

Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)

GILBERTO HOCHMAN (*)

BIBLID [0211-9536 (2005) 25; 199-226]

Fecha de recepción: 12 de junio de 2004

Fecha de aceptación: 18 de agosto de 2004

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—Ausencias, rupturas y permanencias. 3.—Reformas de la salud pública: 1930-1945. 4.—Consideraciones finales.

RESUMEN

El objetivo general de este artículo es describir y analizar los cambios en las instituciones y políticas públicas de salud en Brasil durante el Gobierno de Getúlio Vargas (1930 -1945), un periodo poco estudiado por los historiadores de la salud, a pesar de su trascendencia en la historia brasileña del siglo XX. Un aspecto central de este trabajo es la relación que se estableció entre las reformas sanitarias, y los cambios políticos e ideología del régimen instaurado en 1930, marcando permanencias y rupturas en relación al período anterior. Asimismo, se examina el impacto de estas reformas sobre la salud pública en el Brasil contemporáneo.

Palabras clave: reforma de salud, endemias rurales, política de salud, Ministerio de Educación y Salud, Getúlio Vargas, Gustavo Capanema, Brasil, siglo XX.

Keywords: health reform, rural diseases, health policy, Ministry of Education and Health, Getúlio Vargas, Gustavo Capanema, Brazil, 20th century.

(*) Investigador de la Casa de Oswaldo Cruz–Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro, Brasil. Email: hochman@coc.fiocruz.br

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone presentar las transformaciones en las políticas públicas de salud durante un periodo considerado un hito en la historia de Brasil y uno de los periodos más estudiados por la historiografía brasileña: el primer gobierno de Getúlio Vargas (1930-1945). El día 3 de octubre de 1930 se inició el movimiento político-militar que llevaría a la deposición del presidente Washington Luís y a la asunción del poder de Vargas como jefe de gobierno provisorio; quien hasta entonces era gobernador del estado de Rio Grande do Sul y candidato derrotado en la elección presidencial de 1930. Vargas ponía fin al periodo conocido como la Primera República (1889-1930). En 1934, con la nueva constitución federal, Vargas fue electo Presidente de la República por la Asamblea Constituyente y, mediante el golpe de estado del 10 de noviembre de 1937, impuso una constitución autoritaria, instauró el así llamado *Estado Novo* y gobernó el país como dictador hasta 1945. Volvería al poder, democráticamente electo, en 1951 y, en medio de una crisis política e institucional, se suicidó en agosto de 1954. Dada su influencia en el siglo XX brasileño, el periodo 1930-1954 quedó denominado como la «Era Vargas».

La Revolución del 30, el movimiento político-militar que, con apoyo popular, llevó a Vargas al poder, congregó el descontento de diversos sectores con un país gobernado por representantes de las oligarquías estatales, en particular por los intereses agro-exportadores de los estados del sudeste y sur del país. Las críticas e insatisfacciones al sistema de gobierno eran de las más variadas y tomaron contornos más graves con la crisis de 1929. Los problemas principales fueron: la limitada incorporación política de los sectores medios urbanos; las dificultades de acceso al poder de las oligarquías regionales; la corrupción política y electoral; la fragilidad del poder público federal; la ausencia de integración nacional; la represión policial a los movimientos obreros; el clientelismo y el patrimonialismo; el atraso económico; la carencia de políticas sociales; y las precarias condiciones de vida de la población (1).

(1) Sobre la Revolución de 1930, véase FAUSTO, Boris. *A Revolução de 30*, São Paulo, Brasiliense, 1995.

El régimen que se instauró en 1930, y en especial durante su fase autoritaria posterior a 1937, prometió un nuevo comienzo, una república nueva en un país renovado y, en especial, un nuevo hombre brasileño. La historiografía indica que el Estado Vargasista construyó activamente la identidad de los «trabajadores de Brasil», asociando trabajo y derechos de ciudadanía y enfrentando como prioridad la «cuestión social». De esta manera se construyó el mito de Vargas como el «padre de los pobres» y éste desarrolló una política que suponía un Estado fuerte que interviene y organiza los intereses sociales en conflicto, produce compromisos, constituyéndose como un ente con cierta autonomía en relación al resto de la sociedad. Fueron acciones e ideologías inmersas en un contexto internacional de crítica al capitalismo en sus formas liberal-democráticas, con fuertes tendencias autoritarias de derecha y de izquierda, y con amplias y duraderas consecuencias políticas e ideológicas en la política brasileña.

Parte considerable de la historiografía brasileña que se ocupó del siglo XX, se dedicó a examinar la naturaleza, el impacto y el legado de un periodo cuyo principal personaje, así como sus ideólogos, buscaron denostar el pasado, adjetivando la primera experiencia republicana (1889-1930) como «vieja» (en portugués, *República Velha*) (2). Modernización, desarrollo, nacionalismo, antiliberalismo, centralización política y administrativa, control político y extensión de la protección social fueron los nuevos y centrales componentes de los discursos, de las campañas y de las principales reformas públicas

(2) Hay una extensa bibliografía sobre el periodo, de la cual destaco algunos de los trabajos más importantes: BOMENY, Helena. *Constelação Capanema: Intelectuais e Políticas*, Río de Janeiro, Editora FGV-USF, 2001; D'ARAÚJO, Maria Celina (org.). *As Instituições Brasileiras da Era Vargas*, Río de Janeiro, Eduerj-Editora FGV, 1999; GOMES, Angela M. de Castro. *A invenção do trabalhismo*, Río de Janeiro, Vértice-Iuperj, 1988; GOMES, Angela M. de Castro. *Capanema: o ministro e seu Ministério*, Río de Janeiro, Editora FGV-USF, 2000; OLIVEIRA, Lúcia L.; VELLOSO, Mônica P.; GOMES, Angela M. Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*, Río de Janeiro, Zahar Editores, 1982; PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*, Río de Janeiro, Editora FGV, 1999; SCHWARTZMAN, Simon. *Estado Novo, um auto-retrato*, Río de Janeiro-Brasília, Editora Campus-Editora de la UNB, 1983; SCHWARTZMAN, Simon; BOMENY, Helena M. B.; RIBEIRO, Vanda M. *Tempos de Capanema*, São Paulo, Paz e Terra-Edusp, 1984.

del régimen político que se instauró a lo largo de la década de 1930 y finalizó en 1945.

El objetivo central de este trabajo es abordar un tema poco estudiado, tanto por la historiografía dedicada a la salud como por la historiografía política: la extensión de los cambios operados por el régimen varguista en el campo de la salud pública. Un campo desafiado por un cuadro sanitario que, incluso con los avances del poder público y del conocimiento biomédico, continuaba siendo dramático en 1930: la fiebre amarilla aún amenazaba la capital y los puertos del litoral, la malaria se propagaba por el interior del país, la lepra despertaba la atención de los médicos y la tuberculosis continuaba siendo el más grave problema sanitario de las ciudades. La creación del Ministerio de Educación y Salud Pública (MESP), en noviembre de 1930, parecía realizar parcialmente las aspiraciones del vigoroso movimiento sanitarista de la Primera República. Sugiero que, a pesar que podemos identificar elementos de continuidad con este movimiento(3), las modificaciones operadas en el régimen varguista transformaron de forma profunda y perdurable el campo de la salud pública en Brasil.

Para recuperar las políticas de salud en el contexto político e ideológico del periodo estudiado, dividiré este artículo en tres partes. En la primera sección abordaré las interpretaciones más aceptadas sobre la salud pública en el Brasil pre-1930 y sobre la profundidad de la ruptura que la década de 1930 provocó en la política de salud, que venía ganando contornos institucionales y nacionales desde 1920. El diálogo con esos análisis no pretende superarlos, sino clasificarlos. En la segunda sección describiré las reformas de salud pública producidas en el gobierno Vargas, enfatizando sus aspectos más generales e institucionales. Por último, la sección final buscará identificar los cambios más permanentes de las reformas de la salud en el periodo posterior a 1930.

(3) El argumento sobre fuertes continuidades fue desarrollado por HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. «O que há de novo?» Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, nota 2, pp. 53-72.

2. AUSENCIAS, RUPTURAS Y PERMANENCIAS

Es interesante señalar, y examinar por qué se escribió y por qué se conoce tan poco sobre la salud en la «Era Vargas». Esta cuestión se vuelve más relevante si consideramos que la historia de la salud pública es un campo de investigación emergente en Brasil y que el período 1930-1945 ha merecido atención especial de la historiografía brasileña.

En general, la historiografía sobre las políticas de salud se ha concentrado en la *República Velha*. En primer lugar, sobre el saneamiento y el combate contra las epidemias en la ciudad de Río de Janeiro, entonces capital federal, y en los puertos del país, durante la gestión de Oswaldo Cruz (1903-1909) en el Departamento General de Salud Pública. Asimismo, ha recibido atención la historia de los servicios sanitarios del Estado de São Paulo que, desde fines del siglo XIX, fue constituyéndose como una estructura sanitaria compleja y más desarrollada que la de otros estados. En esta literatura el énfasis está en el análisis sobre el saneamiento urbano de Río de Janeiro y el combate contra la fiebre amarilla, peste y viruela. El factor determinante de esas políticas de salud era la necesidad de librar al país de los perjuicios causados al comercio exterior por las pésimas condiciones sanitarias de la capital federal y de su puerto y, por lo tanto, proteger los intereses de los sectores agro-exportadores. Además, las acciones sanitarias realizadas en medio de reformas urbanas constituirían políticas de control, subordinación y exclusión de las clases populares (4). El gobierno del Estado de São Paulo había

(4) Sobre las políticas sanitarias en la capital, véase BENCHIMOL, Jaime L. *Pereira Passos: Um Haussmann tropical*, Río de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1990; BENCHIMOL, Jaime L. (coord.). *Manguinhos: Do sonho à vida. A ciência na Belle Époque*, Río de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. *Power, ideology and Public Health in Brazil (1889-1930)*, Harvard, Universidad de Harvard (Ph. D. Thesis), 1987; COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil*, Petrópolis, Vozes-Abrasco, 1985; MEADE, Teresa A. «Civilizing Rio»: *Reform and resistance in a Brazilian City, 1889-1930*, University Park, The Pennsylvania State University Press, 1997.

implementado acciones de saneamiento en la ciudad portuaria de Santos, en el interior del estado y en su capital que, con la misma lógica económica de Río de Janeiro, y sumado al énfasis en la política inmigratoria incentivada por la cultura cafetera paulista, precedieron a los esfuerzos de saneamiento del Distrito Federal (5).

Otro importante foco de atención de los estudios históricos recae sobre el movimiento por el saneamiento de Brasil, iniciado a mediados de la década de 1910, y su impacto sobre las reformas de los servicios sanitarios en la década de 1920. La bibliografía lo caracteriza por el énfasis de este movimiento en el saneamiento rural, en especial la lucha contra las grandes endemias rurales (anquilostomiasis, esquistosomosis, malaria y mal de Chagas), a partir de un movimiento de carácter nacionalista que «redescubre los sertones» (la franja desértica y poco poblada que caracterizaba buena parte del interior de las regiones central y nordeste del Brasil) así como a sus habitantes abandonados y enfermos; y propone la posibilidad de curarlos e integrarlos a la comunidad nacional (6). Como resultado de la intensa

-
- (5) Sobre las políticas de salud en São Paulo en el período ver BLOUNT, John A. *The Public Health Movement in São Paulo, Brazil. A history of the Sanitary Service, 1892-1918*, Tulane University (Ph. D. Thesis), 1971; BLOUNT, John A. *A Administração da Saúde Pública no Estado de São Paulo: O Serviço Sanitário, 1892-1918*. *Revista de Administração de Empresas*, 1972, 12 (4), 40-48; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. *A reforma sanitária «Pelo Alto»: O pioneirismo Paulista no início do século XX*. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, 1993, 36 (3), 361-392; MASCARENHAS, Rodolfo dos S. *História da Saúde Pública no Estado de São Paulo*. *Revista de Saúde Pública*, 1973, 7, 433-446; RIBEIRO, Maria Alice R. *História Sem Fim. Inventário da Saúde Pública, São Paulo 1880-1930*, São Paulo, Editora Unesp, 1993; TELAROLLI Jr., Rodolfo. *Poder e saúde: As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, São Paulo, Editora Unesp, 1996.
- (6) BRAGA, José Carlos de S.; PAULA, Sergio G. de. *Saúde e previdência: estudos de política social*, São Paulo, Cebes-Hucitec, 1981; CASTRO SANTOS, Luís Antonio de. *O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade*. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, 1985, 28 (2), 193-210; CASTRO SANTOS, nota 4; HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento - as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Anpocs-Hucitec, 1998; LABRA, Maria E. *O Movimento Sanitarista dos Anos 20: Da conexão Sanitária internacional à especialidade em Saúde Pública no Brasil*, Escola Brasileira de Administração Pública-FGV (Tesis de Maestría), 1985; LIMA, Nísia T. *Um sertão chamado Brasil*.

campana de opinión pública de los militantes del «saneamiento de Brasil», fueron creadas nuevas agencias y políticas gubernamentales en saneamiento que posibilitaron una presencia mayor de los servicios sanitarios federales en los estados, desafiando en la práctica el federalismo y la autonomía estatal garantizados por la Constitución de 1891 y abriendo espacio para acciones más centralizadoras en las décadas siguientes (7). Asimismo, la historiografía ha prestado alguna atención al surgimiento, en la década de 1920, de los Centros de Salud en Río de Janeiro y São Paulo, como modelos alternativos a las campañas sanitarias, por su carácter de acción más permanente y por brindar variados servicios sociales y de salud orientados hacia las poblaciones locales (8).

Parte de esta bibliografía aborda también la actuación de la *International Health Division* (IHD) de la Fundación Rockefeller, presente en el país desde 1915. La Fundación cumplió un papel importante en la construcción de las políticas de salud en Brasil, en la institucionalización de la investigación científica y en la formación profesional hasta la década de 1940, y en la cooperación con el gobierno federal y con los estados (9). Los acuerdos con el IHD alcanzaron escala nacional

Intelectuais e Representações da Identidade Nacional, Río de Janeiro, Luperj-Revana, 1999; LIMA, Nísia T.; BRITTO, Nara, 1996. Salud y Nación: Propuesta para el saneamiento rural. Un estudio de la revista *Saúde* (1918-1919). In: Marcos Cueto (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas*, Lima, IEP-OPS, pp. 135-158; LIMA, Nísia T.; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: Marcos Chor Maio; Ricardo V. Santos (eds.), *Raça, ciência e sociedade*, Río de Janeiro, FCBB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40; OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *A questão nacional na Primeira República*, São Paulo, Brasiliense-CNPQ, 1990; SKIDMORE, Thomas E. *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento Brasileiro*, Río de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

(7) HOCHMAN, nota 6.

(8) COSTA, nota 4; FARIA, Lina Rodrigues de. *Ciência, ensino e administração em saúde. A Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo*, Instituto de Medicina Social-Uerj (Tesis de Doctorado), 2003; MERHY, Emerson E. *A Saúde Pública como política - Um estudo de formuladores de políticas*, São Paulo, Hucitec, 1992.

(9) FARIA, Lina Rodrigues de; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*, Bragança Paulista, Edusf, 2003; LABRA,

en los años 20, cuando se realizó una gran campaña contra la fiebre amarilla en el norte y nordeste (10). En este esfuerzo, el Brasil fue dividido en dos partes: en el norte y nordeste del país las acciones contra la fiebre amarilla fueron cubiertas por la Fundación Rockefeller, correspondiéndole al gobierno federal lo que conocemos hoy como las regiones sur y sudeste. Estos experimentos iniciales de cooperación en profilaxis rural con la IHD dieron soporte institucional y científico al poder público y contribuyeron a la legitimación del movimiento por el saneamiento rural (11). Estos estudios indican, asimismo, que la presencia norteamericana en la salud pública brasileña, que se extendería más profusamente en las décadas de 1930 y 1940, tuvo raíces en las décadas anteriores.

El énfasis en la Primera República, por parte de la historiografía de la salud, se corresponde con el relativo silencio sobre el tema en aquella que se dedicó a las políticas sociales durante el período Vargas. De la gran producción historiográfica sobre la «Era Vargas» poco se puede extraer sobre políticas e instituciones de salud, incluso en los trabajos sobre el Ministerio de Educación y Salud Pública (MESP), en particular durante la gestión del Ministro Gustavo Capanema (1934-1945) (12). Parte del énfasis en la Primera República proviene del entendimiento histórico-sociológico de que, primero, la salud pública

nota 6; MARINHO, Maria S. M. S. *Norte Americanos no Brasil: Um estudo sobre a Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo*, Campinas, Editores Associados-USF, 2001.

- (10) BENCHIMOL, Jaime L. (coord.), *Febre amarela: A doença e a vacina, uma história inacabada*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz-Biomanguinhos, 2001; LÖWY, Ilana. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1998, 3, 647-77; WILLIAMS, Steve C. Nationalism and public health: the convergence of Rockefeller Foundation technique and Brazilian federal authority during time of yellow fever, 1925-1930. In: Marcos Cueto (ed.), *Missionaries of science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994, pp. 23-51.
- (11) FARIA; CASTRO-SANTOS, nota 9; HOCHMAN, nota 6.
- (12) La principal referencia sobre la gestión Capanema en el MES se concentra en las políticas de educación, cultura y patrimonio histórico, véase SCHWARTZMAN; BOMENY; RIBEIRO, nota 2. Publicaciones más recientes comenzaron a recuperar el tema, ver BOMENY, nota 2; GOMES, nota 2; PANDOLFI, nota 2.

es parte relevante y constitutiva del largo proceso de construcción del Estado-nación en Brasil y, segundo, que este proceso no estaba concluido, como algunos sugieren, al final del período imperial (1822-1889), ni se inicia a partir de los años 30, visión en parte construida por la propia mitología varguista. Por lo tanto, la historiografía que se concentra en los temas de salud en las primeras décadas del siglo XX es una suerte de recusación analítica a la atribución de irrelevancia, o incluso de ausencia, de las acciones de salud y saneamiento en el período 1889-1930. De alguna manera, esta historiografía está sugiriendo que en estos años se produjeron avances significativos en la producción de organismos estatales y en la legitimación de la autoridad estatal en los asuntos de salud pública (13).

Sumado a esta línea interpretativa, existe un consenso sobre la evidente pérdida de protagonismo de la salud pública, frente a otras políticas públicas, con el ascenso de Vargas. En especial, en lo que concierne al proyecto político e ideológico de construcción de la Nación vía el Estado, en el cual destacaron las políticas de educación, cultura, previsión social y de protección al trabajador urbano. Y aquí la mayoría de los autores destacan una fuerte discontinuidad. La propia atención a la salud de los trabajadores organizados y protegidos formalmente por la nueva legislación laboral y social quedó subordinada al Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio y al sistema de previsión social por categoría profesional subordinado a él (14). Formaba parte de lo que Santos llamó la «ciudadanía regulada» (15). Incluso la protección a la salud de grupos específicos como niños y mujeres,

(13) Esta interpretación está originalmente en REIS, Elisa P. Poder privado e construção de Estado na Primeira República. In: Renato Boschi (org.), *Corporativismo e desigualdade - A construção do espaço público no Brasil*, Río de Janeiro, Ríó Fundo Editora-Iuperj, 1991, pp. 43-68.

(14) Sobre ese punto, véase HOCHMAN; FONSECA, nota 3. Sobre la política de previsión social, véase MALLOY, James, *A política de Previdência Social no Brasil*, Río de Janeiro, Graal, 1986; SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça - a política social na ordem brasileira*, Río de Janeiro, Campus, 1979.

(15) En esa perspectiva «son ciudadanos todos aquellos miembros de la comunidad que se encuentran localizados en cualquiera de las ocupaciones reconocidas y definidas por ley. (...) Se vuelven pre-ciudadanos, así, todos aquellos cuya ocupación la ley desconoce», SANTOS, nota 14, p. 75.

importantes en el proyecto ideológico varguista, se dividía entre las instituciones políticas de los ministerios de justicia, y de educación y salud. De este modo, la ingeniería institucional de Vargas le dio una gran importancia a las políticas orientadas hacia el mundo del trabajador urbano y apartó de las prioridades de la agenda nacional el objetivo principal de las políticas sanitarias de la década anterior, es decir, el combate a las endemias rurales, el saneamiento del interior del país (de los *sertones*) y el rescate del hombre del campo y del trabajador rural (16).

Así, el movimiento por la reforma sanitaria de la Primera República habría sido interrumpido en la década de 1930 y estuvo ideológicamente ausente en el proceso de burocratización de la salud pública, en especial, la creación en 1930 del Ministerio de Educación y Salud Pública (17). Según Castro-Santos, la llamada «marcha para el oeste» del gobierno Vargas no sería el equivalente político-ideológico, ni tendría los mismos objetivos, que el «saneamiento de los *sertones*» del movimiento sanitarista de la *República Velha* (18). Al mismo tiempo, las reformas sanitarias implementadas en la década de 1920 promovieron un crecimiento de la presencia del Estado en el campo de la salud a escala nacional que serían heredados por el régimen varguista (19).

De este modo, la historiografía construyó consensos sobre las ausencias, continuidades y rupturas en las acciones y políticas de salud con el fin de la Primera República y la instauración del gobierno Vargas. La dimensión de continuidad aparece desde el punto de vista macro-histórico, es decir, por la herencia en términos de procesos lentos de institucionalización de la salud pública, su centralización y nacionalización. Desde el punto de vista de los resultados concretos, en términos de salud de las poblaciones, el período finalizado con la Revolución del 30 es de ausencias, en la medida que el tipo de problemas sanitarios no solucionados no fue modificado. La agenda política del movimiento sanitarista, se desvanece en el intenso proceso

(16) HOCHMAN; FONSECA, nota 3.

(17) CASTRO SANTOS, nota 6.

(18) CASTRO SANTOS, nota 6; COSTA, nota 4.

(19) HOCHMAN, nota 6.

de reformas del Estado posterior a 1930, y se reorienta en dirección hacia la burocratización, profesionalización y especialización del campo de la salud. Por otro lado, el foco de las políticas sanitarias seguirían siendo, pero en menor importancia, las grandes endemias rurales y la atención de salud de las poblaciones no incorporadas al mundo del trabajo regulado por el Estado. Así, se mantenía el desafío de la extensión de las acciones de salud hacia el interior del país.

Creo que estos prismas interpretativos pueden combinarse en el análisis sobre las políticas de salud en el periodo posterior a 1930. Sugiero que el gobierno Vargas mantuvo la agenda médico-sanitarista que establecía como prioridad el combate contra las endemias rurales; y que la centralización, burocratización y profesionalización de la salud son resultado de algunas de las demandas contenidas en esta agenda que, al realizarse, desmovilizó al movimiento sanitarista. Por lo tanto, es preciso evitar que se interprete el «desencanto» producido por la burocratización como una ausencia de innovación política en el sector salud. Al contrario, se produjeron innovaciones políticas e institucionales que marcaron un punto de ruptura con el legado anterior y guiaron las políticas de salud pública en las décadas siguientes.

3. *REFORMAS DE LA SALUD PÚBLICA: 1930-1945*

Las reformas de la salud pública acompañaron las oscilaciones políticas del Gobierno Provisorio (como se denominó en sus años iniciales el régimen de Vargas), período marcado por la inestabilidad política y por sucesivos cambios en el comando del Ministerio de Educación y Salud Pública hasta la asunción de Gustavo Capanema (1900-1985) el 26 de julio de 1934.

Todo el sector público había pasado, a partir de 1930, por una serie de reformas que ya estaban siendo anunciadas antes incluso del cambio de gobierno —algunas ya aparecían en la plataforma de la campaña electoral de Vargas en 1929— y se encuadraron en un amplio programa de planeamiento y reforma gubernamental. Los ideales de formación de un Estado fuerte y centralizado parecían realizarse por la constitución de un aparato gubernamental que alcanzase a

todo el territorio nacional, integrando las esferas federal, estatal y municipal en un proyecto político-administrativo más unificado. Era una clara reacción al federalismo extremo de la primera constitución republicana. La creación del MESP se insertaba en esta perspectiva de reforma administrativa (20).

Inicialmente, la creación del Ministerio no conllevó ninguna alteración para la salud pública, significando apenas la incorporación del ya existente Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), creado en 1920, que estaba adscrito al Ministerio de Justicia y Negocios Interiores. Posteriormente, fue sufriendo modificaciones provisorias a través de una legislación fragmentada y que atendía, solamente, necesidades coyunturales. A fines de 1930, ya se habían delineado algunas de las directrices que orientarían la reforma administrativa implementada por Vargas: fortalecer la administración federal e introducir medidas de racionalización de la burocracia. Sin embargo, según algunos analistas, dichas directrices acabaron por no pasar de meros actos formales (21).

En sus cuatro primeros años, hasta el nombramiento de Capanema en el cargo, ocuparon la cartera ministerial tres ministros diferentes: Francisco Campos, Belisario Penna y Washington Pires. De forma diferente al Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio, que a lo largo de este periodo vio cómo iban siendo definidas las líneas maestras que orientarían su desarrollo, el MESP llegó al final del llamado Gobierno Provisorio sin objetivos definidos para su estructura administrativa y sin claras líneas de acción. A pesar de las innumerables alteraciones

(20) Sobre la reforma administrativa, véase CUNHA, Mario W. Vieira da. *O sistema administrativo brasileiro*, Río de Janeiro, CBPE, 1963; WAHRLICH, Beatriz M. de Souza, *Reforma administrativa na era de Vargas*, Río de Janeiro, Editora FGV, 1983. Para informaciones sobre los cambios del MESP en el periodo y sobre la historia institucional y constitucional de la salud pública, utilizo GAMA e SILVA, José S.; MARQUES, Lucy. *Evolução do Ministério da Educação e Saúde*, Río de Janeiro, Divisão de Pesquisas do Instituto Brasileiro de Administração, Fundação Getúlio Vargas, s.d.; RODRIGUES, Bichat de Almeida; ALVES, Amaro Luiz. *Evolução institucional da Saúde Pública*, Brasília, Ministério da Saúde, 1977.

(21) WAHRLICH, nota 20.

que sufrió, ninguna representó un cambio importante, significando, en algunos momentos, la propia paralización de las actividades, mezclándose a las incertidumbres políticas, a la crisis económica y a la penuria presupuestaria de inicios de la década de 1930. En lo que respecta a la salud pública, en sus primeros años el MESP equivalía, en gran medida, al DNSP heredado de la *República Velha*.

El impacto más definitivo en el proceso de construcción institucional de la salud pública como política estatal fue la gestión de Capanema en el Ministerio de Educación y Salud Pública (1934-1945). Esta fue la más larga permanencia de un ministro en las carteras de educación y salud. La reforma del Ministerio, propuesta en 1935 e implementada por Capanema a partir de enero de 1937, definió rumbos para la política de salud pública, reformulando y consolidando la estructura administrativa y adecuándola a los principios básicos que había definido la política social del *Estado Novo*. Fue a partir de esta reforma cuando el Ministerio pasó a denominarse Ministerio de Educación y Salud (MES). La segunda gran reforma ocurrió en 1941, con la creación de los Servicios Nacionales, que verticalizaron la campaña de combate contra enfermedades específicas y contra las grandes endemias.

Por lo tanto, serán estas dos reformas emprendidas por Capanema —una más general de la estructura del MESP y otra más específica en las acciones de salud— las que definirán y consolidarán la estructura administrativa e institucional de la salud pública, que permaneció casi inalterada hasta la creación del Ministerio de Salud en 1953 y, en cierto modo, como indicaré, hasta la década de 1980.

En términos de creación institucional, las innovaciones más trascendentes fueron las Delegaciones Federales de Salud, los Servicios Nacionales y la institución de las Conferencias Nacionales de Salud. La creación del Servicio Especial de Salud Pública en 1942, por medio de acuerdo con el gobierno norteamericano, es otro hito importante (22). La salud pública orientó sus acciones hacia el combate contra la ma-

(22) CAMPOS, André L. V. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: Angela de Castro Gomes (org.), *Capanema: o ministro e seu ministério*, Río de Janeiro, Editora FGV-USF, 2000, pp. 195-220.

laria y contra la tuberculosis, en este último caso una novedad con relación al período pre-1930, además de la formulación de un plan nacional de combate contra la lepra. La fiebre amarilla, tradicional blanco de la salud pública, y que había vuelto a la capital federal en 1928 después de dos décadas de ausencia, continuó mereciendo la atención del gobierno federal y la colaboración de la Fundación Rockefeller, en especial durante la década de 1940, en la que parte estuvo abocada a la fabricación de una vacuna(23).

Con estas reformas, la salud pública pasaba a reproducir las orientaciones más generales de la política varguista de centralización política y administrativa y verticalización de las políticas estatales. El principal responsable de la implementación de las reformas en el área de salud, el médico João de Barros Barreto, fue nombrado director del Departamento Nacional de Salud (DNS) en febrero de 1937, un mes después de aprobada la reforma ministerial, dejando el cargo sólo en 1945, con una pequeña interrupción entre 1939 y 1940 (la denominación de DNS empezó a utilizarse a partir de la reforma de 1937). Extender la cobertura de la salud pública hacia el interior —agenda clásica del sanitarismo— parecía ser posible con el incremento de la presencia del MESP en los estados y el formato institucional elegido fue verticalizar estas acciones que serían especializadas según la enfermedad afrontada, coordinadas por un núcleo central que residiría en el Ministerio e implementadas de un modo jerárquico en los estados y los municipios. Con intervenciones políticas en los estados, autoritarismo y con crecientes límites constitucionales a las autonomías estatales, serían eliminados los obstáculos para la realización del ideal centralizador del movimiento sanitarista de la década de 1910.

Inicialmente, con la aprobación de la Reforma en 1937 (Ley n.378, 13/01/1937), el territorio brasileño fue dividido en ocho regiones, contando cada una de ellas con una Delegación Federal de Salud. Las delegaciones tenían como función supervisar las actividades necesarias de colaboración del gobierno central con los servicios locales de salud pública y asistencia médico-social, y con instituciones privadas,

(23) BENCHIMOL, nota 10.

además de la inspección de los servicios federales de salud. Estaban distribuidas de la siguiente manera: (1) Distrito Federal y Estado de Río de Janeiro; (2) Territorio de Acre y Estados de Amazonas y Pará; (3) Estados de Maranhão, Piauí y Ceará; (4) Estados de Río Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco y Alagoas; (5) Estados de Sergipe, Bahia y Espírito Santo; (6) Estados de São Paulo y Mato Grosso; (7) Estados de Paraná, Santa Catarina y Río Grande do Sul y (8) Estados de Minas Gerais y Goiás. Sus sedes se establecieron en las siguientes ciudades: Río de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre y Belo Horizonte.

De esta forma, el gobierno federal pretendía ampliar su presencia en las diversas regiones del país, implementando y supervisando las acciones de salud pública. Cada delegación federal de salud funcionaría como un brazo del Ministerio en una determinada región y establecía una relación íntima con los servicios sanitarios estatales, inclusive mediante el nombramiento de sus jefes. La instauración de la dictadura de Vargas, el 10 de noviembre de 1937, facilitó la implementación de una reforma que pretendía aumentar la presencia de los servicios sanitarios federales en los estados, reformulando la relación entre éstos y el gobierno central. Esta preocupación parecía ser una respuesta a los que decían que los servicios sanitarios, a despecho de sus objetivos nacionales, se concentraban, en la práctica, en el distrito federal. En un balance realizado en 1942, Barros Barreto indicaba que un número considerable de estados estaba organizando o remodelando sus departamentos de salud a la luz de las nuevas directivas federales. Un dato indicativo de este proceso de reforma y articulación de los estados con los servicios federales de salud, presentado en este balance, es que 13 de los entonces 19 estados, tenían como directores de sus departamentos de salud, o como asistentes de director, a profesionales técnicos vinculados directamente al DNS/MES (24).

(24) BARROS BARRETO, João de. A organização da saúde pública. *Arquivos de Higiene, MES/DNS*, 1942, 12 (2), 169-215. Cabe ilustrar que también es la gestión de Capanema la que consolida la conducción de la educación como responsabilidad del Gobierno Central, que, antes de Vargas, estaba bajo responsabilidad de los estados, y crea el Sistema Nacional de Educación.

Además de las Delegaciones Federales de Salud, la reforma de 1937 instituyó las Conferencias Nacionales de Salud (CNS), que deberían reunir periódicamente delegaciones de todos los estados en un foro nacional y de carácter oficial para discutir los temas de salud pública. De acuerdo con el ambiente político reinante en el país y la perspectiva técnica que informaba las reformas, Gustavo Capanema definía las Conferencias Nacionales como: «conferencias de administradores que tendrán, apenas, el objetivo de estudiar y asentar providencias de orden administrativo. A través de ellas, el Gobierno Central podrá aún coordinar la ejecución de los planes nacionales que fueran establecidos» (25). La creación de las Conferencias complementaba las propuestas institucionales anteriores y seguía los principios generales que las orientaron, encuadrados en la preocupación de establecer parámetros más precisos en las relaciones y atribuciones del gobierno central con los estados y municipios. A través de recursos financieros y de la prestación de asistencia técnica, los problemas de los estados deberían tratarse conjunta y sistemáticamente, sin privilegios. Este objetivo está claramente indicado en la ley que aprobó el nuevo formato del Ministerio, conteniendo un capítulo específico relativo a las formas de acción del Gobierno Central. En él, el gobierno indica que las Conferencias Nacionales de Salud, así como las Conferencias Nacionales de Educación creadas por la misma legislación, estaban destinadas a facilitar al Gobierno Federal el conocimiento de las actividades concernientes a la educación y salud, orientando la ejecución de los servicios estatales y locales y la concesión de auxilios y subvenciones federales.

Desde el punto de vista de la reforma, las Conferencias Nacionales de Salud constituían un espacio privilegiado para la articulación entre el gobierno federal y los estados, viabilizando la sistematización de normas técnicas y administrativas del área de salud. Permitirían que se ajustasen los mecanismos burocráticos y administrativos que darían soporte a la definición de las prioridades, a una supervisión que aspiraba a basarse en criterios técnicos y científicos y a una pretensión de controlar el sector. De esta forma, el perfil delineado

(25) Archivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.21, Río de Janeiro.

para el funcionamiento de las Conferencias era el de un espacio para administradores y técnicos de salud. Como se referían a actividades exclusivamente de carácter público, las Conferencias Nacionales aglutinarían representantes de los organismos públicos de salud en la esfera federal y estatal, para discutir y deliberar las cuestiones administrativas relacionadas a la salud pública.

La Primera Conferencia Nacional de Salud se realizó entre el 10 y el 16 de noviembre de 1941, en Río de Janeiro, poco después de la realización de la Conferencia Nacional de Educación. Algunas proposiciones aprobadas en esta Conferencia revelan la combinación de la tradicional agenda de los sanitaristas y de las características de la política varguista. Por un lado, reafirman la necesidad de centralización de la capacidad de normatividad legal y administrativa de las acciones de salud pública en las manos del MES, aun cuando los estados y municipios fueran ejecutores de esas acciones. Por otro, el mantenimiento de la posibilidad de acuerdos entre estados y gobierno federal para que éste desarrollase directamente acciones de salud, preferentemente, de combate a las endemias rurales (26). En cierta forma, las Conferencias Nacionales de Salud deberían sustituir los congresos de la Sociedad Brasileña de Higiene que, con cinco ediciones hasta ser interrumpida en 1930, eran los espacios de reunión científica y política de los profesionales de salud. Estos congresos sólo pudieron ser retomados en 1947 y mantuvieron su importancia técnica y política hasta la década de 1950 (27).

Entre las propuestas presentadas en la I Conferencia Nacional de Salud, e implementadas en la década de 1940, estaba la actualización del modelo de interacción entre los estados y el gobierno central iniciado en la *República Velha*; es decir convenios entre servicios estatales y federales para la implementación de acciones sanitarias. De

(26) Archivos de Higiene, abril, 1941: 64-65; Archivo Gustavo Capanema, FGV/CP-DOC, GC 36.05.26, Río de Janeiro.

(27) Al contrario, las CNS tuvieron sólo dos ediciones hasta 1964 (1950 y 1963) y sólo ganaron visibilidad con la redemocratización del país a partir de 1985, con la llamada «constituyente de la salud», la VIII Conferencia Nacional de Salud de 1986.

forma diferente de la experiencia iniciada a fines de la década de 1910, estos acuerdos estaban ahora enmarcados por la centralización y verticalización del *Estado Novo*, con incremento del poder del DNS, en el control y normatización de las actividades de salud pública en todo el país (28).

Otras dos creaciones de la reforma de 1937, ambas con ambiciones nacionales y centralizadoras, no fueron implementadas. Estas fueron, en primer lugar, el Fondo Nacional de Salud que estaría constituido por recursos especiales destinados a los servicios de salud pública y asistencia médico-social y debería suplir las demandas en el área de salud, teniendo en cuenta que las administraciones locales eran deficitarias. La segunda organización que tampoco se concretó fue el Instituto Nacional de Salud Pública, que estaría orientado a investigaciones sistemáticas y permanentes sobre los problemas sanitarios de Brasil, especialmente aquellos de carácter colectivo. Las dificultades políticas y presupuestarias para constituir una línea de financiamiento exclusiva para la salud y para unir varias instituciones de investigación, inclusive el Instituto Oswaldo Cruz, terminaron abortando estas propuestas.

A inicios de 1941, Capanema propuso una nueva alteración en la estructura del MES, procurando intensificar la presencia de los órganos federales de salud en los estados de una forma más centralizada, creando, para ello, los Servicios Nacionales de Salud, la más duradera invención institucional de la gestión Capanema/Barros Barreto. Esta propuesta reafirmaba el proyecto político de consolidar una estructura administrativa con una fuerte coordinación y supervisión federal. En la presentación de esta propuesta de reorganización del Departamento Nacional de Salud (DNS) al presidente de la República, Capanema destaca los dos principios que la inspiraron, el de mayor coordinación y de actuación ampliada:

(28) Para un análisis más detallado de esa conferencia, ver HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES (org.), nota 2, pp. 173-193.

«La reforma propuesta en 1935 buscó (...) nacionalizar el Ministerio, gracias a la firme decisión apoyada por Su Excelencia [Vargas] en el sentido de ampliar la actuación federal, en cuanto a los problemas de salud, de modo que se dejase de considerar preferentemente el Distrito Federal para abarcar, de manera sistemática, todo el territorio nacional. (...) El proyecto ahora propuesto procura sentar las bases de la solidificación de los trabajos desarrollados, dando al Departamento Nacional de Salud un sistema adecuado de órganos no sólo para mantener sino también para desarrollar las iniciativas y esfuerzos de carácter nacional. El proyecto de decreto-ley representa, como puede verse, menos un trazado de perspectivas nuevas, menos una promesa de nuevas realizaciones, que una consolidación de la experiencia ya realizada y una sistematización de los esfuerzos ya comenzados» (29).

Esta reforma reafirmaba que la salud pública debería actuar privilegiando las enfermedades infecto-contagiosas, que alcanzaban a la totalidad de la comunidad nacional y no a grupos específicos. Los Servicios Nacionales, contando cada uno de ellos con un director, serían supervisados por el DNS, que acompañaba el trabajo desarrollado en las diferentes regiones del país. Los servicios nacionales eran los siguientes: de la Peste; de Tuberculosis; de Fiebre Amarilla; de Cáncer; de Lepra; de Malaria; de Enfermedades Mentales; de Educación Sanitaria; de Fiscalización de la Medicina; de Salud de los Puertos; Servicio Federal de Bioestadística y Servicio Federal de Agua y Cloacas. El Servicio de Fiebre Amarilla y el Servicio de Malaria del Nordeste, vinculados a las acciones de la Fundación Rockefeller, antecedieron la creación de los respectivos servicios nacionales. La principal orientación y misión de los servicios nacionales, creados en 1941, era combatir brotes epidémicos y establecer métodos de control y prevención, en un trabajo conjunto con las Delegaciones Federales de Salud y con los gobiernos estatales. De esta forma, el gobierno federal, a través del equipo técnico que actuaba en los estados (médicos sanitarios, guardias sanitarios, enfermeras, ingenieros), buscaba

(29) Presentación de la propuesta de reorganización del DNS al presidente Vargas el 24 de marzo de 1941. Archivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC 35.02.19, Rio de Janeiro.

umentar su presencia en los rincones más remotos del país, conjugando centralización política con alguna forma de descentralización administrativa.

Reforzada por la fuerte apelación ideológica dirigida hacia un proyecto de construcción nacional mediante la centralización política, la reorganización de estos servicios acentuaba la intención del Ministerio de extender los límites de su actuación, buscando proyectarse a todo el territorio del país, planeando, coordinando y ejecutando, asociado a los estados, acciones de salud y saneamiento. Las actividades de salud pública deberían orientarse principalmente hacia la prevención y el combate de enfermedades como la tuberculosis, la malaria, la fiebre amarilla y la peste, concentrando su trabajo en la «colectividad», dejando para la asistencia médica previsional y para la asistencia pública las acciones más individualizadas. Dos pasajes de Capanema expresan esta perspectiva:

«sin descuidar de los servicios de la capital de la República, antes incluso, mejorándolos a punto de convertirlos en un modelo ejemplar, la acción del ministerio será cada vez más nacional, fundamentalmente nacional, atendiendo así uno de los objetivos primordiales de la reforma» (30).

«A la salud pública no le interesa el caso individual, sea un caso de enfermedad, sea cualquier otra situación especial relativa a la salud o al cuerpo. El caso individual sólo le interesa a la salud pública si puede afectar a la colectividad, si es capaz de poner a la colectividad en peligro» (31).

Las preocupaciones con la salud del hombre rural estaban directamente vinculadas a las enfermedades infecto-contagiosas, que implicaban riesgos a la colectividad, y marcaron la actuación del MES. Toda la estructura administrativa se construyó teniendo como prioridad el combate a las enfermedades transmisibles elegidas como prioritarias, como puede observarse en la organización de los servicios

(30) Discurso de Capanema al dar paso al Dr. João de Barros Barreto como director de la DNS, *Jornal do Comércio*, 04/02/37, Río de Janeiro.

(31) Archivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.2.F Pasta VI.

nacionales. El campo de actuación de la salud pública fue orientado hacia «la salud de las poblaciones» y fue delimitado a partir de la conjugación de la verticalización de las acciones políticas y el énfasis en enfermedades endémicas e infecto-contagiosas.

Cabe indicar que la atención materno-infantil tenía una posición particular en las propuestas de salud, desde que fueron creados servicios específicos para la infancia, separados de los servicios de salud destinados a la población en general. Con la reforma de 1937, fue creada la División de Amparo a la Maternidad y la Infancia. Poco después, en febrero de 1940, ésta sería reemplazada con la creación del Departamento Nacional de la Niñez, desvinculado del DNS. Ambos estuvieron bajo la dirección de Olinto de Oliveira quien, en sus actividades y textos, acentuaba la necesidad de que los problemas relacionados a la infancia no estuvieran subordinados al área de salud pública, y más bien constituyeran un órgano autónomo dentro del MES (32).

La política de extensión de la protección médico-asistencial a los trabajadores asociados a los Institutos de Jubilaciones y Pensiones (33), separada de las acciones de salud pública, no fue sólo resultado de una estrategia gubernamental específica de priorizar a los trabajadores urbanos organizados. Fue además la consecuencia de la negativa de los profesionales y dirigentes vinculados a la salud pública de abrir un espacio y dar mayor importancia a una agenda de saneamiento rural, y de su oposición programática a incorporar acciones médico-curativas en el campo institucional de la salud pública (34).

Si el *Estado Novo* prosiguió con la «herencia sanitarista» de la Primera República, también la renovó e innovó. En primer lugar,

(32) SOUZA, Cynthia Pereira de. Saúde, Educação e Trabalho de Crianças e Jovens: A política social de Getúlio Vargas. In: GOMES (org.), nota 2, pp. 221-249.

(33) En 1940 existían Institutos de Jubilaciones y Pensiones para trabajadores marítimos, de comercio, bancarios, industriales, empleados de transportes y cargas y de servicios públicos.

(34) FONSECA, Cristina M. O. Trabalhando em Saúde Pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000, 2, 393-411.

creo el Servicio Nacional de Tuberculosis que proporcionó la primera aproximación de los Institutos de Jubilaciones y Pensiones con la salud pública, vinculando las prácticas asistenciales y curativas individualizadas con la medicina preventiva. Ello sería resultado del reconocimiento de la inviabilidad de tratar una enfermedad bastante extendida entre los trabajadores urbanos, como la tuberculosis, a partir de orientaciones, instituciones y profesionales no entrenados para ello, como se había hecho hasta entonces. Este encuentro entre acciones preventivas-educativas y prácticas curativas fue lento y tardío. Desde el punto de vista institucional, la unificación de la salud pública con la asistencia médica curativa previsional, es decir como parte de la seguridad social, sólo ocurriría en el inicio de la década de 1990.

En segundo lugar, la perspectiva de agencias de carácter nacional, que a partir del gobierno central normatizaban y coordinaban acciones sobre endemias y enfermedades específicas, promovió una especialización inédita en el interior del Departamento Nacional de Salud. Este reordenamiento de la estructura administrativa de la salud pública, con su incorporación en nuevos formatos y contenidos a la agenda oficial del gobierno, demandó una nueva especialización: el profesional de salud empleado por el Estado. Se aceleró un proceso iniciado ya en la *República Velha*: la diferenciación entre los médicos clínicos y los higienistas/sanitaristas por medio de cursos de higiene y salud pública suministrados por el Instituto Oswaldo Cruz y por las Facultades de Medicina, de la partida de médicos brasileños hacia universidades norteamericanas para estudiar salud pública y la administración de la misma, y del entrenamiento en los propios servicios(35). La Dirección Nacional de Salud implantó, a partir de 1938, una política de capacitación de cuadros técnicos para los servicios nacionales y estatales(36). La diferenciación no fue apenas intralite médica, sino también, aunque de forma más lenta, entre elites políticas y elites médicas. Fue este proceso de formación de un grupo de médicos, empleado por el Estado y especializado en salud pública, que dio inicio a la separación entre elites estatales profesionales y

(35) HOCHMAN; FONSECA, nota 3.

(36) BARROS BARRETO, nota 24, pp. 205-206.

elites políticas. Así, fue conformándose una comunidad profesional producida y asociada al poder público, que pasó a ser interlocutora de los grupos vinculados a las actividades públicas en las áreas de salud y de saneamiento.

La estructuración y consolidación de la carrera de sanitarista ocurrió, por lo tanto, no por casualidad, sino que fue parte de las reformas que buscaban expandir la actuación del Estado en el área de salud pública por todo el país. A medida que fueron siendo definidas las prioridades para la salud pública, fueron también reafirmando los requisitos necesarios para la conformación de una especialidad médica reglamentada. Al mismo tiempo, esta misma generación de profesionales intervenía en la construcción de este aparato institucional, definía prioridades, y actuaba como formuladora de propuestas políticas para el sector y como implementadora de políticas. Resulta, por lo tanto, muy difícil separar el proceso de institucionalización de la salud pública, que se desarrolla a partir de la década de 1930, de la trayectoria personal y profesional de esta generación que se constituyó a lo largo de este proceso (37). Parte de esta generación de médicos-sanitaristas ocuparía los principales puestos del Ministerio de Educación y Salud y, después de 1953, del Ministerio de Salud.

En tercer lugar, este período asiste al incremento de la participación de instituciones y técnicos norteamericanos en servicios de salud en Brasil. Son tres los servicios que retratan con mayor claridad esta influencia: el Servicio de Malaria del Nordeste, el Servicio de Fiebre Amarilla y el Servicio Especial de Salud Pública. La presencia norteamericana contribuyó fuertemente en la estructuración de estos servicios, en la formación de profesionales del área (médicos, ingenieros, enfermeras), en la difusión de ciertos principios orientadores de las actividades de salud pública (como, por ejemplo, en el énfasis dado a la educación en salud y el establecimiento de Centros de Salud) y, dado que estos servicios actuaron principalmente en el área rural, en el incremento de la presencia de la salud pública en el interior del país (38).

(37) FONSECA, nota 30.

(38) FARIA; CASTRO SANTOS, nota 9.

La Fundación Rockefeller, que ya estaba presente en el país desde la década de 1910, actuó, durante la década del 1930, en el Servicio de Fiebre Amarilla, a través de contratos con el gobierno brasileño, bajo el mando del norteamericano Fred Soper y del brasilero Sérvulo Lima. El combate contra la enfermedad se realizaba a través de puestos instalados en núcleos rurales, en áreas donde la enfermedad se hallaba más extendida. Paralelamente, desde septiembre de 1938, la Fundación Rockefeller se concentró en una gran campaña de erradicación del *Anopheles Gambiae*, el mosquito vector de la malaria que había invadido el nordeste brasileño en la década de 1930 (39). El éxito de esta campaña inspiró el debate nacional e internacional sobre la erradicación de la malaria en los años 40 y 50, y tuvo un importante impacto en la organización del Servicio Nacional de Malaria. Esta presencia se profundizó con el Servicio Especial de Salud Pública creado durante la Segunda Guerra Mundial, en 1942, a través de un convenio entre el gobierno brasileño y el gobierno norteamericano (40).

Así, a pesar de estar lejos de haber logrado un alcance nacional y solucionar todos los problemas sanitarios del país, la salud pública en la gestión de Gustavo Capanema fue institucionalmente más compleja, estableció raíces y contradicciones que perduraron durante décadas, y revela diferentes e intrincadas facetas del Estado Vargasista. En particular, organizó, centralizó y profesionalizó la salud pública, manteniéndola fuertemente asociada al ideario varguista de construcción de la nacionalidad por medio de un Estado fuerte y autocrático.

4. CONSIDERACIONES FINALES

El primer gobierno Vargas significó para la salud pública un cambio en relación con la agenda de la década de 1920, sin que en

(39) GADELHA, Paulo E.; PACKARD, Randall. A land filled with mosquitos: Fred L. Soper, The Rockefeller Foundation, and The *Anopheles Gambiae* invasion of Brazil. *Parasitology*, 1994, 36, 197-213; FRANCO, Odair. *História da Febre Amarela no Brasil*, Río de Janeiro, MS-DNERU, 1969.

(40) Para más detalles sobre el SESP ver el artículo de CAMPOS en este mismo número.

realidad se hubiera producido una ruptura radical. El énfasis de las políticas federales de salud continuó siendo el combate contra las grandes endemias rurales y contra las epidemias que amenazaban a la población. En cierto modo, el Ministerio de Educación y Salud Pública percibía y vinculaba sus áreas de actuación a un proyecto de construcción de la nacionalidad, presente en el período anterior. Esta agenda continuó prevaleciendo con la creación del Ministerio de Salud en 1953, en el segundo gobierno Vargas, y en el período posterior, con la asociación entre salud y desarrollo económico.

Sin embargo, el Ministerio de Educación y Salud es más recordado, en el período de su creación y en los que siguieron, por las políticas de educación y, principalmente, de cultura. Se habla del Ministerio de Educación, especialmente, de la gestión de Capanema como Ministro de los Notables, porque a él estuvieron asociadas figuras nacionalmente conocidas como el poeta Carlos Drummond de Andrade, los modernistas de la arquitectura, Lucio Costa y Oscar Niemeyer, el escultor Bruno Giorgi, además de Rodrigo Melo Franco de Andrade, Mario de Andrade, el maestro y compositor Heitor Villa-Lobos, el poeta Jorge Lima, entre tantos otros. En cambio la faceta sanitaria del Ministerio bajo la dirección de Capanema es poco conocida y explorada por los estudios históricos.

Por otro lado, si las acciones de este Ministerio se orientaron hacia el control de las endemias y el combate a las epidemias, el formato organizativo se volvió más estructurado y permanente. En este sentido, concretaba parcialmente y de modo diferenciado antiguas aspiraciones de nacionalización y centralización de la política de salud pública, por medio de las delegaciones federales y de los servicios nacionales, aunque manteniendo el modelo de convenios para actuar en los estados. De esta manera, el análisis de la trayectoria de la salud pública indica que, incluso bajo un Estado autocrático y centralizador, la presencia federal fue siempre negociada con los líderes estatales y con agencias internacionales. Este era un Estado fuerte que creó estructuras sobre las cuales, en algunos casos, no tenía una injerencia absoluta, como fue el caso de los servicios operados por la Fundación Rockefeller y del Servicio Especial de Salud Pública.

La estructuración de los servicios nacionales a partir de 1941 marcó profundamente la estructura del Ministerio de Salud, incluso cuando esos servicios fueron unificados en el Departamento Nacional de Endemias Rurales (conocido como DNERu), en 1956. Las campañas continuaron funcionando separadamente dentro de esta nueva estructura, así como sus profesionales, sus acciones, informaciones y orientaciones, y convivieron con concepciones y orientaciones divergentes que residían en el SESP.

Iniciada durante la *República Velha*, la participación y presencia norteamericana en la constitución de los servicios públicos en salud es muchas veces subestimada por una visión que tiende a identificar y focalizar la posición pro-alemana del gobierno Vargas, que sólo se romperá en 1942 cuando Brasil se adhiera al esfuerzo de guerra de los Aliados. Un análisis detallado sobre la salud pública brasileña durante todo el período indica la continuidad de la fuerte presencia norteamericana en la salud pública, a pesar de los contradictorios coqueteos con el Eje por parte de ciertos sectores del gobierno. Ciertamente, la presencia militar norteamericana en Brasil durante la Segunda Guerra Mundial facilitó y fue auxiliada por esa larga convivencia entre instituciones y técnicos brasileños y norteamericanos en el campo de la salud pública.

Sin embargo, incluso con la continuidad de la agenda sanitaria más amplia, hay un cambio significativo en fina sintonía con el proceso de constitución del Estado posterior a 1930: el intenso proceso de organización, profesionalización, despolitización, burocratización y centralización de las actividades de salud y saneamiento vinculadas al MES, muchas veces visto como negativo por la literatura. La perspectiva centralizadora de la reforma administrativa de la década de 1930 fortaleció la tendencia a aumentar la capacidad reguladora del gobierno central sobre los estados en el campo de la salud pública. Esta tendencia contrastaba con la perspectiva «campañista», voluntarista, fragmentada, politizada de las décadas de 1910 y 1920. Así, tanto la estructura organizacional como el grupo de médicos-sanitaristas vinculados al Estado que emergen de este proceso son bastante diversos.

En lo que respecta a los médicos-sanitaristas, éstos corresponden a otra generación, criada y orientada en y para el servicio público. Una generación que fue formada en cursos específicos de salud pública en Brasil y en Estados Unidos y que estuvo marcada por la rápida incorporación de los conocimientos científicos y técnicos generados en los años 30 y, especialmente, durante la Segunda Guerra Mundial, como laboratorios de salud, antibióticos y pesticidas, entre otros. En común con el período anterior, esta generación mantuvo una orientación más general que concedía a la salud un papel crucial en la constitución de la nacionalidad y una resistencia a la introducción de la asistencia médica, de carácter más individualizada, en la agenda de la salud pública.

El período 1930-1945, en especial la gestión Capanema en el MES, consagró la separación política e institucional entre salud pública y asistencia médica que, en cierta forma, se había esbozado a lo largo de la década de 1920. El mantenimiento de esta separación expresó el contraste entre la re-actualización de la agenda rural y la orientación de la política social del *Estado Novo*, que tenía como foco principal al trabajador organizado y como *locus* el mundo urbano-industrial. El modelo preventivo que se consolidó, sólo comenzó a ser desmontado durante el régimen militar de 1964, con la creación del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), en 1966. La reconciliación institucional entre asistencia médica y salud pública tuvo que esperar más tiempo y otro contexto político, es decir, la década de 1990, cuando la asistencia médica fue transferida hacia el Ministerio de Salud.

Un punto central fue la separación entre salud pública y asistencia médica que se profundizó en la década de 1930, y puede ser entendida a partir de una escisión entre ciudadanos y no-ciudadanos, fundada en la acción reguladora del Estado. Le cupo a la salud pública encargarse de la provisión de formas de protección a los no-reconocidos, no-organizados y no-incorporados por las políticas de valorización y protección del trabajador del gobierno Vargas: los trabajadores rurales. De esta manera, la política del Ministerio de Salud se orientó hacia clientelas más amplias, con intereses difusos, excluidas de la regulación estatal. Por otro lado, la asistencia médica curativa ingresó en

el circuito corporativo tornándose un bien financiado y consumido por grupos específicos, un bien limitado a aquellos que pertenecían a categorías profesionales reconocidas por el poder público. La división desigual entre salud pública/asistencia médica indica claramente el foco principal de la política social estadonovista de protección a la salud del trabajador: el mundo del trabajo formal y urbano. Los trabajadores rurales, blancos reales y simbólicos de las políticas de salud, esperarían hasta el inicio de la década de 1970 para obtener cobertura de la asistencia medica previsional.

La diferencia entre las reformas del periodo de Capanema y las que se realizaron a fin de siglo, es que con la difusión de nuevas organizaciones, nuevos problemas, nuevas soluciones y nuevos actores, volvieron infinitamente más complejo el campo de la salud; inclusive las percepciones de los medios para realizarlas. La salud pública como ideología de construcción nacional en la década de 1920, fue compartida por médicos-higienistas y elites políticas. Al final del período estadonovista la salud pública continuaba siendo patrimonio simbólico de los profesionales del sector, pero dejó de tener centralidad en la agenda estatal. Esta ideología, que asocia salud, civilización y progreso, fundamentalmente para la identidad del sanitarismo, sería actualizada con el nacional-desarrollismo de la experiencia democrática (1945-1964) pero, de nuevo, sin capacidad de relanzar la salud como tema nacional.