima Schraiber. São Paulo, 7 de junio de 2008, archivo digital, 49 min.
- 18) Maria Andréa Rios Loyola. Río de Janeiro, 21 de mayo de 2009, archivo digital, 1 h 11 min.
- 19) Maria do Carmo Leal. Río de Janeiro, 21 de mayo de 2009, archivo digital, 1 h 2 min.
- 20) Madel Therezinha Luz. Río de Janeiro, mayo de 2009, archivo digital, 3 min.
- 21) Maria Cecilia de Souza Minayo. Río de Janeiro, 28 de mayo de 2009, archivo digital, 34 min.
- 22) Moisés Goldbaum. São Paulo, 6 de junio de 2008, archivo digital, 39 min.
- 23) Naomar Monteiro de Almeida Filho. Salvador, 28 de mayo de 2012, archivo digital, 3 h 4 min.
- 24) Paulo Eduardo Mangeon Elias. Salvador, junio de 2010, archivo digital, 33 min.
- 25) Paulo Marchiori Buss. Salvador, 29 de septiembre de 2009, archivo digital, 56 min.
- 26) Reinaldo Felipe Nery Guimarães. Brasília, DF, 18 de octubre de 2010, archivo digital, 36 min.
- 27) Rita Barradas Barata. Salvador, 8 de marzo de 2010, archivo digital, 40 min.
- 28) Roberto Figueira Santos. Brasília, DF, 7 de noviembre de 2008, archivo digital, 2 h 5 min.
- 29) Roberto Passos Nogueira. Brasília, DF, 13 de noviembre de 2008, archivo digital, 56 min.
- 30) Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva, 2 de junio de 2008, 45 min.
- 31) Sonia Maria Fleury Teixeira. Río de Janeiro, 25 de marzo de 2009, archivo digital, 1 h 11 min.

Anexo A

Maestría en Salud Comunitaria: marco teórico de referencia

El presente documento constituye un esbozo inicial de un marco teórico de referencia para la Maestría en Salud Comunitaria de la UFBA. Representa, en realidad, un intento de suscitar el debate a partir de una propuesta concreta que debe ser estudiada, discutida, criticada y negociada, considerando las distintas posiciones del cuerpo del Máster. En consecuencia, deberá sufrir un desarrollo posterior a medida que se avance teóricamente sobre ciertas cuestiones y que las prácticas de salud y pedagógicas susciten nuevos enfoques y propuestas.

La opción de explicitar un marco teórico de referencia para la Maestría se basa en la necesidad política de identificar, en el plano estratégico, un instrumento capaz de orientar la elaboración del plan de estudios y de proyectos de investigación, la definición del contenido programático de las asignaturas, la caracterización del personal en salud colectiva y la gestión del órgano colegiado. Tal instrumento solo se justifica en la medida en que no se reduzca a mera declaración de principios genéricos o de intenciones. Por el contrario, su utilidad reside en la validez teórica de sus presupuestos y en la eficacia de los mecanismos de aproximación a la realidad. Por lo tanto, asumir un marco teórico de referencia implica el uso de conocimientos científicos frente a la realidad de la salud y al proceso educativo y, fundamentalmente, la voluntad de activar los mecanismos necesarios para la comprensión y el cambio.

Presupuestos básicos

- a) La salud, como estado vital, sector de producción y campo de saber, está articulada a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económicas y político-ideológicas, poseyendo, por lo tanto, una historicidad.

