

La experiencia de medicina preventiva integrada a la clínica. Hospital San Francisco de Borja 1963-1973

Teaching preventive medicine in a clinical setting. San Francisco de Borja Hospital 1963-1973

Dr. Yuri Carvajal Bañados¹

Resumen

Este trabajo intenta comprender la experiencia de medicina preventiva integrada a las clínicas², realizadas entre los años 1963 y 1973, en el Hospital San Francisco de Borja. El análisis busca conocer sus contenidos, su marco teórico, sus participantes, sus antecedentes y algunas de sus posibles implicancias para la salud pública actual. Como introducción al estudio mismo, realizó una revisión parcial de los vínculos entre historia y salud pública en el contexto americano y un recuento de las búsquedas historiográficas relevadas por el "giro lingüístico" y las tensiones entre memoria e historia. De esta revisión y recuento se da cuenta en otro artículo.

Palabras clave: Historia de la Salud Pública, medicina preventiva.

Abstract

This paper attempts to understand the experience of integrated medicine clinics, between the years 1963 and 1973 in San Francisco de Borja Hospital. The analysis seeks to know its contents, its theoretical framework, its participants, their background and some of its possible implications for public health today. As an introduction to the study it conducted a partial review of the links between history and public health in the American context and an overview on historiographic controversy caused by "linguistic turn" and the tensions between memory and history. This review is the subject matter of another paper.

Key Words: Public health history, preventive medicine

LA EXPERIENCIA DE GUSTAVO MOLINA, DOS EVALUACIONES Y UN BALANCE

Entre 1963 y 1973 a partir de la carrera de medicina de la Universidad de Chile se realizó una particular experiencia para integrar salud pública a la enseñanza clínica de la medicina. Inicialmente esta actividad consistió en romper desde la medicina preventiva, la estructura clásica de organización de cátedras personales. También se intentaba ir más allá del ciclo básico de formación, es decir de los ramos de bioestadística (96 horas) y el programa de orientación médica de 33 horas en primer año, para tener presencia en ó como parte del ingreso de los estudiantes al ciclo clínico, con las actividades de semiología de tercer año y los ramos propiamente clínicos de cuarto. También se complementaba el ramo de medicina preventiva de 216 horas que tradicionalmente se dictaba en sexto año de la carrera, antes del inicio de los internados. Pero la transformación propuesta implicaba trasladar la docencia de salud pública al hospital, al consultorio y también al domicilio de los enfermos. Y quizás su nota más provocadora, incorporar a los científicos sociales dentro del mundo clínico: sociólogos y psicólogos.

Recibido el 2 de marzo 2009. Aceptado el 10 de mayo de 2009.

1 Médico-Cirujano, Magíster en Salud Pública Universidad de Chile, Magíster en Gerencia Pública, Universidad de Chile, Profesor de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Correspondencia a: Ycarvajal61@hotmail.com

2 La palabra clínica tradicionalmente alude a la atención al lado del lecho (clinos) del enfermo, pero de un modo mas general y creo que es el sentido de lo que hizo Molina, al vínculo personalizado entre tratante y enfermo

Este trabajo se propone recopilar los antecedentes y el desarrollo de esta experiencia, las comunicaciones científicas a que dio lugar, así como el balance de algunos de sus participantes. Para este último efecto hemos considerado tres momentos, el Balance contemporáneo a la actividad registrado en 7 publicaciones del gestor de la iniciativa Gustavo Molina, que datan del momento de realización de esta experiencia y 3 realizadas por otros autores. Luego hemos considerado un momento de evaluación tardía, tras el golpe de estado que interrumpe esta experiencia, a través de 4 publicaciones. Y finalmente, el balance actual o tardo tardío, realizado en base a 5 entrevistados (Rubén Gamboa, Rene Ibáñez, Gloria Molina, Eduardo Morales y Luis Weinstein,) y un contacto a través de internet con Oscar Soto, en el exilio.

