

INCORPORACION DE LAS CIENCIAS SOCIALES AL CAMPO DE LA SALUD EN CHILE

Primeras Experiencias 1964-1973

Gloria Molina ()*

*Eduardo Morales (**)*

*Josefina Ossandón(**)*

I. INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es reflexionar en torno al papel real que las ciencias sociales jugaron y pueden jugar en el campo de la salud, a base de nuestra experiencia personal de una década, bruscamente interrumpida. El esfuerzo ha estado dirigido, en circunstancias adversas, a identificar aquellos elementos más relevantes que hicieron posible que las ciencias sociales alcanzaran, en esta área, un alto grado de importancia por todos reconocido. La breve distancia temporal permite redondear todavía con frescura, y ya con más objetividad, el proceso vivido, y sus perspectivas futuras.

Espera contribuir, así, a la búsqueda permanente de modalidades de relación entre las ciencias sociales y salud, en otras circunstancias y países, tanto en el plano de los contenidos, como en el plano institucional.

El desarrollo de las ciencias sociales en el campo de la salud está vinculado a ciertas características estructurales del proceso social chileno, que trataremos de rescatar en sus rasgos más sobresalientes, de modo sumario en esta Introducción y, con cierto detalle, para cada una de sus tres Etapas.

Un primer elemento tiene que ver con el temprano desarrollo en este siglo de estructuras estatales o semi-

estatales destinadas a satisfacer demandas sociales, sobre todo aquellas que expresan la "irrupción" de los sectores medios y populares en la vida política del país y que presionan por mejoras, especialmente en los aspectos previsionales y de salud (1). Así, en la década del 20, se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, se dictan el Código Sanitario y el Código del Trabajo, y se promulgan importantes leyes sociales como la No.4055 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y la ley 4054, creando la Caja de Seguro Obligatorio (hoy Servicio de Seguro Social); ya en el año 30, su Departamento Médico fué encargado de proporcionar atención ambulatorio en consultorios y domicilios a todos los obreros, sus cónyuges e hijos hasta los 2 años de edad. En la misma línea se ubican las disposiciones de la mal llamada "Ley de Medicina Preventiva" (1938) que crea un servicio médico común para empleados públicos y particulares, y las medidas legales para centralizar el manejo de los hospitales de todo el país.

Este proceso culmina con la creación, en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS), que agrupó en una sola institución a las principales entidades que cubrían la atención en salud, en sus aspectos preventivos y curativos.

Esta tendencia "universalista" de la atención en salud, que culmina con la creación del SNS, tiene una evidente importancia en el modo como se van "socializando" los recursos humanos que formarán parte de

* Psicóloga.

** Sociólogos. Hasta 1973, miembros de la Cátedra de Medicina Preventiva, luego Unidad de Medicina Preventiva y Ciencias Sociales y por fin Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Psiquiatría, del Area Central—Sur de la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud, Santiago, aunque actualmente pertenecen a distintas instituciones, las opiniones aquí contenidas son de exclusiva responsabilidad. Se agradece la colaboración del profesor Gustavo Molina G. en la revisión y discusión del manuscrito.

él, en especial los profesionales; éstos asumen un papel relevante en la década del 40 en la lucha por la creación de un organismo de salud que opere a nivel nacional, lucha que se inscribe en las demandas de los grupos medios y populares en ascenso. El desarrollo sostenido de la salud pública como especialidad es un indicador expresivo de lo que comentamos (2).

Una estructura como el SNS que se extiende a todo el país y que asume un rol fundamental en la atención de salud - en 1968 el 61.00/o de todas las atenciones ambulatorias incluía la consulta privada de los médicos fué otorgado por el SNS y cubrió el 86/o/o del total de las hospitalizaciones - otorga la posibilidad de visualizar los grandes problemas de salud de la población desde una perspectiva global. Esta ciertamente incluye los aspectos económicos, sociales y políticos, en donde las ciencias sociales pueden y deben jugar un rol importante.

La existencia de una institución de las características señaladas es un elemento facilitador de la inclusión de las ciencias sociales entre otras muchas razones por cierta tradición pragmática que se traspa del aparato burocrático a la formación médica y por el incipiente desarrollo de estas disciplinas en la década del 50.

La relación que el SNS establece con el proceso formativo del personal de salud (convenio docente-asistencial SNS-Universidad de Chile) es lo que permite la identificación del segundo elemento dinamizador de la relevancia de las ciencias sociales en el campo de la salud. En efecto, es la actividad universitaria la que facilita la paulatina apertura a estas disciplinas como un modo de proveer de una formación más integral al personal de salud. Así, las cátedras de medicina preventiva, la Escuela de Salubridad y otras instancias docentes van incluyendo paulatinamente la participación de científicos sociales tanto en tareas docentes como de investigación.

Sin embargo, es con el proceso de reforma que sufren las universidades chilenas y en especial la Universidad de Chile que las ciencias sociales pasan a ocupar un lugar fundamental en la formación profesional y su inclusión es esgrimida como una bandera de lucha del movimiento reformista que busca hacer al alumno más partícipe de los problemas de la sociedad: "Como necesidad de realización inmediata de la nueva Facultad (de Medicina) se planteó con absoluta prioridad establecer las bases que condujeran al cambio de actitudes en los universitarios frente a la vida y la sociedad. Las condiciones socioeconómicas y las características histórico-estructurales de nuestro país

impulsan a una actitud individualista frente a la vida que tiene por meta el logro de los intereses personales. Se supervalora el status profesional y económico en desmedro del respeto a la persona en sí misma. Esta condición dificulta y entorpece el trabajo colectivo, haciendo difícil la colaboración entre sus diversos integrantes. Se hace preciso, en primer término, crear conciencia sobre los grandes problemas nacionales y la necesidad de abordarlos mediante el esfuerzo común" (3). La consecución de este objetivo reformista se traduce a nivel curricular en la inclusión de las ciencias sociales en los primeros escalones de la formación de los estudiantes. "En los primeros años de todas las carreras se van incorporando, por primera vez en nuestra Facultad, materias generales para contribuir a ubicar al estudiante en las perspectivas humanísticas de las ciencias, las artes y la filosofía. Se introduce también en los primeros años la enseñanza de la psicología y la sociología para acercar al universitario al conocimiento más cabal del hombre y la sociedad y prepararlo para la comprensión ulterior de la medicina antropológica". (4).

Sin embargo es preciso señalar que en especial en la Facultad de Medicina el movimiento reformista, liderizado por los estudiantes y los docentes jóvenes, estaba más encaminado a derribar la antigua estructura de poder y democratizar la Facultad que a visualizar con claridad el papel de las ciencias sociales en la formación del estudiante*: "El hecho de que el antiguo claustro de la Facultad de Medicina se mantuviera como el último baluarte de resistencia antirreformista está lejos de ser un hecho circunstancial. Se explica por la gran concentración de poder que detenta el profesor, jefe de servicio, instituto o cátedra en esta facultad, tradicional y conservadora. Baste señalar que el promedio de la relación profesor-ayudante en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales y en la de Ciencias Económicas es de 1 a 1 ó 1 a 2, en cambio en la Facultad de Medicina esta relación es de 1 a 8 ó 9 y en algunos servicios un profesor es jefe de 25 ó más docentes.

Es comprensible entonces que no se favorezca en esta Facultad un cambio de estructuras que significa gobierno colegiado para el poder administrativo y ejercicio transitorio y rotativo para los cargos directivos".(5)

Es evidente que una vez consumados los propósitos democratizadores del movimiento reformista se hiciera necesario capacitar a los nuevos docentes - tributarios de algún modo de la antigua mentalidad tradicio-

nal - para que desarrollaran el no siempre fácil proceso renovador que se buscaba materializar. La Facultad de Medicina está plenamente consciente de que el cambio de mentalidad que el espíritu de la reforma exige no logrará asentarse solamente por el cambio de estructuras y que es preciso que ese espíritu informe permanentemente la actividad universitaria. Con este objeto la Facultad ha elaborado un plan de formación de nuevos académicos que comprende los principios básicos de la reforma" (6).