- b) Las acciones de salud (promoción, protección, recuperación, rehabilitación) constituyen una práctica social y traen consigo las influencias de la relación entre los grupos sociales.
- c) El objeto de la salud colectiva se construye en los límites de lo biológico y lo social, e incluye la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, así como el estudio de la historicidad del saber y las prácticas sobre los mismos. En este sentido, el carácter interdisciplinario de este objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y no en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.
- d) La enseñanza de la salud colectiva implica la crítica permanente de los sucesivos proyectos de redefinición de las políticas de salud, surgidos en los países capitalistas, que han influido en la reorganización del conocimiento médico y en la reformulación de modelos de prestación de servicios de salud: Reforma Sanitaria Brasileña, medicina social, medicina integral, medicina preventiva y medicina comunitaria.
- e) El proceso de enseñanza-aprendizaje no es neutro. Representa un momento de apropiación del saber por parte del educando y puede ser activado como una práctica de cambio o de mantenimiento.
- f) El conocimiento no se da por el contacto con la realidad, sino por la comprensión de sus leyes y por el compromiso con las fuerzas capaces de transformarla.
- g) La participación activa y creativa del educando y del educador en el proceso de enseñanza-aprendizaje supone el privilegio de una práctica pedagógica fundamentalmente dialógica y antiautoritaria, en la cual el alumno no se limita a recibir los contenidos emitidos por el profesor. Es decir, tanto el alumno como el profesor aprovechan el momento para problematizar la realidad, la forma de pensarla y el propio proceso de producción-transmisión-apropiación del conocimiento.
- h) La enseñanza de la salud colectiva remite a una concepción amplia de la práctica. En ella se incluyen la práctica técnica, la práctica teórica y la práctica política, entendidas como dimensiones de la práctica social. Desde esta perspectiva, las prácticas ejercidas por los alumnos y profesores tienden a articularse con los movimientos más amplios de las fuerzas sociales.
- i) El concepto de inserción en el complejo de salud admite la participación de docentes y discentes en distintos niveles político-administrati-

vos, técnico-administrativos y técnico-operacionales. El análisis de las prácticas de salud desarrolladas puede delinear como práctica pedagógica la práctica de los cambios en el complejo de salud.

- j) El concepto de participación en salud trasciende el involucramiento de los grupos interesados al nivel de la planificación, gestión y evaluación de las acciones de salud. Este concepto pasa por la cuestión de la democratización de la vida social, lo que implica la acción organizada sobre el proceso político. A nivel interno, la Maestría significa la legitimación del espacio de la crítica y el desarrollo de mecanismos que aseguren la ampliación de su cuerpo en el proceso de toma de decisiones. A nivel externo, busca viabilizar el desarrollo de prácticas de enseñanza e investigación junto a grupos sociales organizados (consejos comunitarios, grupos religiosos, asociaciones de barrios y de clases, etc.) orientados a la educación para la salud y a la ampliación de la participación popular en la mejora de las condiciones de vida.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

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*

Maria Cecília 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*

Maria Cecília 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

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. *Sentir, jugar, hacer, pensar: 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 co-gestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*

Mario Testa, 2020



Este fascinante texto trata de la emergencia en Brasil de un nuevo campo de saberes y prácticas: la salud colectiva. Concebido por muchas mentes y construido por muchas manos, este campo es el resultado de un complejo movimiento político que unió a intelectuales, estudiantes y trabajadores en una tarea difícil y arriesgada: la resistencia a la dictadura militar. Al promover la Reforma Sanitaria, el movimiento/campo de la salud colectiva hizo realidad el proyecto histórico del Sistema Único de Salud. Para ello, fomentó la investigación científica sobre la salud-enfermedad-cuidado y su determinación social, introduciendo estudios de viabilidad y efectividad de modelos y prácticas de atención a la salud.

Sin embargo, las lectoras y los lectores no encontrarán aquí un análisis académico distanciado, un texto frío y descomprometido. Por el contrario, Lúgia Vieira-da-Silva y sus dedicados colaboradores nos brindan una narrativa vibrante, plural y comprometida, a veces delicada y sensible, de nuestra historia reciente, en la cual resuenan las voces de ilustres fundadores del pensamiento crítico en salud. En este momento de amenazas a la sociedad democrática y de inseguridad respecto del futuro de las políticas públicas de salud en nuestro país, necesitamos tomar conciencia de la potencia de prácticas institucionales y movimientos organizados, como la salud colectiva, con el fin de insistir y persistir en la construcción política de una sociedad más justa y solidaria.

Naomar de Almeida Filho

Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía