

La expansión de la autoridad estatal y el Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960

ANDRÉ LUIS VIEIRA DE CAMPOS(*)

BIBLID [0211-9536 (2005) 25; 227-256]

Fecha de recepción: 12 de junio de 2004

Fecha de aceptación: 7 de agosto de 2004

SUMARIO

1.—El SESP: orígenes, estructura, funcionamiento y expansión. 2.—La legitimidad local y nacional del SESP. 3.—El modelo horizontal integrado y el modelo vertical. 4.—Consideraciones finales.

RESUMEN

El Servicio Especial de Salud Pública (SESP) fue creado en 1942 como una agencia bilateral entre el Brasil y los Estados Unidos, a través de un acuerdo firmado entre el Ministerio de Educación y Salud, y el Instituto de Asuntos Interamericanos (IAIA). A pesar de haber sido originalmente planeado por los norteamericanos como una agencia temporal, con objetivos militares de «sanear la Amazonía» brasileña y estimular la producción de caucho para las necesidades de la Segunda Guerra Mundial, el SESP acabó siendo un instrumento de la expansión de la autoridad, tanto sanitaria como política, del Estado brasileño. En el contexto de la Guerra Fría y del «descubrimiento del subdesarrollo», el SESP se reorientó hacia la construcción una red horizontal y permanente de unidades sanitarias. De esta manera, amplió su papel como instrumento del fortalecimiento del Estado Nacional, al proveer servicios de salud para poblaciones rurales. A pesar de promover un modelo sanitario inspirado en patrones norteamericanos, las políticas sanitarias del SESP en el Brasil no fueron

(*) Profesor Adjunto. Departamento de Historia. Universidad Federal Fluminense y Universidad del Estado de Río de Janeiro, Brasil. Email: camdrepo@terra.com.br
Agradezco a Cristina Fonseca las valiosas sugerencias hechas al texto.

un proceso unilateral, sino que estuvieron marcadas por conflictos, negociaciones, resistencias y adaptaciones.

Palabras clave: reforma de salud, medicina rural, Servicio Especial de Salud Pública, Brasil, siglo XX.

Keywords: health reform, rural medicine, Special Public Health Service, Brazil, 20th century.

1. EL SESP: ORÍGENES, ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y EXPANSIÓN

El programa de salud del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAIA), del cual el SESP fue parte, fue inicialmente concebido como una de las respuestas norteamericanas a la influencia de Alemania en América Latina en los comienzos de la Segunda Guerra Mundial. Después que se produjo la invasión Nazi del norte de África, la inseguridad creció en los Estados Unidos y el Departamento de Estado de ese país, temió que el nordeste brasileño fuese ocupado por los alemanes. Frente a esta amenaza, la política exterior norteamericana enfatizó la «cooperación y defensa del hemisferio» (1). Esta cooperación fue promovida por Nelson Rockefeller —nieto del creador de la Fundación Rockefeller— quien convenció al Presidente Franklin Roosevelt para formar la Oficina para la Coordinación de las Relaciones Culturales y Comerciales entre las Repúblicas Americanas (de ahora en adelante, Oficina) cuya función era «estimular el desarrollo comercial y cultural entre las repúblicas americanas, contribuyendo a estrechar la solidaridad continental y la defensa del continente» (2).

Los intereses sanitarios de la Oficina se hicieron explícitos en 1941, cuando Rockefeller fue informado de las negociaciones sobre bases militares norteamericanas en el Brasil. El Coordinador persuadió

(1) VAN DE MARK, Brien S. *Anxious days: the foreign policy debate in America during the Summer of 1940*, University of Texas at Austin (PhD. Dissertation), 1983, p. 8.

(2) OFFICE of coordinator of inter-american affairs. *History of the office of the coordinator of Inter-American affairs: Historical records on war administration*, Washington D.C., GPO, 1947, pp. 176, 279.

al Ejército de su país que la Oficina organizase programas de saneamiento en las regiones donde las bases serían instaladas. Mientras esto era decidido, los japoneses conquistaron en Asia áreas productoras de materias primas estratégicas como el caucho y la quinina. El programa de salud y saneamiento se orientó entonces, además, hacia regiones Latinoamericanas que pudiesen proveer estos productos (3). Para el gobierno norteamericano, la adhesión del Brasil a los Aliados se volvió imperativa y el proyecto sanitario de la Oficina tenía una connotación militar. Su preocupación inmediata estaba en el litoral norte y nordeste brasileños, en donde los norteamericanos planeaban instalar bases militares. Era imprescindible, también, aumentar la producción de caucho brasileño, usado en la fabricación de neumáticos y en las ruedas de los aviones. Sin embargo, para extraer caucho de la Amazonía, en la cantidad y con la regularidad exigida por la industria bélica, era necesario combatir las enfermedades que diezmaban a los trabajadores, especialmente la malaria. También el valle del Río Doce, en el sudeste de Brasil, se volvió objeto de atención de la cooperación norteamericana, en la medida en que aumentaba la demanda por hierro, mica y otros minerales estratégicos.

La convergencia de intereses sanitarios, militares y económicos fue ratificada en la III Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas, realizada en Río de Janeiro en 1942. Esta reunión recomendó que los países latinoamericanos implementaran medidas de salud a través de acuerdos bilaterales. Uno de los resultados de esta Conferencia fue una serie de tratados, entre el Brasil y los Estados Unidos, entre los cuales estaba el acuerdo que dio origen al SESP. En las primeras notas diplomáticas previas a la firma del mismo, es posible percibir las diferentes expectativas de los dos gobiernos, así como los compromisos realizados. Para los Estados Unidos, los tratados tenían un objetivo militar inmediato y puntual: asegurar la presencia de las bases militares en territorio brasileño y permitir el acceso a materias primas estratégicas (4). Sin embargo,

(3) ERB, Claude C. Prelude to point four: the Institute of Inter-American Affairs. *Diplomatic History*, 1985, 9 (3), 250-251.

(4) La importancia militar del programa sanitario queda evidenciada por el gran número de oficiales del ejército involucrados, entre los cuales estaba el general

para el gobierno brasileño, los acuerdos significaban mucho más que un «esfuerzo de guerra», pues se encuadraban en los planes de desarrollo económico del primer gobierno de Getúlio Vargas (1930-1945), entonces empeñado en un proyecto de *state and nation building* (5).

Este proyecto, llamado por sus protagonistas el Estado Novo, marco una época conocida como la Era Vargas, y su legado es perceptible aún durante y después del segundo gobierno de Vargas (1951-1954). A nivel de la salud pública uno de los principales actores fue Gustavo Capanema, Ministro de Educación y Salud entre mediados de los años treinta y mediados de los años cuarenta. Capanema lanzó entre mediados de los años treinta y 1941 sendas reformas de salud que incrementaron la autoridad estatal en los asuntos de salud (6). Capanema estuvo a cargo también de las negociaciones para la organización de un servicio de salud norteamericano-brasileño —su contraparte norteamericana fue Fred Soper, director de la Fundación Rockefeller en Brasil— que dieron lugar al SESP.

El interés brasileño por hacer del acuerdo sanitario un instrumento de desarrollo económico y estatal no pasó desapercibido por Summer Welles, el secretario de Estado norteamericano. Según Welles, las negociaciones casi se frustran cuando la delegación brasileña se rehusó a discutir la propuesta inicial de los norteamericanos: el ministro brasileño «insistió en que un amplio programa económico debía ser considerado en primer lugar» y que «cualquier programa para el Amazonas debía ser discutido dentro de un amplio programa para el país» (7). Final-

George C. Dunham. Elegido por Rockefeller para dirigir el programa, Dunham era Ph.D. en salud pública, tenía experiencia en «medicina tropical» en Panamá y en las Filipinas, y fue el gran estratega del programa de salud del IAIA para América Latina.

- (5) CORSI, Francisco Luiz. *Estado Novo: política externa e projeto nacional*, São Paulo, Editora Unesp, 1999.
- (6) CAPANEMA, Gustavo. Manuscrito de Gustavo Capanema, s/f, Archivo Gustavo Capanema (AGC), Centro de Documentação e Pesquisa em História Contemporânea da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC), Série Ministério da Educação e Saúde (MES), sub-série Saúde e Serviço Social (SSS), Documentos do SESP, filme 65, GC 36. 10. 21.h. Para más información sobre las políticas de salud pública durante el primer gobierno de Getúlio Vargas, véase el artículo de Hochman en este número.

mente, los norteamericanos acabaron aceptando la posición brasileña. Capanema minimizó diplomáticamente las tensiones, señalando las coincidencias entre los dos países. Para el ministro, el resultado de una «conjunción de esfuerzos» sería una obra que iniciaría «una nueva era de progreso y de cultura para el inmenso valle del Amazonas» (8). A su vez, los representantes norteamericanos del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAIA) añadieron que la receptividad que encontró el proyecto sanitario, tanto en el Presidente Vargas como del Ministro Capanema, «sorprendió nuestras más optimistas expectativas» (9). Este fue uno de los momentos en que las motivaciones norteamericanas se adaptaron a los intereses locales.

Sin embargo, dentro del Ministerio de Educación y Salud brasileño existían voces contrarias al acuerdo sanitario, que se hicieron escuchar a través de João de Barros Barreto, director del Departamento Nacional de Salud, el más importante organismo del Ministerio de Educación y Salud. Barreto se resistió a la creación del SESP, en parte porque esta agencia estaba directamente subordinada al Ministro Capanema y al director norteamericano del IAIA y, por lo tanto, quedaba fuera de su autoridad. Un editorial del entonces principal diario de Río de Janeiro registró las objeciones de Barreto: «Brasil es un país donde el estudio de la medicina tropical ha sido siempre bastante desarrollado [y, sin embargo] nuestros médicos y especialistas (...) tendrán que desaparecer, reducidos (...) a la condición de meros “colaboradores” de aquellos que vienen del exterior para planificar y dirigir el proyecto

(7) WELLES, Sumner, to the Department of State, March, 19, 1942, FDR Library, Sumner Welles Papers, Latin American Files, 1919-1943. Box 169, pp. 2-3.

(8) CAPANEMA, Gustavo. Um serviço especial. AGC, CPDOC, MES, SSS, SESP, filme 65, GC 36.10.21. Desde la década de 1930, la Amazonía se volvió una referencia importante para el gobierno brasileño. Cuando se produjo la firma del acuerdo creando el SESP, Vargas había acabado de llegar de un viaje a la Amazonía, y de declarar aquella región como prioridad en la agenda de su gobierno.

(9) Memorandum 897, from the Brazilian Division to the Coordinator, Rio de Janeiro, April 18, 1942, National Archives and Records Administration (NARA), RG 229, General Records, Central Files, Basic Economic, Country Files, Brazil, Box 83, p. 1.

de saneamiento» (10). Barreto argumentaba que la creación del SESP era un error administrativo y político, pues asumiría funciones que correspondían al Departamento Nacional de Salud (DNS). Asimismo, Barreto pensaba que la Dirección era perfectamente capaz de implementar las políticas sanitarias requeridas por los norteamericanos (11). La posición de Barreto sugiere disputas de poder así como cierto celo profesional y nacionalista. Sin embargo, estas desavenencias no significaban perspectivas divergentes de administración sanitaria. Barreto había sido becario de la Fundación Rockefeller en la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins y estaba familiarizado y de acuerdo con el modelo sanitario norteamericano. Su objeción se refería a una estructura administrativa paralela y fuera de su autoridad.

Sin embargo, para el gobierno norteamericano, era fundamental que el SESP fuese constituido como una agencia libre de las restricciones jurídicas que limitaban la administración estatal regular. De ahí el carácter especial del SESP que, formalmente, estaba subordinado al Ministerio de Educación y Salud pero, en la práctica, tenía una autonomía que otros organismos públicos regulares no poseían. El SESP, además de contar con presupuesto propio, podía contratar y despedir personal, decidir sobre salarios y establecer sus propios criterios de administración. Por otro lado, es importante mencionar que también en los Estados Unidos se creó una agencia «especial» para administrar el acuerdo bilateral: el IAIA, con el estatuto jurídico de una corporación —lo que significaba flexibilidad en comparación con las agencias gubernamentales regulares, con autonomía presupuestaria y administrativa, y con mayor libertad para operar en el exterior (12). El estatuto jurídico especial del SESP y del IAIA les permitía agilidad para desarrollar acuerdos bilaterales en un tiempo de guerra.

Aunque el enfoque de este trabajo se limita a Brasil, es importante señalar que la acción de la Oficina se extendió por casi toda América

(10) Convém distinguir. *Correio da Manhã*, 13 de março de 1942.

(11) PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. *Saúde Pública, burocracia e ideologia: um estudo sobre o Sesp, 1942-1974*. Universidad Federal de Río Grande do Norte (Tesis de maestría), 1992.

(12) OFFICE, nota 2, pp. 231-233.

Latina (con la excepción de Cuba y Argentina)(13). Para administrar los acuerdos, cada país creó una «agencia cooperativa», conocida generalmente como «Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública» organizadas dentro de los ministerios de salud. El cargo de director de estos servicios fue, inicialmente, ocupado por el propio representante del IAIA en cada república y dependía, simultáneamente, del ministro de salud local y del presidente del IAIA, en Washington D.C.(14). Estos servicios eran financiados con recursos del IAIA y de los gobiernos locales, siendo aquellos, inicialmente, mucho mayores que las contribuciones nacionales. En 1942, la relación media de las contribuciones norteamericanas hacia las agencias era de trece a uno. Sin embargo, las contribuciones de los países latinoamericanos crecieron progresivamente en términos absolutos y relativos. Alrededor de 1949, la relación media del financiamiento se había invertido de uno a cuatro. La importancia de Brasil se reflejaba en el volumen de recursos destinados al SESP: hasta 1944, el IAIA financió más del 95 por ciento del programa brasileño. A partir de allí, esta relación se invirtió en tendencia creciente, siendo la contribución financiera norteamericana irrelevante hacia el final de la década de 1950(15). El crecimiento de los recursos brasileños para el SESP es un claro indicador del interés del gobierno en esta agencia que, en la década de 1950, estuvo íntimamente ligada a los proyectos de desarrollo económico en el Brasil.

El acuerdo que creó el SESP se firmó en julio de 1942 y, siguiendo sus premisas, Capanema nombró como su director al representante del IAIA en Brasil, el médico norteamericano George Saunder. Las resistencias de los brasileños a este hecho, ya indicadas en las objeciones de Barros Barreto, hicieron que, a partir de 1944, médicos brasileños dirigieran el SESP. Según el Acuerdo, al SESP le correspondería «el saneamiento del valle amazónico». Éste era en realidad un plan del control de la malaria en las zonas productoras de caucho, a través

(13) A principle for peace: new pattern for cooperation between nations. *Health and Sanitation Division Newsletter*, 1945, 77, 4.

(14) OFFICE, nota 2, pp. 232-3.

(15) BASTOS, N. C. Brito. *Sesp/Fesp: evolução histórica, 1942-1991*, Recife, Comunicarte, 1993, p. 477.

del establecimiento de una red de puestos de salud y distribución de la droga anti-malárica atebрина para los caucheros. La construcción de esta red sanitaria en la Amazonía nos muestra cómo el objetivo militar de los norteamericanos, recibió otro significado en Brasil. Esta red significó la ampliación de la presencia material del Estado brasileño en la región, donde médicos y funcionarios del SESP eran, probablemente, los únicos contactos de aquellas poblaciones con el poder público nacional. Tomando en cuenta las observaciones del historiador Charles Tilly sobre la formación de los estados nacionales europeos, podemos sugerir lo importante que fue el papel del SESP en este proceso en el Brasil, como una «organización gubernamental», que estableció «relaciones de rutina con poblaciones» aisladas en la inmensidad del valle Amazónico (16). Además de los aspectos simbólicos representados por la introducción de sistema rutinario de atención a la salud, los efectos de la contratación de funcionarios locales para las unidades de salud creadas por el SESP deben ser resaltados, porque constituyeron un factor muy importante en la creación de lealtades hacia el estado nacional. Estas lealtades se generaron no sólo entre los médicos y administradores enviados desde las capitales, sino entre los funcionarios de menor jerarquía reclutados localmente —guardias sanitarios y enfermeras visitadoras, por ejemplo— cuyas lealtades políticas hasta entonces se limitaban a los oligarcas locales.

Otro indicio de la transformación del diseño original del Programa fue la labor de científicos brasileños y norteamericanos que trabajaban para el SESP. Una de las más importantes aportaciones fue la que realizó el entomólogo brasileño Leônidas Deane que, entre 1942 y 1946, condujo investigaciones en todo el valle Amazónico, clasificando *anofelinos*, evaluando tasas de infección de *plasmodium* en las poblaciones ribereñas y trazando un mapa de la malaria en la región. La investigación científica sobre la malaria no estaba en la agenda original del acuerdo sanitario, pero se hizo inevitable, no sólo para poder cumplir los objetivos de producción del programa, sino

(16) TILLY, Charles. Reflections on the History of European State-making. In: *The Formation of National States in Western Europe*, Princeton, Princeton University Press, 1975, pp. 3-83.

también por la consolidación de una red de profesionales de salud pública, integrada por brasileños y norteamericanos.

La investigación científica sobre la malaria y la construcción de una red de unidades de salud también se extendieron, a partir de 1943, hacia el valle del Río Doce, en el sudeste del país. La demanda de minerales estratégicos llevó a la ampliación del acuerdo hacia las áreas mineras de aquel valle, en los Estados de Minas Gerais y Espírito Santo (17). Este programa también nos indica en qué medida el SESP sirvió a los intereses del régimen Vargas para su proyecto de desarrollo económico y de *state and nation building*. El gobierno brasileño había creado la Compañía Vale do Río Doce para explotar recursos minerales y reconstruir el ferrocarril Vitoria-Minas. Debido a la existencia de malaria y a la falta de infraestructura sanitaria en el valle, el Programa del Río Doce construyó una red de unidades de salud contribuyendo, de esta forma, a la ocupación y explotación económica de la región. La creación de la Compañía minera y la reconstrucción del ferrocarril eran parte de los planes de desarrollo económico del gobierno Vargas, mientras el programa sanitario del SESP, al construir una red material de unidades sanitarias, significó la ampliación del *poder infraestructural* del Estado brasileño en la región (18).

Con el inminente fin de la guerra, el interés por la supervivencia de los acuerdos SESP-IAIA tuvo que encontrar argumentos para justificar su continuidad. En los Estados Unidos, sus defensores señalaban las ventajas económicas del acuerdo, como la ampliación del mercado de productos farmacéuticos y de la industria del saneamiento. Argumentaban, también, que los acuerdos favorecían a los Estados Unidos al crear un «cordón sanitario» al sur del continente.

(17) CAMPOS, André Luiz Vieira de. The Institute of Inter-American Affairs and Its health policies in Brazil during World War II. *Presidential Studies Quarterly*, 1998, 28 (3), 523-534.

(18) Para el concepto de *poder infraestructural* como capacidad del Estado de penetrar efectivamente en la sociedad civil e implementar sus decisiones, véase REIS, Elisa P. Poder Privado e Construção de Estado sob a Primeira República. In: Renato R. Boschi (ed.), *Corporativismo e desigualdade: a construção do espaço político no Brasil*, Río de Janeiro, Rio Fundo Ed./IUPERJ, 1991, pp. 43-68.

Por último, enfatizaban, que el programa bilateral se volvía cada vez más significativo dentro de la nueva coyuntura de la Guerra Fría: si en 1942 se trataba de combatir a los nazis, en 1945, los nuevos enemigos eran los comunistas. Estos argumentos resultaron victoriosos, siendo el acuerdo entre el IAIA y el SESP continuamente renovado hasta 1960. La importancia de aquella experiencia fue tan importante para los *policy makers* norteamericanos, que los proyectos del IAIA inspiraron el programa Punto IV del presidente Truman al final de la Guerra; un gigantesco programa de ayuda bilateral que se ejecutó en varios países.

Con la instalación de la Guerra Fría desde fines de la década de los cuarenta, los Estados Unidos inician un nuevo abordaje de los problemas mundiales, fundamentado en la estrategia de que el «desarrollo» podría erradicar la pobreza y alejar el peligro del comunismo en los países del Tercer Mundo. Esta orientación fue anunciada por Truman al declarar que «la pobreza [de los pueblos]» era una amenaza para los Estados Unidos y «para las áreas más prósperas del mundo», y al señalar que era necesario «volver accesible a los pueblos amantes de la paz, los beneficios de nuestra tecnología, de manera a ayudarlos a realizar una vida mejor (...). Lo que vislumbramos [concluía el Presidente] es un programa de desarrollo» (19). Para alcanzar este desarrollo, las herramientas entonces enfatizadas fueron: capital, tecnología y ciencia, incluyendo en esta última a la medicina.

Es importante recordar que, después de la Guerra, las conquistas científicas en medicina y salud pública crearon un ambiente de «optimismo sanitario», es decir, alentaron la confianza y la creencia que la ciencia y las nuevas tecnologías podían vencer las enfermedades (20). Estas concepciones contribuyeron al establecimiento de una relación entre salud y «desarrollo», donde la salud pública desempeñaba un importante papel, por ejemplo, mediante la erradicación de enfer-

(19) Discurso de asunción de Harry Truman, 20 de enero de 1949, citado por ESCOBAR, Arturo. *Encountering development. The making and unmaking of the third World*, Princeton, Princeton University Press, 1995, p. 3.

(20) Sobre el tema del «optimismo sanitario», GARRETT, Laurie. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, New York, Penguin Books, 1995.

medades —como la malaria— que debilitaban a los trabajadores de los países subdesarrollados. La campaña mundial para la erradicación de la malaria, emprendida por la Organización Mundial de la Salud en 1955, es emblemática de esta perspectiva (21).

La Guerra Fría, según Escobar, provocó en los Estados Unidos, un «redescubrimiento» de la pobreza así como la «invención del subdesarrollo» y del «Tercer Mundo». Rápidamente, la guerra contra la pobreza (cuya gran amenaza era el comunismo) sustituyó a la guerra contra el fascismo. En el descubrimiento de esta «pobreza globalizada», fueron clasificados como países pobres aquellos que no tenían los patrones de riqueza de los industrializados. Con la creación del concepto de «renta per cápita» en 1948 por parte del Banco Mundial, se definió como pobres a todos los países con una «renta per cápita» inferior a 100 dólares. Asimismo, se señaló que el desarrollo económico era la solución a la pobreza del Tercer Mundo. En muy poco tiempo, la ideología del desarrollo se volvió un tema común al discurso de las elites mundiales, inclusive la de los «países subdesarrollados» (22).

La continuidad de los acuerdos IAIA-SESP debe ser entendida en esta nueva coyuntura internacional de Guerra Fría y de expansión de la ideología del desarrollo. Sin embargo, no debemos interpretar esta continuidad solamente a partir de los intereses norteamericanos, pues el proyecto de salud y saneamiento había creado fuertes intereses también en el Brasil. Estos intereses se organizaron en diversos frentes, es decir en la prensa, en las reuniones parlamentarias nacionales y estatales y en eventos científicos, para defender la continuidad de los programas: en la prensa, en el Congreso Nacional. Los defensores del proyecto, en Brasil, subrayaban, entre otras razones, la importancia de continuar el trabajo en salud pública por los efectos benéficos de las relaciones

(21) La relación entre salud y desarrollo es más importante, sin embargo, como principio que como una variable científicamente comprobada. PACKARD, Randall; BROWN, Peter. Rethinking health, development, and malaria: Historicizing a cultural model in international health. *Medical Anthropology*, 1997, 17 (3), 181-194.

(22) ESCOBAR, nota 19, pp. 3-46. Los propios norteamericanos «descubrieron» su pobreza en la década de 1960, resultando de ello el programa «War on Poverty», en la administración Lyndon B. Johnson.

entre el Brasil y los Estados Unidos y, usando el lenguaje de la Guerra Fría, porque favorecían el combate al comunismo. Además de esto, la justificación política de mayor importancia para la supervivencia del SESP era la que señalaba el papel de esta agencia en el proyecto de desarrollo implementado por el Estado brasileño. El aspecto más importante de la estrategia de mantener el SESP fue el papel que la agencia pasó a desempeñar en el Brasil, al proveer servicios de salud pública básica en regiones-foco de proyectos de desarrollo (23). En esta estrategia, observamos la particularidad del tema del desarrollo asociado a la salud: a la salud pública correspondía librar al país de las endemias que se propagaban en el interior y que comprometían la salud y la productividad del trabajador brasileño.

A partir del Plan denominado SALTE, elaborado durante el gobierno de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), los proyectos brasileños de desarrollo pasaron a incorporar el concepto neoclásico de trabajo como «capital humano», considerando la salud del trabajador como una «inversión» y un «factor» de desarrollo (24). En este Plan, se estableció de forma inequívoca la subordinación de las políticas sanitarias al proceso productivo: no sólo se identificaron de forma explícita los bajos niveles de salud de los brasileños como obstáculos al desarrollo económico, sino que se señalaron las políticas de salud como respuestas a las endemias existentes en Brasil (25).

En la década de 1950, con el desarrollismo hegemónico del segundo gobierno Vargas (1951-1954) y el Plan de Metas de la administración Juscelino Kubitschek (1956-1961), el SESP se convirtió en un gran prestador de servicios de salud en las regiones que fueron

(23) Recordemos que este papel ya existía en los planes del gobierno brasileño cuando se firmaron los acuerdos de Washington en 1942.

(24) LAFER, Celso. *JK e o Programa de Metas, 1956-1961: processo de planejamento e sistema político no Brasil*. Río de Janeiro, Ed. FGV, 2002. La teoría del capital humano, según Mushkin, todavía estaba en proceso de formulación a inicios de la década de 1960. MUSSHKIN, Selma J. Health as investment. *The Journal of Political Economy*, 1962, 70 (5), 129-157.

(25) PENA, Maria Valério Junho. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. *DADOS*, 1977, 16, 69-96. SALTE es la sigla para Salud, Alimentación, Transporte y Energía.

objeto de acciones de planificación del Estado brasileño (26). A partir de 1946, el SESP se benefició de los fondos especiales para las regiones «subdesarrolladas» del país, creados por una nueva constitución (27). En 1949, el SESP firmó el primer contrato con estados del nordeste para «organizar servicios de salud pública en áreas de importancia económica y calificar personal para los departamentos de salud estatales» (28). En la década de 1950, con el «desarrollismo hegemónico» del segundo gobierno Vargas (1951-1954) así como en el énfasis en la planificación de la administración Juscelino Kubitschek (1956-1961), el SESP se volvió el gran prestador de servicios de salud en estas regiones (29). El SESP también se expandió con los planes de desarrollo de la Amazonía, implementados a partir de 1953, cuando fue organizada la Superintendencia del Plan de Valorización Económica de la Amazonía, y el SESP recibió fondos constitucionales para organizar servicios de salud en esta región. Los contratos que esta Superintendencia establecía con organismos públicos y privados incluían diversos servicios tales como la construcción de unidades de salud y proyectos de ingeniería sanitaria (30). La ingeniería sanitaria se volvió una de las más importantes áreas de actuación del SESP, tanto en la Amazonía como en el nordeste. Estos programas apoyaban explícitamente a la producción, por ejemplo, enfatizaban que las enfermedades transmitidas por el agua disminuían «la capacidad de trabajo» (31). La continuidad de las políticas desarrollistas, así como el

(26) El Plan de Metas fue el más importante y eficaz plan de desarrollo brasileño de la década. Además de estimular fuertemente la industrialización, el plan tenía como meta-síntesis la transferencia de la capital del país desde Río de Janeiro a Brasilia, que se hizo efectiva en 1960.

(27) Con la caída del Estado Novo en 1945, fue electa una constituyente (1946), creando así nuevos marcos institucionales para la democracia representativa.

(28) Término de finalización general y sumario final del Servicio Especial de Salud Pública. Archivo Histórico de la Fundación Servicio Especial de Salud Pública (en adelante AHFSESP), Casa de Oswaldo Cruz (COC), Serie Administración, carpeta 55, caja 6, p. 4.

(29) Termos do convênio entre a comissão do São Francisco e o SESP. *Boletim do SESP*, 1950, 3, 1, 6-7.

(30) SESP, descripción del proyecto PA-BEL-22, 28-1-1954, AHFSESP, COC, Serie Asistencia Médico-Sanitaria, carpeta 52, caja 24.

(31) First Inter-American Sanitary Engineering Conference. *Health and Sanitation*

papel del SESP, se profundizaron todavía más cuando, en 1959, se creó la Superintendencia del Desarrollo del Nordeste (SUDENE) (32).

En resumen, la continuidad del acuerdo IAIA-SESP después de 1945 se debió a las nuevas funciones que estas agencias desempeñaron, en un mundo marcado por la Guerra Fría, por la «invención del subdesarrollo», por el «redescubrimiento de la pobreza», y por la confianza en la ciencia y la tecnología como instrumentos efectivos para derrotar la enfermedad y la pobreza. La expansión del SESP durante los años cincuenta se debió, sobre todo, a su vinculación con los programas estatales de «desarrollo» elaborados para las regiones más «subdesarrolladas» de Brasil: el Norte y el Nordeste. Esta estrategia le permitió al SESP convertirse en una importante agencia oficial de salud en Brasil. Por último, no podemos dejar de enfatizar que, al llevar la salud pública hacia áreas de frontera económica, el SESP fue un instrumento de expansión de la autoridad del Estado en Brasil. La construcción de una red de unidades de salud, los proyectos de ingeniería sanitaria, así como los programas de cualificación profesional del SESP, favorecieron la ampliación de la capacidad «infraestructural» del Estado y, por lo tanto, fueron fundamentales en la construcción de la autoridad pública en el país.

2. LA LEGITIMIDAD LOCAL Y NACIONAL DEL SESP

Durante la década de 1950, el SESP extendió la construcción de una red horizontal de unidades de salud; una red inspirada en el modelo norteamericano de los centros de distrito. Ya en 1948, en un documento dirigido al Departamento de Estado, el representante del

Division Newsletter, 1946, 96, 3; O engenheiro sanitário olha para a frente. *Boletim do SESP*, 1946, 36, 3.

(32) La SUDENE fue una agencia federal orientada exclusivamente para el desarrollo del nordeste, una región entonces aún dominada por oligarquías latifundistas. Al desarrollar el nordeste, el objetivo de la SUDENE era, además de derrotar el poder de los viejos oligarcas rurales, disminuir también las fuertes tensiones sociales de aquella región que, en la década de 1950, estaban agudizadas por el surgimiento de un movimiento de sindicatos rurales y la lucha por la reforma agraria.

IAIA en Brasil, el médico norteamericano Eugene Campbell, señaló que el nuevo objetivo del SESP era lograr la «aceptación [en el Brasil] de “nuestro” moderno e integrado de abordaje de los problemas de la salud». Su documento tenía una concepción «difusionista», no sólo en cuanto al modelo norteamericano que sería reproducido en Brasil, sino también en la concepción del SESP como agencia especializada, «capaz de “demostrar”» a los estados brasileños cómo era una moderna administración sanitaria (33).

A pesar de la aparente pretensión «civilizadora» de este documento, que puede hacer aparecer que el SESP simplemente «importó» un modelo norteamericano para Brasil, es importante volver al argumento principal de este trabajo. En primer lugar, si es que hubo una influencia norteamericana, no se trató de una simple importación de un modelo; la diversidad cultural, el contexto político y la tradición institucional local, determinaron una «transacción»; un proceso que tuvo dos direcciones. En segundo lugar, como señalamos anteriormente, el SESP estaba plenamente integrado al proyecto varguista de construcción de una nueva nación y de consolidación de la unidad nacional (34). La expansión del modelo horizontal en los departamentos estatales de salud coincidió con las reformas del ministro Capanema. Estas reformas eran parte de un programa de expansión y reorganización de la administración pública, y pretendían centralizar, racionalizar, estandarizar y coordinar acciones en las esferas administrativas del poder público; lo que incluía su capacidad de actuar en todo el territorio nacional (35).

(33) CAMPBELL, Eugene P. Planning for the future of SESP. NARA, Department of Basic Economy, Reports on Planning for the future, (E-138), Box 1499, pp. 2-3. Destacados nuestros.

(34) Para un análisis del proyecto de construcción nacional del Estado Novo véase GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*, São Paulo, Vértice/IUPERJ, 1988; REIS, Elisa. O Estado nacional como ideologia: o caso brasileiro. *Estudos Históricos*, 1988, 1 (2), 187-203.

(35) Para un estudio de las reformas de Capanema ver HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Ângela de Castro Gomes (ed.), *Capanema: o ministro e seu ministério*, Rio de Janeiro, Editora FGV, 2000, pp. 173-193. Ver también el texto de Gilberto Hochman en este número de *Dynamis*.

En este sentido, podemos entender mejor el proyecto de «modernización» de la salud pública elaborado por el SESP como basado en cuatro estrategias: cualificación del personal de salud, educación sanitaria, construcción de una red horizontal, integrada y permanente de unidades de salud, y expansión de esta red en los departamentos de salud estatales.

La estrategia implementada para la cualificación profesional consistió, inicialmente, en el envío de médicos, ingenieros sanitarios y enfermeras hacia los Estados Unidos para que recibieran entrenamiento. A partir de 1944, se enfatizó el entrenamiento profesional de médicos e ingenieros en Río de Janeiro y en São Paulo, mientras que la educación en enfermería se derivaba hacia las nuevas escuelas que el SESP organizó en diversas ciudades. El entrenamiento en los Estados Unidos consistió en cursos de postgrado altamente calificados (36). La cualificación también comprendía la formación de profesionales de nivel intermedio: guardias sanitarios, técnicos de laboratorio, auxiliares de saneamiento, enfermeras auxiliares y visitadoras sanitarias. En sintonía con la expansión de la red de salud permanente en los estados, estos cursos se realizaban en colaboración entre el SESP y los departamentos estatales de salud (37).

A manera de ejemplo de cómo se daba el entrenamiento profesional presentamos el caso de la enfermería. Según el IAIA, la virtual ausencia de enfermeras profesionales era un gran obstáculo para la «modernización» de los sistemas de salud en América Latina y, en este campo, su objetivo era bastante ambicioso: «asegurar la uniformización del modelo de enfermería en el Hemisferio Occidental» (38). El «Programa de Enfermería» del SESP se inició, en 1942, con el envío de enfermeras norteamericanas a Brasil como asesoras en la reorganización de las escuelas de enfermeras. Paralelamente, enfermeras brasileñas recibían becas de estudio en los Estados Unidos.

(36) BASTOS, nota 15, pp. 362-363.

(37) IAIA, Division of Health and Sanitation, Report for May, 1943, Nurses Training Project, NARA, RG 59, Decimal File, 1940-44, Box 4474.

(38) The Nursing Program of Inter-American Cooperative Health and Sanitation Division. *Health and Sanitation Division Newsletter*, 1943, 29, 1.

El Programa también creó nuevas escuelas en Brasil, algunas de las cuales contaron con el apoyo de la Fundación Rockefeller.

Sin embargo, el Programa de Enfermería, a pesar de ser de dimensiones notables, no se dio de la forma planeada por los burócratas de la salud pública —fueran americanos o brasileños—. Las dificultades comenzaban durante el curso de formación: a pesar de la exigencia de dedicación integral, el pequeño valor de las becas de estudio impedía que muchos estudiantes cumplieren con este requisito y completasen el curso (39). Asimismo, cuando las enfermeras se graduaban, los bajos salarios eran un obstáculo para asegurar una dedicación exclusiva. Un indicador de estos problemas fue la queja de 1949 de las enfermeras de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, en la que protestaban por ganar «el menor salario del estado» (40). El problema persistió, pues en 1953, aquellas profesionales apenas trabajaban cinco horas diarias con el fin de disponer de tiempo para ocupar otro empleo y complementar sus ingresos.

Otro problema estaba en el origen social de las profesionales. El Programa de Enfermería, inspirado en la realidad norteamericana, tenía como blanco mujeres de clase media con enseñanza secundaria completa. Sin embargo, en Brasil, el número de buenas posiciones en la carrera era muy limitado, y las jóvenes de clase media que buscaban una educación profesional preferían generalmente el magisterio. Por otro lado, muchas jóvenes de clase inferior a la media, a pesar de sentirse atraídas por la nueva carrera, encontraban barreras culturales y educativas. La escuela de enfermería de Niteroi cerca a Río de Janeiro, por ejemplo, no consiguió matricular ni una sola estudiante en el segundo semestre de 1945; todas fueron rechazadas por no tener la educación secundaria completa (41). En el interior del país, patrones

(39) PINHEIRO, Maria da Rosa. Informe de la División de Enfermería, junio-septiembre de 1953, AHFSESP, Serie Administración, Carpeta 85, Caja 9.

(40) RODOLFO MASCARENHAS para Marcolino Candau, 9 de diciembre de 1949, AHFSESP, Serie Administración, Carpeta 85, Caja 9.

(41) COSTA, Aurora de Afonso. Informe encaminado al presidente y miembros de la comisión administrativa de la Escuela de Enfermería del Estado de Río de Janeiro, 3 de julio de 1946, AHFSESP, Serie Administración, Carpeta 54, Caja 16, pp. 1-6.

culturales y lazos familiares tradicionales también creaban dificultades en los planes del Programa como, por ejemplo, en Manaos, donde las familias no aceptaban el régimen de internado de las estudiantes. En Minas Gerais, en los cursos de formación de visitadoras, las jóvenes sólo eran autorizadas por las familias a presenciar las clases si estaban acompañadas por algún pariente (42).

Para el entrenamiento de «enfermeras visitadoras», se organizaron en las unidades de salud cursos de corta duración (43). Se enseñaba a las visitadoras elementos básicos de higiene y cuidados médicos. Además eran entrenadas para persuadir a las familias que visitaban a abandonar las prácticas curativas tradicionales y a aceptar la medicina científica. Aquí, otra vez, las exigencias iniciales de los planificadores terminaron adaptándose a la realidad local. Este fue el caso, por ejemplo, de las enseñanzas dietéticas que las visitadoras recibían y que debían reproducir. Como éstas eran a veces ajenas a los patrones culturales de las clases populares, terminaron siendo abandonadas. Compromisos y adaptaciones a la cultura popular eran necesarios, siendo el caso de las parteras el más evidente. Las «curiosas», que tradicionalmente habían atendido a las madres en gestación, no pudieron ser excluidas de sus comunidades. A las visitadoras no les quedó más remedio que tratar de controlarlas y cooptarlas a través del entrenamiento.

La educación sanitaria para adultos en el interior de Brasil es también un buen ejemplo de la «antropofagia», por la realidad brasileña, de las estrategias y tecnologías norteamericanas. El alto índice de analfabetismo convertía en inútil, por ejemplo, cualquier material impreso. Incluso la radio tuvo limitaciones en el interior de Brasil, dado el pequeño número de aparatos, el limitado alcance de las estaciones y la falta de energía eléctrica. El cine educativo, a través de películas producidas por Walt Disney, fue más adecuado al público urbano que al rural. Otro tipo de cintas no fueron tan adecuadas

(42) IAIA, nota 37, p. 2.

(43) MINISTÉRIO da Educação e Saúde, Serviço Especial de Saúde Pública, «Programa de Enfermagem», circa 1944. AHFSESP, COC, Serie Administração, Carpeta 39, Caja 4, pp. 3-6.

porque las poblaciones adultas rurales tenían dificultades en seguir el intenso movimiento de imágenes que ocurrían en la proyección de una película(44). Otra respuesta más pertinente a la educación de adultos en la Amazonía, fue el uso de diapositivas sonoras que utilizaban música e imágenes regionales y que eran producidas por técnicos brasileños. Esta técnica, una respuesta local a la idiosincrasia del campo brasileño, permitía que historias con contenido educativo atrajesen al público en las plazas de pueblos pequeños, como parte de las festividades tradicionales comunitarias (45).

El modelo del SESP tuvo una de sus expresiones más visibles en la red horizontal y permanente de unidades de salud. Estas unidades —centros, puestos y subpuestos— proveían diversos servicios, incluyendo la asistencia médica (46). La unidad más importante de la red era el centro de salud que «debería funcionar como un pequeño departamento de salud», es decir, realizar el control de enfermedades, mejorar las condiciones de saneamiento ambiental, dar atención a gestantes y niños, hacer investigación epidemiológica y elaborar las estadísticas vitales, además de proveer educación sanitaria para la población que estaba en su jurisdicción. En las palabras de un dirigente del SESP, los centros de salud deberían ser «polos de irradiación» de un programa orientado hacia la familia (47).

Los centros de salud del SESP seguían el modelo desarrollado en los Estados Unidos a comienzos del siglo XX (48). Sin embargo, una vez más, observamos la adecuación del mismo a la realidad brasileña. Existían dos grandes diferencias entre el modelo horizontal del Brasil

(44) En 1945, el IAIA encomendó a los estudios de Walt Disney un conjunto de películas educativas tituladas *Health for the Americas*.

(45) A experiência dos *slide sounds* na Amazônia. *Boletim do SESP*, 1945, 24, 2.

(46) PENIDO, Henrique Maia. A estrutura sanitária brasileira. *Revista do SESP*, 1958, 10 (1), 185-214.

(47) CRISTOPHERSON, E. H. Os centros de saúde. *Boletim do SESP*, 1945, 21, 1.

(48) Para la descripción de las funciones de los centros de salud en los Estados Unidos véase SMILLIE, Wilson G. *Public health administration in the United States*. 2d. ed. New York, Macmillan Company, 1943; DUFFY, John. *The sanitarians. A history of public health*, Urbana and Chicago, The University of Illinois Press, 1990.

y el de los Estados Unidos: en este país los centros de salud proveían solamente medicina preventiva, mientras que en Brasil ofrecían ambas: preventiva y curativa. Además, mientras que en los Estados Unidos los centros eran organizados y subvencionados localmente; en el Brasil los estados y el gobierno federal —incluyendo en estos niveles de gobierno el SESP— organizaban y financiaban los centros. La inexistencia, en el Brasil, de una sociedad civil organizada y de municipios políticamente fuertes y económicamente autónomos explica en parte esta diferencia. En el Brasil, a pesar de la intención descentralizadora de las unidades de salud, la red horizontal de unidades sanitarias se creó a partir de una «organización descendente», que provenía del Estado y se dirigía al resto de la sociedad. Se trataba de una estructura descentralizada administrativamente, aunque subordinada a una estructura federal altamente normativa y centralizada.

Inicialmente, el SESP intentó ofrecer sólo medicina preventiva en la red, conforme a la orientación del IAIA según la cual la medicina preventiva «debería prevalecer» sobre todas las demás actividades (49). Sin embargo, esto fue imposible en el Brasil donde, frecuentemente, el médico de la unidad era el único que existía en una vasta región. En la Amazonía, una medicina exclusivamente preventiva nunca pudo ser realizada debido a la presión «del gran número de pacientes que venían de las localidades vecinas en busca de atención médica» (50). Frente a esta realidad, el SESP abandonó oficialmente este trazo del modelo original. La Conferencia del SESP, en 1948, decidió que la medicina curativa sería incorporada al sistema, inclusive como estrategia para atraer a la población «influyéndola para la aceptación de las medidas requeridas por la medicina preventiva» (51).

Para extender el modelo, el SESP pasó a demostrar cómo era, a nivel local, la «salud pública moderna», a través de contratos con los

(49) CHRISTOPHERSON, nota 47, p. 5.

(50) SESP, Final summary and completion agreement of project AM-XAP-4. Operation of health center, Xapuri, Acre, Brazil. December, 15, 1950, AHFSESP, Serie Assistência Médico-Sanitária, Carpeta 37, Caja 22, p. 2.

(51) Conferência de organização sanitária realizada no Serviço Especial de Saúde Pública entre 12 e 17 de abril de 1948. *Revista do SESP*, 1948, 1, 1095.

estados brasileños. Éstos se firmaron a partir de 1949, con el objetivo de construir una red permanente de salud «en áreas de importancia económica» (52). En estos acuerdos, el SESP y los gobiernos estatales compartían responsabilidades en la construcción y manutención de las unidades, mientras el SESP ofrecía asistencia técnica, cualificaba personal y administraba, inicialmente, la red. La perspectiva era que los departamentos de salud estatales asumieran total responsabilidad por la red en el mediano plazo, cuando éstos tuvieran la capacidad financiera y técnica (53).

Otra experiencia local fue implementada a partir de 1954: a través de convenios con los estados se crearon los Servicios Cooperativos de Salud, concebidos como «agencias especiales» dentro de los departamentos estatales de salud. Financiados por el SESP, y por el estado que había firmado el convenio, tenían como objetivo «modernizar la administración sanitaria» y formar personal. Un sanitarista nombrado por el SESP dirigía el servicio hasta que el estado asumiese esta responsabilidad (54). Con este modelo, el SESP reproducía en los estados brasileños su relación original con el IAIA. Los convenios entre el SESP y los departamentos estatales de salud reforzaron las directrices de la reforma sanitaria implementada por el Ministro Capanema, dictadas a mediados de los años treinta. Con esta reforma el gobierno federal se propuso fiscalizar la salud, estandarizar normas técnicas y administrativas, y extender su actuación por todo el territorio nacional (55). En síntesis, al expandir la red en las regiones-foco de los proyectos de desarrollo y al afirmar los convenios donde cualificaba personal y estandarizaba normas técnicas y administrativas sanitarias, el SESP

(52) PENIDO, Henrique Maia. O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil. *Revista do SESP*, 1959, 10 (2), 355-356.

(53) Muchas veces, sin embargo, las unidades permanecían con el SESP debido a la falta de cumplimiento de los estados. A batalha contra as doenças e o exército da saúde. *Boletim do SESP*, 1951, 17, 2.

(54) PENIDO, nota 52, pp. 355-356.

(55) Hochman y Fonseca analizan el papel de las Conferencias Nacionales de Salud como espacio de articulación entre los gobiernos estatal y federal, en el campo de la unificación de normas técnicas en salud. HOCHMAN; FONSECA, nota 35, pp. 173-193.

se integraba en el proyecto de construcción del Estado nacional; una característica importante de la así llamada Era Vargas.

3. *EL MODELO HORIZONTAL INTEGRADO Y EL MODELO VERTICAL*

Aunque los primeros relatos históricos del SESP asocian el modelo de la red horizontal permanente al SESP, en realidad los centros de salud ya existían en Brasil con alguna anterioridad. Para comprender plenamente el papel que le tocó jugar al SESP en términos de la estructura administrativa nacional es necesario remontarse brevemente a un periodo anterior al que hasta ahora ha sido tratado. Castro Santos y Lina Faria han llamado la atención sobre el papel que tuvo la Fundación Rockefeller en la difusión de este modelo en Sao Paulo donde, con la reforma sanitaria de 1925, los centros de salud se convirtieron en el eje de toda la estructura de salud pública en el estado (56). En este sentido, São Paulo desarrolló, desde el período político de la *República Velha* (1889-1930), un modelo de administración sanitaria autónomo en relación con los servicios de salud federales del resto del país, y que fue promovido en otros estados (57). De acuerdo con Barros Barreto, fue a partir de 1934 que el Departamento Nacional de Salud incorporó el sistema de centros de salud a la estructura de la administración sanitaria federal (58).

La referencia de Barreto al año de 1934 se explica porque fue a partir de la administración del Ministro Capanema (1934-1945) cuando el Ministerio de Educación y Salud Pública, creado en 1930,

(56) FARIA, Lina Rodrigues. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2002, 9 (3), 561-586; SANTOS, Luís Antônio Castro. A Reforma Sanitária «Pelo Alto»: O Pioneirismo Paulista no Início do Século XX. *DADOS*, 1993, 36 (3), 561-392.

(57) SANTOS, nota 56; HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

(58) BARRETO, João de Barros. A organização da saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*, 1942, 12 (2), 170. Destacado nuestro.

pasó a tener objetivos definidos tanto en su política social como en su estructura administrativa. Fue precisamente la reforma sanitaria de Capanema la que consolidó una estructura administrativa centralizada. Se crearon entonces las Delegaciones Federales de Salud, los Servicios Nacionales y las Conferencias Nacionales de Salud. Las Delegaciones supervisaban las actividades de colaboración entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. La dictadura del Estado Novo (1937-1945) de Vargas facilitó la centralización, acentuando la presencia del gobierno federal en los estados (59).

La presencia del gobierno federal en los estados, justificada con el objetivo de buscar la «eficiencia y uniformidad» en los servicios de salud, se hacía también por una indicación, de la Dirección Nacional de Salud, para ubicar y reclutar a sanitaristas formados como tales para dirigir los departamentos de salud estatales (60). Esta dirección centralizadora en el ámbito político-administrativo federal se combinaba, en el otro extremo de la administración, con la descentralización ejecutiva en las unidades de salud. De estas unidades, la más importante era el centro de salud que, en palabras de Barreto, «es la unidad polivalente que, sirviendo a un área determinada», realizaba el «control de las enfermedades transmisibles, la protección médico-sanitaria de la gestante y del niño, el saneamiento y la policía sanitaria de las viviendas y las calles, del trabajo, de la alimentación y los exámenes periódicos de salud» (61). En 1942, existían 552 unidades de salud operando en los departamentos de salud estatales, entre ellas, 54 centros de salud, 194 puestos y 340 subpuestos. Todos estaban organizados en los 350 distritos sanitarios y todos bajo la supervisión de la Dirección Nacional de Salud (62).

Como mencionamos anteriormente, el modelo de administración sanitaria fundamentado en la red horizontal y permanente de unida-

(59) HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: Dulce Pandolfi (ed.), *Repensando o Estado Novo*, Río de Janeiro, FGV, 1999, pp. 73-93.

(60) BARRETO, nota 58, p. 205. Otra alternativa sería el nombramiento de técnicos federales, para asesorar a los directores estatales.

(61) BARRETO, nota 58, p. 208.

(62) BARRETO, nota 58, p. 210.

des de salud ya había sido reafirmado en la estructura federal, con la reforma impulsada por Capanema. En este sentido, el trabajo del SESP consistió en extender este modelo, especialmente en las áreas rurales, que fueron el blanco de los proyectos de desarrollo del Estado brasileño. Por ello, no se produjo un conflicto entre la actuación del SESP y la actuación del DNS, aunque sí un paralelismo en sus actividades. Es posible especular que existía, informalmente, una división del trabajo entre los espacios de actuación del Departamento Nacional de Salud y los del SESP. Mientras que las unidades de salud de esta agencia estaban localizadas en el universo rural, los centros de salud de la Dirección Nacional de Salud estaban localizados en las capitales brasileñas o en las regiones periféricas a las mismas (63).

Sin embargo, el modelo de la red horizontal de unidades sanitarias no era el único existente en la administración brasileña. Otro modelo, encarnado en los Servicios Nacionales, consistía en una serie de agencias centralizadas y verticalizadas, que estaban especializadas en el combate de una enfermedad específica. Este modelo también fue institucionalizado en la estructura federal de salud que resultó de las reformas de Capanema. Podemos encontrar el origen de este modelo en la administración de Oswaldo Cruz en el Departamento General de Salud Pública (1903-1909), cuando este desplegó campañas contra la fiebre amarilla y la viruela. Sin embargo, los siguientes años, las campañas verticales no tuvieron un carácter permanente ni eran de responsabilidad del gobierno federal. Hasta la década de 1920, como ha señalado Hochman, las campañas sólo contaban con la ayuda del gobierno federal y generalmente se limitaban a los casos de epidemias, cuando los gobiernos estatales se mostraban incapaces de combatirlos. A partir de 1920, las acciones federales pasaron a tener, a través de instrumentos legales y financieros, una mayor presencia en los estados (64). Aunque, hasta 1935, en realidad, las políticas federales de salud continuaban restringidas a la ciudad de Río de Janeiro. La práctica de lanzar campañas, realizadas

(63) Los estados de Río Grande do Sul y Río de Janeiro eran los únicos que tenían centros de salud en el interior, siendo que, de los cinco centros de Río Grande do Sul, tres estaban en la capital y dos en el interior. En el Estado de Río, existía apenas un centro de salud en el interior. BARRETO, nota 58, p. 211.

(64) HOCHMAN, nota 57.

sólo en caso de epidemias, persistió hasta la segunda reforma de salud de Capanema que ocurrió en 1941. Un buen ejemplo de este tipo de programas fue el Servicio de Malaria del Nordeste (que funcionó entre 1938 y 1941) como resultado de un convenio entre el gobierno federal y la Fundación Rockefeller para erradicar un peligroso vector de la malaria que se había introducido desde el África, el *Anopheles gambiae*. Terminada la tarea, el Servicio fue liquidado, transfiriéndose parte de sus técnicos y de sus equipos al SESP.

La relación entre este tipo de programas verticales y el modelo horizontal que promovía el SESP puede comprenderse mejor comparando las dos reformas que impulsó Capanema. Con la reforma de 1935-1937, la centralización de la salud pública avanzó con la transformación del Departamento Nacional de Salud en la agencia federal responsable de la implementación de políticas normativas y uniformizadoras en todos los estados brasileños. En la reforma de 1941, hubo mayor profundización de la centralización político administrativa, con la creación de los Servicios Nacionales de Salud —una serie de 13 agencias federales, encargadas de combatir enfermedades específicas en todo el territorio nacional. Estos servicios institucionalizaron y centralizaron verticalmente, bajo la Dirección Nacional de Salud, las campañas sanitarias que hasta entonces eran ejecutadas de forma aislada y autónoma, muchas veces sin continuidad.

El gobierno federal, a partir de la dictadura Varguista del *Estado Novo* (1937-1945), nombró sanitaristas para dirigir los departamentos de salud estatales y los Servicios Nacionales, garantizando lealtad política y promoviendo un patrón uniforme de acciones técnicas y administrativas. Esta intervención sanitaria federal marcó, de alguna manera, una ruptura con la tradición de la *República Velha*, cuando se celebraban contratos entre el gobierno federal y los estados, y en los que estos últimos tenían cierta autonomía. Sólo después de la caída del Estado Novo, en 1945, y bajo la nueva constitución democrática de este año, la práctica de los acuerdos sanitarios entre el gobierno federal y los estados fue retomada, siendo los acuerdos del SESP con los gobiernos estatales un ejemplo de ello (65).

(65) HOCHMAN y FONSECA indican, sin embargo, que incluso durante el auto-

Más allá de este carácter centralizador y normativo, la reforma de 1941 procuró establecer métodos de control y supervisión, a través del trabajo conjunto entre la Dirección Nacional de Salud, las delegaciones federales y los departamentos estatales de salud. Es decir, había una preocupación por la continuidad y consistencia de las actividades sanitarias preventivas. Con esta reforma, el gobierno federal reafirmaba que le correspondía encargarse de la salud pública en el combate contra las endemias comunes a la mayoría de la población brasileña. Por todo lo anterior, las reformas sanitarias de Capanema significaron la incorporación de la salud pública al proyecto de *state and nation building* del primer gobierno de Vargas (1930-1945), no sólo a través de la centralización y estandarización técnico-administrativa, sino también a través de la ampliación de la presencia en acciones sanitarias de rutina en regiones del país en donde hasta entonces no existían o eran bastante raras (66).

Como resultado de la combinación de las reformas de Capanema y de las actividades del SESP, ambos modelos de administración sanitaria empezaron a coexistir en la estructura federal: el modelo vertical permanente, representado por los Servicios Nacionales institucionalizados en 1941, y el modelo horizontal de unidades de salud, representado no sólo por el SESP, sino también, como mencionamos, por los centros de salud directamente ligados a la Dirección Nacional de Salud. El modelo de los Servicios Nacionales tenía una estructura vertical y centralizada y estaba compuesto por agencias especializadas en combatir y prevenir enfermedades específicas. Por otro lado, el modelo horizontal permanente, vinculado a los departamentos estatales de salud, estaba formado por una red integrada de unidades sanitarias, orientada hacia acciones de rutina. El SESP contribuyó a expandir el segundo modelo, a través de su política de llevar salud

ritarismo del Estado Novo, existían foros, como la I Conferencia Nacional de Salud de 1941, donde las políticas normativas y centralizadoras del gobierno federal eran pactadas con profesionales de la salud y autoridades estatales. Véase HOCHMAN; FONSECA, nota 35, p. 190.

- (66) HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: Helena Bomeny (org.), *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*, Río de Janeiro, FGV, 2001, p. 140.

pública básica a los estados más «subdesarrollados» del país, firmando convenios para «modernizar, racionalizar y estandarizar» la administración sanitaria, y calificando personal local en el área de salud pública. En este sentido, su trabajo estuvo plenamente en sintonía con las políticas sanitarias de la Era Vargas así como con el proyecto de fortalecimiento del Estado nacional. Ambos modelos —el vertical y el horizontal permanente— son complementarios de este proceso, puesto que ambos contribuyeron con la institucionalización de la salud pública en Brasil. Ambos fueron instrumentos utilizados por el Estado para afirmar su jurisdicción y defender su legitimidad. Ambos fueron herramientas de expansión del poder público en Brasil.

La coexistencia de estos modelos es un elemento adicional para reafirmar la existencia de una «transacción» entre las tradiciones sanitarias norteamericana y brasileña que mencionamos al comienzo de este trabajo. El SESP no significó simplemente la importación de un modelo norteamericano de administración sanitaria. Los *policy makers* norteamericanos, inspirados en la realidad de su país, eran contrarios a un modelo puramente vertical; que en cambio sí estaba vinculado a la tradición sanitaria brasileña. Cuando se produjo la reformulación del papel del SESP durante la posguerra, el IAIA pretendía que Brasil adoptase la perspectiva «moderna e integrada» norteamericana. Esto significaba inicialmente para Campbell, el representante del IAIA, la adopción del modelo de la red horizontal integrada que reemplazase a los servicios nacionales verticalizados, que fueron institucionalizados en la reforma de 1941. Campbell consideraba que la administración sanitaria brasileña era «ineficiente y onerosa» por estar formada por servicios nacionales especializados «sin ninguna colaboración entre sí y sin vinculación con los departamentos estatales de salud» (67). Varios años después, en 1958, el entonces superintendente del SESP, Enrique Maia Penido, repitió las críticas de Campbell al lamentar que Brasil todavía no había desarrollado plenamente una «estructura permanente de salud» debido a la insistencia del gobierno federal

(67) CAMPBELL, nota 33, pp. 2-3. La crítica de Campbell según la cual no había colaboración entre los Servicios y los departamentos de salud estatales es equivocada. Esta colaboración estaba clara en la reforma Capanema y puede ser confirmada en el texto de Barros Barreto. Véase BARRETO, nota 58.

de mantener los Servicios Nacionales, enfatizando que el modelo vertical era «oneroso e ineficiente». La alternativa, afirmaba Penido, era expandir una «estructura sanitaria permanente» integrada a los departamentos estatales de salud (68). Sin embargo, a pesar de estas críticas, las condiciones locales —especialmente la tradición brasileña de campañas centralizadas— hicieron posible la coexistencia y la colaboración entre los dos modelos, integrados en la estructura administrativa federal.

Es importante recordar que la caída del Estado Novo en 1945 y la institucionalización de la democracia representativa liberal en 1946, con el subsiguiente reconocimiento de la autonomía de los estados, no interrumpió el proceso de ampliación de la autoridad federal en Brasil. El Estado planificador, agente de la modernización y del «desarrollo» del país, no desapareció con la deposición de Vargas en 1945. La «Era Vargas», con su proyecto nacional-estatista, sobrevivió inclusive al suicidio de Vargas en 1954, cuando ocupaba la presidencia después de las elecciones de 1950 (69).

Por lo tanto, durante toda la década de 1950, la continuidad de los proyectos de desarrollo del Estado brasileño significó también la continuidad de la ampliación de la autoridad pública estatal y, en este proceso, los dos modelos de administración sanitaria que coexistían en el país —el vertical y el horizontal— siguieron desempeñando un papel importante en el fortalecimiento de la autoridad pública. De hecho, desde el punto de vista de la administración sanitaria, la organización diseñada por Capanema no experimentó mayores alteraciones hasta 1953 cuando fue creado el Ministerio de Salud. En realidad, la reforma que resultó en la creación del Ministerio, realizada durante el segundo gobierno Vargas, no alteró substancialmente la estructura de la salud pública heredada del *Estado Novo*. Con la creación, en 1956, del Departamento Nacional de Endemias Rurales (conocido como DNERu), la estructura administrativa desarrollada

(68) PENIDO, nota 46, pp. 203-4, 213.

(69) Incluso durante la dictadura militar (1964-1984), mucho de la herencia de Vargas permaneció: un Estado fuerte, centralizado, desarrollista y apoyado en estructuras corporativas construidas en el Estado Novo.

por Capanema sufrió su primer cambio significativo, aunque ello no significó el abandono de la orientación centralizadora. En realidad, el trazo centralizador de la sanidad sólo sería alterado en la década de 1980, después del fin de la dictadura militar que gobernó entre 1964 y 1984.

4. *CONSIDERACIONES FINALES*

A pesar de haber sido originalmente pensado por el gobierno norteamericano como una agencia temporal, el SESP no se limitó a ese papel. Tanto en su gestación como en su evolución pesaron las consideraciones de los brasileños que insistían en el papel que debía cumplir el SESP en el desarrollo económico. El contexto político e institucional en el cual el SESP fue creado fue también fundamental para entender un proceso lleno de conflictos, negociaciones y transacciones. En 1942 había una dictadura nacionalista en el Brasil, con un gobierno envuelto en un proyecto de desarrollo económico y fortalecimiento del Estado nacional. Además de esto, Brasil ya contaba con una tradición de investigación biomédica, que se remontaba a fines del siglo XIX, y con una administración sanitaria federal, especialmente evidente a partir de los años veinte. Con el término de la Segunda Guerra, los objetivos del programa de saneamiento fueron repensados de acuerdo con la nueva coyuntura internacional de Guerra Fría y de estímulo al «desarrollo» de los países del Tercer Mundo. El «desarrollo» como camino para vencer la pobreza y combatir el comunismo se convirtió en la nueva orientación de la política exterior norteamericana y, en este contexto, los gobiernos norteamericanos valoraron la importancia política de los programas bilaterales del IAIA. A esto se suma el «optimismo sanitario» formado a partir de las nuevas conquistas médicas y sanitarias, lo que alentó la idea que la ciencia y la tecnología podían vencer las enfermedades que inhibían la productividad del trabajo y el «desarrollo» de los países pobres. Pronto, la ideología del desarrollo se volvió un tema común en los discursos de las elites mundiales, inclusive la de los países llamados «subdesarrollados». De esta manera, los acuerdos IAIA-SESP fueron renovados hasta 1960.

La manutención del SESP significó la inserción de esta agencia durante los años cincuenta en los planes de desarrollo del Estado brasileño en las regiones más pobres del país. Cabía al SESP llevar «salud pública básica» a las regiones-foco de los proyectos desarrollistas y, en este sentido, ser un instrumento de expansión de la autoridad pública en Brasil. Asimismo, el trabajo del SESP fue fundamental en el proceso de fortalecimiento de la «capacidad infraestructural» del Estado brasileño; permitió extender una red horizontal y permanente de unidades de salud, especialmente en el norte y nordeste del país. A pesar de la intención original del IAIA de hacer del SESP un instrumento de aceptación nacional en el Brasil del modelo de administración sanitaria norteamericano, el SESP no fue una camisa de fuerza sino que generó otro modelo. Esto significó que las intenciones civilizadoras y difusionistas del IAIA fueron revisadas y negociadas, creándose respuestas locales adecuadas a la realidad brasileña. Esto fue particularmente evidente en las concepciones sobre las funciones, organización y financiamiento de los centros de salud y en la propia convivencia entre dos modelos de administración sanitaria en Brasil: el horizontal y el vertical. Finalmente, cabe resaltar que la expansión del modelo de la red horizontal e integrada de unidades de salud, promovida por el SESP, coincidía con las reformas de los departamentos de salud estatales y a la estructura de la administración sanitaria federal impulsada durante la primera reforma Capanema (1935-1937). En este sentido, el SESP contribuyó a una estrategia política más amplia de construcción y expansión de la autoridad pública en Brasil.