Una vez en marcha el lento proceso de institucionalización de la reforma, las ciencias sociales se ven enfrentadas a la necesidad de satisfacer las demandas que les son planteadas - fundamentalmente docentes - y a definir adecuadamente su función en la nueva perspectiva asumida por la Universidad. A través de este proceso, se buscaba entre otros superar la etapa de ser definidas como "instrumentales", tendencia compartida por la gran mayoría de los docentes como producto de su formación profesional. En pleno desarrollo de dicho proceso, la sociedad chilena sufre un colapso que interrumpe, en la Universidad, la redefinición que se buscaba y que identifica a las ciencias sociales como "focos de agitación subversiva" que es preciso erradicar como un modo de asegurar el proceso "restaurador" que se inicia, cerrando así la experiencia que luego se relata en tres etapas más o menos definidas desde 1964 a 1973. Valga señalar que la mayoría de los científicos fueron marginados de la Universidad y los Servicios de Salud en 1973, algunos de ellos en forma cruenta como nuestro inolvidable compañero y pionero de esta labor, el sociólogo Claudio Jimeno. Y en 1976 se aprueba el programa de ciencias sociales de la Universidad reformada para las carreras de la Salud con una infraestructura humana y material muy debilitada.

II.

A. *Primera Etapa (1964-1969)*

A partir de la década del 60 diversos organismos internacionales, comités de expertos e instancias nacionales y latinoamericanas (7) plantean la necesidad de introducir cambios en la formación de los médicos orientados a "capacitar al estudiante para aprender por sí mismo... ayudándolo a comprender al hombre y su compleja unidad biológica, psicológica y social...a promover su servicio a la comunidad, la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud

individual, de la comunidad...a desarrollar la comprensión de las necesidades del paciente y el respeto por su dignidad humana" (8).

Algunos de estos objetivos se cumplían parcialmente a través de la enseñanza de la medicina preventiva pero su logro cabal supone, además de la ampliación de dicha enseñanza, la introducción de las ciencias sociales en los currícula de formación profesional médica (X). Estudios realizados señalan que en América Latina, en 1964, un cuarto de las escuelas de Medicina ofrecía ya enseñanza de antropología, sociología o psicología a sus alumnos, básicamente a través de los departamentos de Medicina Preventiva (9).

En Chile, en 1964, en el Hospital San Francisco de Borja (X) se inicia un programa de enseñanza de la medicina preventiva integrada en las clínicas que contempla por primera vez la participación activa de las ciencias sociales en la educación médica (10).

Dos son los rasgos sobresalientes y revolucionarios de esta experiencia: la integración de la prevención en el período de formación clínica, período crucial ya que es allí donde a través de la imitación el estudiante adquiere las actitudes y conductas que caracterizarán su desempeño profesional; y, la incorporación de la enseñanza de las ciencias sociales al quehacer clínico-preventivo.

Mediante la introducción a la rutina clínica diaria de una "Ficha Epidemiológico-Social" (8) se entrena al estudiante a considerar todos los factores relevantes en el proceso salud-enfermedad en el manejo de cada caso individual. La Ficha -responsabilidad del estudiante bajo la supervisión de los científicos sociales y los docentes clínicos - constituye un "instrumento valioso en el aprendizaje de la relación médico-paciente, en el conocimiento de las implicancias sociales de la enfermedad y en la educación del paciente hospitalizado", según lo expresado por los propios estudiantes en una de las numerosas evaluaciones del programa.

El equipo base inicial de medicina preventiva y ciencias sociales estaba formado por profesionales integrados al contexto clínico docente-asistencial del Hospital San Borja: médicos preven-

tivos, clínicos con formación preventiva, un sociólogo y un psicólogo, un educador sanitario y un estadístico. En este núcleo interdisciplinario es donde se discuten y planifican en conjunto las iniciativas docentes así como la participación y aporte de los miembros del equipo en el trabajo en las salas, en las discusiones de pequeño grupo con los estudiantes y docentes clínicos, en las reuniones y presentaciones clínicas, en la realización de charlas sobre aspectos específicos, para señalar algunas de las actividades más frecuentes e importantes en la integración.

Esta primera experiencia de integración de la medicina preventiva y las ciencias sociales se caracteriza por una búsqueda conjunta de médicos y científicos sociales por precisar el posible aporte de estas disciplinas nacientes al campo de la salud. Qué contenidos de la sociología, de la psicología social y de otras disciplinas y cuáles los métodos y momentos más adecuados para su enseñanza; cuáles las áreas prioritarias de investigación y de prestación de servicios y asesorías, constituyan algunas de las grandes interrogantes en torno a las ciencias sociales.

A los 10 meses de iniciado el programa fué posible intentar anticipar una primera respuesta tentativa a estas preguntas (11). Así se determinaron 3 niveles de aporte de las ciencias sociales en el marco descrito:

- a) Colaboración interdisciplinaria para el conocimiento de la influencia de los factores psicológicos y sociales en la atención médica y su integración en el trabajo de los profesionales de la salud;
- b) Funciones docentes: determinación de los componentes psicosociales en las diversas patologías y su proyección a la educación del paciente;
- c) Actividades de investigación, permanente, como un apoyo a los aspectos a) y b). Aplicación de la metodología de las ciencias sociales en la evaluación del programa; estudio de los factores psicosociales en la relación médico-paciente; estudio de la incidencia de la estructura institucional en los objetivos del programa.

Demás está decir que estos objetivos y funciones sufrieron cambios y enriquecimientos importantes en desarrollos posteriores descritos más adelante.

Si bien el contar con la posibilidad de definir el propio campo de acción constituye una condición ventajosa raras veces satisfecha en la integración con otras disciplinas, en sí también una desventaja. La falta de experiencia anterior y la juventud de los científicos sociales frente a un quehacer tan antiguo y estructurado como es la medicina determinaron que los primeros pasos se orientaran a satisfacer necesidades específicas y a solucionar problemas concretos. La legitimación de estas disciplinas implicaba demostrar su utilidad a corto plazo en el campo clínico desvirtuando o demorando así una definición más global y teórica de las relaciones entre las ciencias sociales y la salud.

Como ha señalado Juan César García, "La integración ha sido facilitada mediante la adaptación estricta de los contenidos y metodologías educacionales a las necesidades y comprensión de los clínicos" (12).

Así en este período tanto la docencia como la investigación -si es que se la puede calificar de tal- asumían un carácter aplicado y puntual a partir de los problemas que los alumnos enfrentaban en el manejo de sus pacientes con algunos intentos globalizadores que sólo fructificaron en etapas posteriores. Es posible que la elaboración, aplicación y evaluación de folletos educativos sobre las patologías más frecuentes sea función de un buen educador sanitario; sin embargo, ello permitía discutir con los estudiantes conceptos base de sociología, psicología social y algunas técnicas propias de éstas disciplinas a la vez que demostraba de manera tangible el aporte realizado. Algo similar ocurría con las discusiones de pequeño grupo, con participación de asistentes sociales, sobre problemas de seguridad social analizándose a partir de ellos las características de la sociedad chilena y los sistemas de atención en salud. Otro ejemplo ilustrativo lo constituyen los estudios interdisciplinarios en torno a enfermedades cardiovasculares o del aparato digestivo con docentes clínicos: ofrecían una excelente posibilidad de exploración para las ciencias sociales a la vez que constituían un aporte útil, "legítimamente" desde el punto de vista médico.

Estudios sobre la imagen de la profesión en las cohortes de estudiantes que ingresaban al San Borja permitía, más que hacer estudios en profundidad, acercarse a los elementos definitorios del quehacer médico y, a partir de ellos, tirar líneas de docencia e investigación

(13). Quizás el aporte metodológico más importante en esta etapa fué la elaboración conjunta de criterios y sistemas de evaluación de alumnos, docentes y programas (14).

Una medida de gran impacto, posible de aplicar en cualquier Universidad, fué la incorporación organizada de estudiantes de sociología y psicología a la vida de los servicios docentes del Hospital. Así se creó una oportunidad excepcional para intercambiar conceptos y lenguaje entre pares generacionales; la noción de roles, status y otras, ajenas a la formación biológica, se hicieron familiares para los estudiantes y, a través de ellos, para los monitores clínicos y el personal de salud. Por otra parte, los estudiantes de sociología y sus profesores descubrieron el campo de la salud como un área de especialidad tan rica como el área económica o política. Esta conjunción fué formalizada merced a un grant de la Fundación Milbank, que permitía pagar pequeñas asignaciones a los alumnos de ciencias sociales para asistir al hospital (10-11); pero puede lograrse igual mediante acuerdos interfacultades.

Aunque el elemento estratégico, de legitimación, prima en varias de las actividades descritas no se agota con ello su valor. Creemos que ellas se plantean como aportes válidos en sí de acuerdo al contexto en que se desarrollaron.

En términos generales, creemos que una experiencia de este tipo constituye una condición sine qua non para familiarizar a las ciencias sociales con lo que es el quehacer en salud. Es precisamente ese estrecho contacto diario el que permite llegar a visualizar las áreas de interés y de trabajo en común así como los aportes específicos de las distintas disciplinas. El significado de estas afirmaciones se clarificará al revisar el destino posterior de las ciencias sociales en esta misma área de salud en donde la legitimación formal no se acompaña de la aceptación real lograda en esta etapa.

B. Segunda Etapa (1970 - 1971).

Como consecuencia de la Reforma ocurrida en las universidades chilenas entre 1968 y 1969 la Facultad de Medicina se desmembra en 5 áreas docentes y las antiguas cátedras son reemplazadas por los departamentos centrales que tienen su expresión local en cada una de las áreas. Las cátedras de Medicina Preventiva y los grupos de ciencias sociales adscritos a ellas pasan a formar parte del Departamento de Salud Pública y se constituyen 5 Unidades de Medicina Preventiva

y Ciencias Sociales autónomas cuya coordinación se centraliza a nivel del Departamento de Facultad (X).

El lema de la reforma es el de una universidad comprometida con su realidad nacional por lo que el futuro médico "debe conocer y atender la sociedad en que vive.. debe comprender la salud no como un fenómeno aislado sino como condicionada por el desarrollo económico y social del país" (15). En este marco las ciencias sociales quedan oficialmente incorporadas no sólo en la formación del médico sino también en la formación del resto de los profesionales de la salud (16).

En el Area Central la reforma determina la apertura de los establecimientos docentes a los alumnos de preclínica quienes ahora se incorporan desde el primer año de la carrera (X). Se forma así un grupo de docentes jóvenes caracterizados por su orientación al cambio y profundamente imbuídos de los principios de la nueva universidad. La docencia se estructura sobre los principios de integración horizontal y vertical a todo nivel por lo cual se crean organismos colegiados con representación de alumnos, docentes y administrativos (17). La nueva organización concita el interés de docentes de otras áreas y atrae también del apoyo de organismos extranjeros (X).

Todos estos hechos enfrentan a las ciencias sociales a múltiples demandas: su presencia es requerida en las comisiones técnicas, deben tener activa participación en el diseño e implementación de programas de extensión a la comunidad y, lo que es más importante, deben enseñar las distintas disciplinas sociales en programas independientes en casi todos los niveles de las carreras de la Facultad en el área -Medicina, Obstetricia y Enfermería. Esto trae como consecuencia inmediata un replanteo de la docencia que deja de ser una actividad integrada en las clínicas para concentrarse en ciclo pre-clínico. Se hace necesario definir los objetivos globales de la enseñanza así como identificar los contenidos más relevantes en cada carrera y estudiar los mecanismos de integración con las demás asignaturas. Así la incorporación de las ciencias sociales a los curricula de las carreras de la salud se plantea 4 propósitos centrales:

- Ubicar al estudiante en la sociedad en que vive a fin de que conozca y comprenda cómo se ha formado y sus características actuales;
- Capacitar al estudiante para analizar los problemas de salud en un todo integrado y superar la visión comportamentalizada que entorpece una adecuada evaluación de los factores que la generan;
- Capacitar al alumno para relacionarse con el individuo objeto de su atención profesional entendiéndolo como persona con necesidades sociales y culturales;
- Lograr que el alumno comprenda las características del trabajo en equipo y el marco institucional en que se dá.

Estos propósitos, acordes con los principios de la enseñanza en la Facultad de Medicina, se definen como responsabilidad de la totalidad del equipo docente que participa en las diferentes etapas de la formación de los profesionales y no sólo de aquellos encargados de las ciencias sociales.

En este período la docencia en la carrera de Medicina se realiza en conjunto con docentes de psiquiatría a través de la enseñanza de semiología que ofrece una excelente oportunidad para entrenar al estudiante a considerar los factores psicológicos, sociales y culturales relevantes en el proceso salud-enfermedad y a adquirir las técnicas elementales para su estudio; las actividades se desarrollan en grupos pequeños de alumnos a cargo de un psiquiatra y un cientista social en primero, segundo y tercer año de la carrera y se complementan con seminarios electivos y actividades de terreno en torno a temas específicos con participación de todas las asignaturas preclínicas.

Sin embargo, el grueso de los esfuerzos docentes se concentra en las carreras de Enfermería y Obstetricia quienes por primera vez incorporan la enseñanza de las ciencias sociales. Por tratarse de una experiencia nueva tanto para los docentes de esas carreras como para los cientistas sociales, la definición de los objetivos específicos, de los contenidos y de la metodología docente así como el estudio de los mecanismos de inte-

gración con otras asignaturas demandó un tiempo y esfuerzo considerables. Así en 1971 los currículae de estas carreras incluyeron las asignaturas de sociología, antropología social y psicología social y la enseñanza de técnicas de investigación en los tres primeros años (18). La enseñanza, de carácter teórico-práctico, aborda la problemática propia del campo de la salud y pone énfasis en la aplicación de los principales conceptos y métodos de las ciencias sociales al quehacer clínico y de terreno de los futuros profesionales.

Esta primera experiencia de integración legitimada por la reforma se caracteriza por una búsqueda conjunta de la definición del profesional que el país necesita. Se puede afirmar que la aceptación de las ciencias sociales es básicamente formal y proviene más de los postulados de la nueva universidad que de una mayor comprensión de su aporte al quehacer en salud. Tal vez la decisión de los miembros de la Facultad de concentrar las ciencias sociales en el nivel pre-clínico así lo refleje. También podría apuntar a lo mismo el que la plena incorporación de los cientistas sociales al cuerpo docente no se acompañe de cambios en su situación administrativa; el financiamiento en esta etapa es otorgado casi en su totalidad por la Milbank Memorial Fund. Es preciso señalar, eso sí, que a raíz de la reforma la Universidad ve aumentados su matrícula y sus gastos en forma considerable por lo cual cada área debe establecer prioridades en el financiamiento de su desarrollo; el Area Central, por ejemplo, opta por dar prioridad a la creación a los Departamentos de Ciencias Básicas.

Es importante señalar que a pesar de que los postulados de la forma señalan como central el aporte de la investigación y de la extensión en la formación de los futuros profesionales, de hecho ambas actividades quedan relegadas a un segundo plano por las exigencias docentes internas de este período.

C. Tercera Etapa (1972 - 1973)

En 1971 un plebiscito en que participaron todos los estamentos de la comunidad universitaria se decidió avanzar en la descentralización iniciada con la reforma y constituir cuatro Sedes Universitarias en Santiago; ello implicó

desde el punto de vista de la Facultad de Medicina la fusión de las áreas Central y Sur en la Sede Santiago Sur. Cada Sede funciona en forma autónoma y cuenta con sus propios organismos directivos y docentes, departamentos y grupos funcionales de departamentos que por diversos motivos no se descentralizaron totalmente.

En 1972 la Unidad de Medicina Preventiva y Ciencias Sociales y la Unidad de Psiquiatría de área central forman el Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Psiquiatría de área. En esta etapa se consolidan paulatinamente las tareas docentes de las ciencias sociales en las carreras de Enfermería y Obstetricia y sufren un cambio importante en la carrera de Medicina.

En efecto, con la constitución del Departamento y la conjunción en la nueva área de un grupo de docentes de medicina preventiva con una rica experiencia de trabajo extrahospitalario se reinicia la enseñanza integrada en los niveles preclínico y clínico. La integración con este grupo fué rápida y fructífera; a pesar de los numerosos cambios en el personal de científicos sociales el núcleo estaba constituido por sociólogos y psicólogos que se habían iniciado en el campo de la salud en el período de integración con las clínicas. Así, además de la enseñanza de las asignaturas de Psicología y Sociología en los dos primeros años de la carrera se comienzan a desarrollar programas integrados con salud pública y medicina social en tercer año (Medicina Integral), programas de enseñanza multidisciplinaria en Consultorio Externo en cuarto y quinto años y un programa de Medicina Ocupacional en quinto año.

y medicina social en tercer año (Medicina Integral), programas de enseñanza multidisciplinaria en Consultorio Externo en cuarto y quinto años y un programa de Medicina Ocupacional en quinto año.

Cabe destacar que el proceso de cambio que el país vive desde 1970 tiene también una enorme trascendencia en el quehacer universitario que, la mayoría de las veces y a pesar de las declaraciones de principios y las buenas intenciones, tiende a desligarse de la sociedad en la cual se enmarca. Por las perspectivas de desarrollo que ellas ofrecen, las actividades extramurales de te-

reno y en consultorio adquieren especial relevancia; el proceso de democratización por el cual pasa el Servicio Nacional de Salud constituye el centro de atención de todos los que laboran en él incluyendo a alumnos y docentes universitarios que de expectadores se convierten en partícipes comprometidos. Se intensifican las actividades de extensión con la comunidad a través de cursos de salud a los organismos base y asesorías a diversos proyectos comunitarios, entre los que destacan la formación de responsables de salud y la creación de salas cunas y jardines infantiles; la educación en servicio al personal del SNS gira en torno al proceso de democratización y la participación del equipo de salud y la comunidad en él.

Todas las actividades reseñadas comprometen la participación activa de los alumnos y constituyen experiencias docentes y de formación personal inmejorables; éstos asisten a las reuniones de los Consejos Locales de Salud de los consultorios en que desarrollan sus actividades, entablan estrecho contacto con la comunidad en torno a sus problemas de salud muchos de los cuales contribuyen a solucionar y, lo que es más importante desde el punto de vista de este trabajo, logran visualizar con toda claridad el aporte de las ciencias sociales en la comprensión y manejo de la cambiante realidad que los rodea.

Dos son las líneas principales de investigación desarrolladas en este período, ambas originadas en los procesos de cambio del SNS y del intercambio con su personal y beneficiarios: el equipo de salud y la participación popular en salud. En este sentido se produjo también un salto cualitativo en relación a las características de la investigación, escasa por lo demás, en las etapas anteriores; por primera vez fué posible plantear legítimamente la necesidad de estudiar la problemática de salud en un contexto global que permitiera abordar los fenómenos en toda su complejidad y riqueza más allá de la explicación de parcialidades aisladas que no permiten avanzar en su conocimiento.

CONCLUSIONES

Hay que dejar establecido en primer lugar que el presente trabajo está basado en la descripción de una de varias experiencias realizadas paralelamente en el país y que, por tanto, sus modalidades y particularidades específicas no son imputables a las otras. La experien-

cia relatadas se desarrolla en condiciones más o menos excepcionales por cuanto se trata de un proceso que aunque adopta diversas formas y estilos, asume durante 10 años un rasgo de continuidad que es definitorio para su comprensión. Además se enmarca en un grupo humano especialmente receptivo a una visión más amplia de los elementos involucrados en el campo de la salud.

En segundo lugar, lo que aparece como un rasgo generalizable es el hecho que las carreras de la salud presentan condiciones estructurales adversas a una fácil y productiva relación con las ciencias sociales. Razones que van desde una diferente perspectiva teórico-epistemológica hasta la existencia de una abrumadora tendencia "profesionalizante" y que desembocan en una visión de las ciencias sociales con marcados rasgos

"instrumentales", funcionales a ciertos patrones de "rendimiento" éstos tienden a agotar la potencialidad del desarrollo de una visión más amplia de los problemas de salud. Pese a que el contexto de la Universidad Reformada proporcionó un inmejorable clima para el desarrollo de las ciencias sociales en el área de la salud -enmarcado en la necesidad socialmente legitimada del cambio a nivel social- los avances de las experiencias iniciadas no alcanzaron a considerarse de un modo estable que asegurara la superación de las dificultades planteadas.

Un tercer aspecto, estrechamente ligado al anterior, tiene que ver con la necesidad de constituir equipos de científicos sociales al menos de carácter mixto -Sociólogos, Psicólogos Sociales- que permitan establecer un puente, en términos disciplinarios, entre los aspectos sociales e individuales.

BIBLIOGRAFIA

1. Para un análisis más detenido del tema, ver: GARRETTON, M.A. y MORALES, E.J. Políticas sociales y papel redistributivo del Estado en América Latina. Santiago, FLACSO, 1976.
2. Un estudio pionero en ese campo es ALLENDE, S. La realidad médico-social Chilena. Santiago, Aurora, 1939. Otra expresión es el primer texto de salud pública producido en América Latina por otro médico de esa generación. MOLINA, G. y ADRIASOLA, E. Principios de administración sanitaria; teoría y práctica de la Salubridad en América Latina. Santiago, Universidad de Chile, 1955.
3. JADRESIC, A. La reforma universitaria y la Facultad de Medicina. Revista de Educación Nos. 15-16, 1969.
4. Ibid.
5. Ibid.
- * VASCONI, T. y RECA, I. Movimiento estudiantil y crisis de la Universidad de Chile. In: Chile hoy. México, Siglo XXI, 1970.
6. JADRESIC, op cit.
7. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Report of a study group on internally acceptable minimum standards of medical education. Geneva, 1961. (Informe Técnico, 239).
-----, Training of the physician for family practice. Geneva, 1963. (Informe Técnico, 257).
- SEMINARIOS SOBRE LA ENSEÑANZA DE MEDICINA PREVENTIVA, Viña del Mar, 1955. Informe. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1957. (Publicación Científica, 28).
8. Declaración de principios sobre los propósitos de la Educación Médica. Escuela de Medicina, Universidad de Chile, 1960.
- (X) Damos por superada la discusión inicial sobre qué disciplinas integran el rubro ciencias sociales o ciencias de la conducta a la luz de desarrollos posteriores que, al definir las áreas o problemas a que éstas deben contribuir, implícita o explícitamente definen cuáles son las disciplinas requeridas.
9. BADGLEY, R.B. and SCHULTE, M. Social Science teaching programs in latin american medical schools, Milbank Memorial Fund Quarterly 44(2), 1966.
- (X) El Hospital San Borja es el Hospital Base del Area Central, una de las 5 áreas urbanas de salud de Santiago. Perteneció al Servicio Nacional de Salud (SNS) y en él se forman médicos y otro personal mediante la confluencia de recursos y personal de la U. de Chile y del SNS. Este programa además de contar con el apoyo del SNS y la U. de Chile, despertó el interés de organismos extranjeros e internacionales. A partir de 1965 la Fundación Milbank contribuye a la contratación del personal de ciencias sociales a través de un "Programa para el desarrollo de las ciencias sociales en el campo de la salud".

10. MOLINA, G. y JIMENO, C. Teaching social science concepts in clinical setting in preventive medicine. Milbank Memorial Fund Quarterly 44(2), 1966.
- (X) La Ficha Epidemiológica -social contiene una serie de datos útiles al interés clínico agrupados en 7 rubros: nivel de instrucción, ocupación, ingresos y seguridad social, hábitos personales y nutrición, actitudes y personalidad, vivienda y grupo familiar y costo de la enfermedad.
11. MOLINA, G. Evaluación de la enseñanza preventiva y social integrada en las clínicas. Educación Médica y Salud 1(2): 67-84, Mar. 1967.
12. GARCIA, J.C. La educación médica en A. Latina. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. 413 p. (Publicación Científica, 255).
13. MORALES, E. El estudiante de medicina y su imagen de la profesión. Revista Hospital San Borja 1(1), 1966.
14. El trabajo más serio en este sentido fué el "Formulario de Nota de Concepto" aplicado en la calificación de los alumnos de clínica. O. Soto y Gloria Molina (Mimeografiado Cátedra de Medicina "A" - H. San Borja, 1965).
- (X) Las unidades coinciden con las 5 áreas urbanas de salud de Santiago cada una de las cuales cuenta con un Hospital Base de Adultos y un Hospital Pediátrico en donde se realiza la enseñanza.
15. UNIVERSIDAD DE CHILE. FACULTAD DE MEDICINA. Propósitos y objetivos generales de la docencia en la Facultad. En: Anuario Escuela de Medicina, 1970.
16. ----- . Objetivos específicos de la carrera de medicina. En: Anuario Escuela de Medicina, 1970.
Hasta ahora se incorporaban sólo a partir del 40, año de la carrera.
17. Programas docentes, área central, 1970.
- (X) La Fundación Milbank otorga un Grant docente y de investigación a los tres científicos sociales más antiguos del grupo.
18. UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE MEDICINA. Planes de estudios de las carreras de Obstetricia y Enfermería del área central, 1971.