I. ANTECEDENTES

Es difícil situar el origen de la vinculación entre ciencias sociales y salud pública. Sin duda, es necesario revisar los desarrollos tempranos de las ciencias sociales, en particular de la sociología en Chile, y a la vez, la recepción de esos esfuerzos en el mundo académico de la salud. Esta necesaria delimitación nos pone un horizonte de diálogo entre disciplinas, perspectiva difícil de encontrar en el pensamiento social médico previo a los años 40.

La salud pública chilena académica surge vinculada esencialmente a las dos grandes escuelas de salud pública alentadas por la fundación Rockefeller: John Hopkins y Harvard. Son estos becarios los que naturalmente incorporan ciencias sociales a su bagaje y buscan materializarlo en la formación de sus alumnos, en el ramo de medicina preventiva. La tradición de actividades en terreno de los alumnos de medicina, tiene en esos años a Amador Neghme y la cátedra de parasitología como uno de los impulsores prácticos de esta inquietud intelectual en los estudiantes.

Un hito en esta vinculación de salud pública y ciencias sociales, se plasma en la discusión realizada en torno a la formación de los médicos³ a fines de los años 50 y principios de los 60. La revista Cuadernos Médico Sociales

surgió precisamente a la luz de este debate en 1958 animado por la convergencia entre el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Universidad de Concepción y el Servicio Nacional de Salud. Los 6 primeros números de esta publicación surgieron como un mecanismo para divulgar los documentos que permitían alimentar este debate. La discusión misma se realizó del 20 al 24 de septiembre de 1960. Una de las principales conclusiones de este seminario fue la necesidad de integrar la presencia de las ciencias sociales a la formación de los estudiantes de medicina. Influencias procedentes de instituciones como la Organización Mundial de la Salud a principios de los 60 y de la Organización Panamericana de la Salud a fines de los 50 y por supuesto de las ciencias sociales de Estados Unidos tuvieron también un efecto sobre el debate (1).

Se producen vinculaciones internacionales con los salubristas herederos de la tradición de Sigerist, como Milton Terris y con los estudios de sociología médica, así como con los sociólogos y psicólogos locales como Adela Berdichewsky, Carlos Descouvières.

El esfuerzo aquí estudiado no puede comprenderse como una experiencia aislada, sino como la constitución de una comunidad científica a nivel nacional. Desarrollos semejantes se realizaron en el Hospital Barros Luco, en la atención primaria de la zona norte y luego Hospital del Salvador con Carlos Montoya y Roberto Belmar (2), y en las carreras de medicina de Valparaíso y Concepción con el trabajo de Hernán San Martín (3). Se trata de la maduración de una comunidad intelectual vinculada por lazos de amistad profundos. Finalmente, es un signo de la época que la identificación de ciencias sociales se limite casi exclusivamente a la sociología (4). No hubo presencia de antropólogos, ni economistas, ni historiadores.

Gustavo Molina fue una de las personas que animó el primer seminario de formación profesional en 1960, a partir de su experiencia en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal había destacado precisamente la necesidad de vincular experiencia clínica, ciencias sociales y docencia (5). El seguimiento de los debates al interior de OPS OMS y la comunicación de los mismos en Cuadernos Médico Sociales reafirma esta orientación.

Uno de los aspectos mas relevantes en este desarrollo tiene expresión en la Declaración de Principios sobre

³ Es muy posible que esta discusión ocurriera en otras carreras. De hecho en Servicio Social debe haber antecedido a lo que aquí se presenta. Pero en enfermería, obstetricia la presencia de este debate permanece aún por estudiar.

los objetivos de la Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile de 1960, varias veces citadas como antecedente y que señala:

“Capacitar al estudiante para aprender por sí mismo, ayudándolo a:

- comprender al hombre en su compleja unidad biológica, psíquica y social;
- estimular actitudes de servicio público, de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y

Desarrollar actitudes de comprensión de las necesidades del enfermo y de respeto de su dignidad humana”

Esta declaración no sólo guiará esta actividad, sino que vinculará medicina preventiva integrada a las clínicas con Reforma Universitaria y con las transformaciones sociales de la época.

En efecto, se reconoce que la transformación institucional de la Universidad de Chile no se inició súbitamente en 1968 con la Reforma, sino que tiene sus antecedentes en un cambio gradual de la enseñanza iniciado en 1960 como hemos señalado: “De acuerdo a esta línea de análisis, se puede explicar que la reforma no estalló y adquirió mayor violencia en aquellas escuelas o facultades más atrasadas o estancadas, sino en aquellas que habían tenido o estaban impulsando un proceso de modernización, pues en ellas se había producido una mayor modernización en académicos y estudiantes sobre las ventajas del cambio universitario” (6). Estos cambios parecen haberse iniciado desde la Facultad de Medicina y especialmente, desde Salud Pública. Dos protagonistas de esta experiencia: Claudio Jimeno y Eduardo Paredes, culminan trágicamente sus vidas en la Moneda el 11 de septiembre de 1973, Claudio Jimeno es hecho prisionero y hasta hoy desaparecido y Eduardo Paredes se suicida.

II. CONTENIDOS Y PARTICIPANTES DE LA EXPERIENCIA:

La iniciativa de esta experiencia se emprende según sus protagonistas a partir de Octubre de 1963, haciendo efectivo su desplazamiento físico con la instalación del equipo en el segundo piso del Hospital Francisco de Borja, de su ala B, en los recintos de Educación Sanitaria. Estaba situados muy próximos a la capilla, patrimonio religioso

que constituye la única presencia actual del Hospital. A partir de abril de 1964 se inicia la actividad con los alumnos de tercero y cuarto, “para ayudar a desarrollar... los conocimientos, destrezas y actitudes”:

1. Conocimiento de cada enfermo como persona, sus condiciones psicológicas, culturales y sociales, como base de una adecuada relación médico-paciente, y para el mejor diagnóstico y tratamiento del caso
2. Interrelaciones de las enfermedades más frecuentes y los factores ambientales. Aplicación de los principios y técnicas estadísticas y epidemiológicas aprendidos en años anteriores, a los cuadros clínicos estudiados
3. Medidas de “prevención secundaria” que puede aplicar un médico práctico para evitar recidivas, secuelas e invalideces, en los enfermos de hospital o consultorio. Incluye medidas específicas frente a cada enfermedad y aquellas de carácter general en cuanto a: nutrición, viviendas, condiciones de trabajo, alcoholismo y otros hábitos, rehabilitación, etc.
4. Prevención de enfermedades y fomento de la salud individual y familiar; práctica de inmunizaciones y exámenes de salud para el diagnóstico precoz; uso de los recursos organizados de salud y bienestar.
5. Trabajo en equipo: comprensión del rol del médico y personal de salud como base para su colaboración en la atención de los pacientes.
6. Comprensión de las implicaciones económicas de la atención médica incluyendo sistemas de organización y financiamiento, duración y costo de la hospitalización, uso de los beneficios previsionales, valor de la prevención.
7. Principios y técnicas de comunicación, con especial referencia a la educación de los pacientes sobre su enfermedad y la salud individual y familiar, prácticas de entrevistas, charlas y preparación de materiales audiovisuales”. (7)

Una cuestión a destacar en esta propuesta, es la de la integración de las ciencias sociales. Se trata esencialmente de la sociología, especialmente de la vertiente funcionalista procedente de Estados Unidos (Parsons y Merton visitaron la Escuela de Sociología en esos años) y de la Sociología Médica (profusamente publicada en los primeros números de Cuadernos Médicos Sociales).

Por un lado, resultaba importante el análisis de roles e instituciones, sobre todo del autoritarismo médico (trabajo de Claudio Jimeno profusamente mencionado, pero hasta ahora nunca citado y/o encontrado). Cuestión que parece haber generado más de un conflicto al interior de la experiencia. Por ejemplo, en el tardío balance de 1978 se reconoce que las acciones de los sociólogos “se orientaran a satisfacer necesidades específicas y a solucionar problemas muy concretos. La legitimación de estas disciplinas implicaba demostrar su utilidad a corto plazo desvirtuando o demorando así una definición mas global y teórica de las relaciones entre las ciencias sociales y la salud” (8). Molina también escribe “Se podrán ahora utilizar las limitadas investigaciones dentro de algunos Servicios sobre estructura formal y relaciones informales y sobre actitudes de personal auxiliar y profesional.. Ha habido constantemente algún interés en este tipo de investigaciones. Pero parece que ha sido cuerda la decisión de postergarlas.” (9) De esta tensión da cuenta también la necesidad de organizar un seminario en 1965 para “promover un mayor interés de los monitores por la enseñanza de los aspectos preventivos en el trabajo diario con los estudiantes” (10)

Por otro, cuando se habla de integración se pretende decir justamente que la sociología vaya a la clínica. Molina hace una analogía con ciencias básicas como la bioquímica por ejemplo” (11). Montoya a la vez, señala que esta integración propone una “Medicina Integral o Nueva Medicina”, ya que supone de antemano que “la Medicina es esencialmente Ciencia y Técnica Social” y que “Los procesos característicos de la medicina son el diagnóstico y el tratamiento. Ambos tienen siempre un componente social” (12)

A partir de esta presencia interdisciplinaria, rápidamente los diálogos y la integración se extendieron a internos, becados y residentes (13), como asimismo a la formación en investigación en ciencias sociales para las carreras de enfermería y obstetricia.

El equipo que realizó esta actividad tiene tres orígenes. Por un lado se trata de los equipos clínicos y especialmente de los jefes de servicio, identificados por Soto como “profesores distinguidos y progresistas (14)”. Todos los entrevistados coinciden en recalcar la capacidad que tuvo Molina para seleccionar el lugar de su experiencia y para

integrar a estos académicos contemporáneos suyos a su renovador proyecto.

Una segunda vertiente, fue la nueva generación médica, constituida por miembros de salud pública o de clínica que se integraron a esta actividad como Luis Weinstein, Rubén Gamboa, Oscar Soto.

Un tercer grupo humano es el conformado por los sociólogos, los que constituyeron una verdadera cohorte teórica. La integración de este grupo humano y su unidad cultural paradigmática, constituyeron uno de los pilares de la actividad.

- Francisco Rojas Villegas (A) Cardiólogo
- Florentino Hermosilla
- Miguel Hermosilla (B)
- Oscar Román Cardiólogo
- Alfredo Estévez Cirugía
- Adolfo Escobar Cirugía
- Héctor Valladares Neurocirujano
- Luis Tisné Obstetricia
- José Bauzá Pediatría
- Miguel Llodrá Pediatría
- Claudio Ferrada Pediatría
- José Quiroga Cardiólogo (B)
- Rafael Darricarrere Microbiólogo
- Oscar Soto Cardiólogo
- Gustavo Molina Salubrista
- Eduardo Paredes Cirujano
- Patricio Arroyo Nefrólogo
- Rubén Gamboa Pediatra
- Luis Weinstein Psiquiatra
- Eduardo Morales Sociólogo
- Claudio Jimeno Sociólogo
- René Ibáñez Sociólogo
- Gloria Molina Psicóloga
- Teresa Faúndez Educadora Sanitaria
- Rebeca Parra Estadística

Uno de los aspectos considerados centrales y un verdadero logro en esta experiencia, fue la Ficha Epidemiológica Social. En las evaluaciones contemporáneas siempre aparece en primer lugar, mencionándose varias connotaciones favorables. Se trataba de la incorporación dentro de la anamnesis, de los antecedentes contextuales del paciente. Este registro era llenado por los estudiantes y servía como base para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Esta ficha era usada además “en los pasos o

discusiones de grupo con los monitores... en las visitas al hogar o al sitio de trabajo; en las presentaciones clínicas, en las visitas del profesor y aún en las clases y reuniones clínicas generales”(15). No era un complemento sino la incorporación de estos antecedentes a la ficha clínica, dentro del paradigma de la integración. A este trabajo se le reconocen aportes en lo docente, en lo diagnóstico, para el paciente mismo y en la relación médico paciente. La ficha tenía siete dimensiones:

- Instrucción
- Ocupación
- Ingresos y previsión
- Nutrición y hábitos
- Actitud y personalidad
- Viviendas y condiciones familiares
- Costo de la enfermedad actual

No hemos podido tener a la mano uno de estos registros para conocer la forma en que se ordenaban estas evaluaciones. Estas fichas fueron tabuladas (alrededor de 1000) como una forma de familiarizarse con las técnicas estadísticas y epidemiológicas.

Otra de las actividades, muy cercana a la anterior eran las indicaciones educativas al egreso. Se trataba de orientar al enfermo de sus cuidados, con un conocimiento previo del contexto al cual se reincorporaba. Algunas de estas indicaciones sirvieron como base para la preparación de cartillas junto a los educadores sanitarios, en contenidos como enfermedad reumática, hipertensión, úlcera y tuberculosis.

Otras actividades mencionadas fueron: pesquisa de orden psicológico, el desarrollo del Internado rural, atenciones en consultorio externo y el Seminario que ya hemos mencionado.

III. EVALUACIÓN

Contemporánea

En su propia evaluación, Molina señalaba que se había cumplido lo siguiente: “En la actividad docente, el uso de la Ficha clínico epidemiológica en el 90% de los egresados. Evaluado su aprendizaje, el 75% de los alumnos respondieron satisfactoriamente las cuestiones de medicina preventiva al final de la experiencia. La ficha fue usada frecuentemente: en el 64% de los encuestados

en las presentaciones clínicas y en el 40%, en el trabajo individual de sala. En cuanto a Aprendizaje Clínico, Molina consideraba que se había logrado llevar las técnicas y el conocimiento al mundo clínico. Desde el punto de vista de la Investigación médico social, Molina evaluaba que en julio de 1965 se había logrado construir el “perfil” de los pacientes de medicina. En cuanto al Conocimiento del Hospital como Institución, es el aspecto más conflictivo como ya señalamos. Sobre la preparación de materiales docentes, Molina considera que las técnicas aportadas por las ciencias sociales han sido relevantes en relación a la entrevista, anamnesis familiar, cultural y social, pasos con monitores y prácticos en las salas, como guías de observación de distintos procesos y en la confección de las cartillas mencionadas.

Finalmente, en la Evaluación de los programas docentes Molina considera tres dimensiones:

- a) “Exploración de actitudes, escalas de valores o preconceptos sobre el médico y la medicina en el contexto social y la posible contribución de estas disciplinas, al comenzar el ciclo clínico.
- b) Opiniones relativas al contenido y métodos de enseñanza y aprendizaje, actitudes y conocimiento sobre la relación médico paciente, educación de los enfermos y sus familiares, influencia de los factores ambientales y culturales, beneficios provisionales (sic: previsionales) y uso de recursos del SNS, rol de los miembros del equipo de salud.
- c) Medición de los resultados en estudiantes”(15).

Para probar sus asertos Molina ofrece tres dimensiones cuantitativas de su experiencia

Alumnos: ya citamos el uso de la Ficha epidemiológico social. En cuanto a educación de los pacientes, Molina señala que el 47% de todos los alumnos dio instrucciones a todos sus pacientes. Molina señala que el 75% de los estudiantes se llevó la impresión de que los médicos con quienes trabajaron no siempre realizaban una labor educativa sistemática. Asimismo releva la valoración que los estudiantes dan a la relación médico paciente. Los alumnos manifestaron masivamente su destreza respecto de factores ambientales, socioculturales e institucionales, así como del reconocimiento de su importancia. Finalmente los estudiantes valoraron su trabajo con el resto del equipo, aunque la satisfacción era baja.

En cuanto a los pacientes, el balance es positivo: "todos estaban satisfechos con el trato recibido; el 80% sabía de su enfermedad, causas y evolución, el 90% tenía idea clara del régimen, medicamentos y hábitos requeridos para evitar complicaciones o secuelas" (15)

Respecto de la integración el balance es mediocre: una proporción importante de médicos tratantes y de internos no usan todavía los datos de la ficha epidemiológico social" (15)

Tardía (publicaciones post 73)

En la evaluación realizada por sus colaboradores en el exilio y en Chile, al momento de la muerte de Molina en agosto de 1978, destacan dos aspectos como los logros de la experiencia: la integración de la prevención en el período de formación clínica y la incorporación de la enseñanza de las ciencias sociales al quehacer clínico preventivo.

Sus colaboradores realizan una periodización de la experiencia en cuatro etapas:

1964-1969: entendida como una etapa de acercamiento entre las ciencias sociales y la clínica.

1970-1971: fuertemente marcado por la reforma y la reorganización de la Facultad de Medicina, esta etapa tiene como signo la incorporación de psiquiatría y la extensión a las carreras de obstetricia y enfermería.

1972-1973: se profundizan la organización de las 4 sedes de la Facultad, se crea el Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Psiquiatría de área. Se modifica el curriculum de medicina, integrando consultorio externo y medicina ocupacional. Sin embargo el signo más destacable está dado por la democratización del SNS, con actividades de extensión a la comunidad, educación en servicio y participación comunitaria. Se abren como nuevos desafíos justamente la participación social y la integración del equipo de salud

Tardo Tardía o actual (o Balance)

En la evaluación actual, tras casi 40 años de la experiencia, los actores señalan otras dimensiones. En este caso no las hemos reunido, pues cada uno de ellos posee particulares balances.

René Ibáñez (entrevista el 27 octubre 2008)

Llegó a través de un concurso, postulando a un cargo que ofertaba Milbank. En una época en que lo natural versus lo social estaba muy definida hacia lo social, se define como alguien que era mas biologicista que sociologista. Destaca el proyecto político que existía tras este esfuerzo, el de vincular a los jóvenes con los problemas sociales. El propósito de cambiar el curriculum, era introducir una cuña social, permitiendo que los alumnos egresaran con una visión comprensiva de la sociedad. Señala el peso que tenían los sociólogos en el momento de la actividad, como aquellos que tenían las herramientas para entender la sociedad, en un momento en que los grande sociólogos visitaban Chile: Parsons, Merton, Touraine.

Su imagen de Gustavo Molina semeja la de un gran gerente, un gestor, que daba mucha independencia y estimulaba la iniciativa. El apoyo de Milbank resultaba crucial, pues dejaba mucho margen de experimentación. Las publicaciones eran un motor. Rescata una real acción interdisciplinaria, facilitada por el nivel cultural del equipo. Cree que la experiencia irradió al resto de las Facultades de Medicina, tanto por el signo de la época, como por la intensa actividad de Molina para lograr influencia pedagógica. Sin duda, existía una sintonía con Belmar, Montoya, San Martín.

Oscar Soto (comunicación escrita a través de Internet octubre 2008)

Destaca la transformación curricular y enmarca en el contexto de transformación universitaria, especialmente en la Reforma. Señala como uno de los factores más importantes, la gran sensibilidad que el proyecto despertó en los docentes de medicina interna, no solamente en sus jefes, sino en el conjunto de ellos. También destaca el valor personal que tuvo, como concreción de su visión social de la medicina, y señala que muchos de sus estudiantes han sido promotores de cambios y que han entregado todo por una causa.

Luis Weinstein (entrevista del 14 de octubre del 2008)

Estaba en la Escuela en la cátedra de Viel, Montoya lo había llevado. Trabajó allí unos años y luego empezaron a migrar por distintas razones. En su caso, sentía que la orientación general era muy somaticista. Por eso, se sintió atraído hacia la experiencia de Molina.

Vivió la experiencia marcada por el pragmatismo de Gustavo Molina, sin excesivo marco teórico, ni modelos. Su primera conversación fue: "Oiga Lucho usted tiene muchos intereses, debe decidirse".

Considera que para los pacientes la experiencia fue muy satisfactoria. Que estaban muy complacidos. Lo excepcional del encuentro con clínicos como Rojas Villegas y la capacidad de Molina para no enredarse en cuestiones secundarias, como por ejemplo los comentarios de los clínicos. Considera que fue una hazaña, pero en condiciones particulares, como por ejemplo la presencia del Dr. Francisco Rojas Villegas. El nos dejó mucha iniciativa.

Para los enfermos su balance es que constituyó una experiencia excepcional.

Surge en 1968 el centro de medicina antropológico social como una experiencia muy libre, abierta a partir de esta experiencia, con un nombre procedente de la tradición filosófica existencialista. Señala el notable apoyo de la Milbank Fund: "daban un dinero para cinco años. Con eso formé el centro de antropología social, cerca del Arriarán, en una casa que me facilitó el ministerio de salud, y con la colaboración de curas oblatos".

No recuerda que la experiencia de la Sede de Valparaíso haya tenido vinculación orgánica con la realizada en el Francisco de Borja.

Rubén Gamboa (entrevista 6 noviembre de 2008)

Rubén se acercó a la experiencia cuando era interno en 1964 y luego tomó una beca mixta del SNS, con formación básica en Salud Pública y formación de especialidad en pediatría, en el Hospital Arriarán. A partir de 1970, Rubén actuó como Delegado Ejecutivo del Director del Servicio Nacional de Salud en el área central. Trabajó intensamente en la Atención Primaria de su área y en la organización de la Facultad. Destaca dos aspectos de la experiencia: el contenido ético del enfoque de Molina que sustentaba la unidad intelectual de todo el equipo. Un fundamento que además suponía un rol esencial para el Estado, aunque más pobre que el actual, pero éticamente orientado.

Destaca asimismo la vocación americanista de Molina, sus vínculos y experiencias con otras experiencias de salud pública, como las de Puerto Rico y Cuba. Sobre todo en

éste último país, en la experiencia de organización de un sistema de salud, en que Molina pudo actuar como un contrapeso intelectual de las orientaciones de los salubristas de países socialistas del este. Molina, un hombre de pensamiento libertario y crítico, siempre explorando pensamientos alternativos, no sólo supo poner su influencia en esa dirección como asesor internacional, sino que además la supo llevar como una inquietud permanente, americana e intelectual, a los miembros de su equipo.

CONCLUSIONES

El propósito que animaba esta investigación vuelve a cobrar relevancia. La experiencia de Gustavo Molina se centró en las personas, tanto en los pacientes como en los estudiantes, médicos, sociólogos, psicólogos. Los testigos interrogados se sienten orgullosos y satisfechos de haber sido parte de una experiencia como ésta y muchos de ellos la reconocen como una experiencia muy relevante dentro de su formación profesional y personal.

Otro aspecto a destacar es la presencia de un proyecto político entre los actores, nunca explicitado ni conformado como partidario, pero asentado en convicciones y compromisos. El destino trágico de dos de los miembros del equipo no hace sino confirmar este aserto.

El rol de la Fundación Milbank nos pone a recaudo de chauvinismos y localismos mal entendidos. Por el contrario aquí se logró una sinergia y un apoyo que marca los años 60 de la Escuela de Salud Pública. No sólo en financiamiento, sino un interlocutor para los debates y un difusor de la experiencia. A partir de 1965 medicina integrada a las clínicas obtuvo un fondo especial para su desarrollo.

El trabajo con un equipo como éste sólo pudo ser articulado en un clima de libertad, autonomía e iniciativa, que los participantes reconocen.

La personalidad de Gustavo Molina como la de un gestor pragmático y atento marca esta experiencia. Supo armonizar a personas provenientes de distintas formaciones, darles la libertad para realizar sus experiencias y producir intelectualmente. Molina tuvo la intuición para seguir el consejo del capitán Cook: "quieres hacer un descubrimiento, usa una nave de pequeño calado" (16)

Finalmente, el encuentro entre médicos con una formación y vocación social, sociólogos y psicólogos con los clínicos también fue difícil, pero fructífero. La instalación y consolidación del equipo que animó la experiencia en el hospital sin duda fue esencial para este éxito.

Todos los participantes destacan el valor heurístico que tuvo provocar la convergencia de ciencias sociales y medicina. El equipo logró una notable producción en términos de publicaciones y aportes teóricos a la discusión de la época. Se trató sin duda de una experiencia de trabajo interdisciplinario fecundo.

Molina tuvo el talento de avanzar radicalmente en el trabajo interdisciplinario. No vaciló en proponer a la clínica como el territorio de tal trabajo y la constitución de un núcleo de docencia e investigación integrado. Su experiencia converge con estimulantes iniciativas para repensar las ciencias sociales como el Informe de la Comisión Gulbenkian, llamado Abrir las Ciencias Sociales (17). Esencialmente se trata de lo que proponía Braudel como intercencia: "Yo estoy a favor de la promiscuidad generalizada. Los devotos que hacen intercencia uniendo en matrimonio dos ciencias son demasiado prudentes. Lo que debe prevalecer es la inmoralidad: mezclemos todas las ciencias, incluso las tradicionales, la filosofía, la filología, etc., que no están tan muertas como creemos." (18)

Referencias

1. Molina G *Indicadores de Educación Médica. Cuad Med Soc* 1967; VIII (1): 5-10.
2. Filerman G. *The teaching of preventive and Social Medicine at the University Of Chile School Of Medicine J Med Ed* 1969; 44: 520-525.
3. Uribe P., San Martín H. *La enseñanza médica integrada en la nueva Escuela de Medicina de Valparaíso, Chile Cuad Med Soc* 1967; VII (2): 20-24.
4. "Probablemente, la edad de Oro de la sociología como disciplina puede situarse entre 1945 y 1965." WALLERSTEIN I. *Las incertidumbres del saber. Gedisa, 2005.*
5. Molina G *Una experiencia en la enseñanza de la salud comunal. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1962; LIII (5): 379-387.
6. Huneus C. *La reforma Universitaria veinte años después. CPU* 1988.
7. Molina G. *Formación preventiva y social del estudiante de clínica. Cuad Med Soc* 1965; VI (3): 24-27.
8. Molina G., MORALES E. y OSSANDÓN J. *Incorporación de las Ciencias Sociales al Campo de la Salud en Chile. Primeras Experiencias 1964-1973. REV ENSP (Medellín)* 1978; 4(2): 90-98.
9. Molina G. *Aporte de las ciencias sociales a la formación del médico en la experiencia del Hospital San Francisco de Borja. Cuad Med Soc* 1966; VII (4): 16-18.
10. Soto O., MOLINA G. y JIMENO C. *Seminario de Medicina preventiva en las clínicas –Una experiencia docente- Cuad Med Soc* 1966; VII(2): 23-25.
11. Molina G. *Aporte de las ciencias sociales a la formación del médico en la experiencia del Hospital San Francisco de Borja. Cuad Med Soc* 1966; VII (4): 16-18.
12. Montoya C. *Algunas ideas que deben esclarecerse como asunto previo a la introducción de la enseñanza de las Ciencias Sociales en la escuela de Medicina. Cuadernos Médico Sociales* 1966; VII (4): 15-16.
13. Molina G. 1965. *Síntesis de actividades en 1964 Formación Preventiva y social del médico introducción al curso del 6º año 1965. Mimeo.*
14. Soto O. *comunicación personal.*
15. Molina G. *Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas. Educ Méd. y Salud* 1967; I (2): 67-84.
16. "If you plan to make a voyage of discovery, choose a ship of small draught." In <http://www.pnas.org/content/105/27/9137.full> (acceso 30 octubre 2008).
17. Wallerstein I (coordinador) *Abrir las Ciencias Sociales. Siglo XXI* 1996.
18. Citado en Wallerstein I. *Las incertidumbres del saber. Gedisa, 2005.*

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado como parte del ramo Métodos de investigación en Salud Pública, del Doctorado de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. El autor agradece al equipo humano que desarrolló el ramo, profesores y compañeros por las discusiones desarrolladas en torno al tema, a Gustavo Molina por su amistad y colaboración con este esfuerzo, a Gloria Molina y Eduardo Morales por todo su apoyo, a Jorge Gaete y Jorge Minguell secretos guías de este emprendimiento, a René Ibáñez por su amabilidad y conversación, a Luis Weinstein su amistad y conversaciones, a Rubén Gamboa por sus colaboración, a Sergio Grez por sus comentarios y finalmente a César Leyton, amigo y consejero cuyas luces dieron claridad a algunas de mis ideas mas oscuras.