

# **Medicina Comunitaria, Medicina General y Trabajo Social: una experiencia en San Ramón**

Primera parte

Lic. Laura Guzmán  
Lic. Miriam Thumala  
Prof. César Barrantes

## **1. Ciencia, Medicina y Trabajo Social**

En el presente trabajo nos interesa resaltar entre otras cosas, al frecuencia y las formas en que la Ciencia Social- y con ella la Medicina- ha sido reflejo más o menos fidedigno de los procesos económico-político-socio-culturales de América Latina. Con ello se revela "... el permanente rol que le poder y las estructuras dominantes, ejercen so sólo sobre las orientaciones teóricas hegemónicas, sobre los tipos y modos de investigación sino sobre todo respecto del uso o no uso de las teorías e investigaciones socioculturales" (1).

Vemos así, cómo, al influjo del liberalismo y posteriormente del positivismo, y más recientemente del populismo y desarrollismo, entre otros "ismos" que atraviesan nuestro Continente, corresponden determinadas funciones asignadas a las diversas disciplinas, que instrumentalizan desde muy diferentes perspectivas y grados de intensidad casi nunca explícitos, la estructura organizativa dominante de nuestras sociedades.

Hablar de la Ciencia es hablar de la historia de la humanidad, pero para los efectos del presente trabajo bastara saber que el quehacer científico ha estado históricamente determinado por las condiciones político-económicas de las coyunturas sociales en que se han originado (2).

La ciencia moderna se inicio con el capitalismo, y tanto los avances como las serias limitaciones en su desarrollo han sido impuestas por un lado, por las necesidades de producción, comercio y expansión industrial de las burguesías dominantes en su lucha contra el feudalismo, y por otro lado, por la necesidad objetiva de mantener ocultos los mecanismos de dominación de la organización capitalista. Ideológicamente, la concepción de ciencia que se elabora durante ese periodo, congruente con la creciente división social del trabajo que de- forma tipos- muy variados de especialistas perdidos en su propia particularidad, se desarrolla de tal manera, que cada disciplina se forma en algo originario e independiente que impide el intercambio y niega el conocimiento unitario de la realidad. Ello a llevado a los científicos a definir rígidamente sus roles y funciones, su formación y practicas profesionales, separando artificialmente unas de otras.

Dentro de este saber artificialmente jerarquizado, ha correspondido a la ciencia médica mantener su hegemonía (como reflejo fiel de una ideología que, llenando de lógica y sentido a una concepción del mundo, permite a las clases dominantes usufructuar de su posición privilegiada) por su larga trayectoria histórica que liga su origen con el Olimpo en donde merodean los mitos, la magia, el sacerdocio y las élites dominantes. La salud por lo tanto, considerada por un subsistema independiente y superespecializado, ajeno a los procesos histórico-estructurales de los que objetivamente los individuos forman parte

inseparable, enmascara el carácter mercantilista, competitivo y deshumanizante que la práctica médica, fundamentada en la acción curativa y preventiva, adquiere en una sociedad capitalista. La concepción naturalista que ha permitido hacer de la Fisiología, la Anatomía y la Bioquímica el sustento mismo de la Medicina (3), ha reforzado principalmente su especialización aislacionista y su deshumanización, sin preocuparse demasiado por las consecuencias socialmente negativas que ocasiona. La constituirse la Medicina en una “especialización pura”, en un negocio impersonal y lucrativo y/o un servicio individualizado y matizado de beneficencia, no es posible correlacionar positivamente sus avances y eficiencia técnicas con los aportes reales a la solución de los problemas estructurales que impiden el bienestar integral de la sociedad (4).

Nos preocupa si la medicina comunitaria es una respuesta a la necesidad que nos plantea el contacto con nuestra realidad latinoamericana, así como la relación que hay entre Trabajo Social y la Ciencia Médica, como punto de partida para considerar por qué nos interesa la Medicina Integral.

Para dilucidar lo anterior, tendríamos que esbozar cuáles objetivos perseguimos y hacia quiénes orientamos nuestra acción profesional. En nuestro recorrido hacia la reformulación del rol profesional y en el esfuerzo por formar profesionales comprometidos con la realidad latinoamericana, DOMINADA Y DEPENDIENTE; es decir no conformes con la actual situación, nuestros esfuerzos se orientan hacia una TRANSFORMACIÓN SOCIAL, hacia un cambio estructural de la sociedad. Es claro entonces, que el fin último del Trabajo Social y sus objetivos van en esa línea de transformación social; su acción se realizará de manera conjunta con los sectores populares marginados y explotados. Nuestros esfuerzos van dirigidos al servicio de las clases populares, pues creemos que serán ellos los actores del proceso de cambio, sujetos hacedores de su historia y capaces de asumir el rol que les corresponde en este momento determinado.

A nivel de la práctica social es necesario que las demás disciplinas de la Ciencia se incorporen al proceso. Estamos conscientes de que nuestros objetivos tomaran cuerpo cuando todos estemos involucrados, según nuestra competencia, en esta ardua tarea de la construcción de una nueva sociedad. Creemos que a nivel de conciencia y de respuesta a nuestro contexto centroamericano, varias disciplinas, entre ellas la Medicina, comienzan a hacer luz, a adquirir una visión clara, y han emprendido una acción consecuente con la actual coyuntura político social.

Surge de este modo en la práctica social la cuestión de un trabajo coordinado, interdisciplinario, en donde cada profesional consciente de la totalidad de la realidad, asuma un papel adecuado según su formación específica. Es por lo que aquí se señala que consideramos de importancia el profundizar en el “enganche” con las otras profesiones, este caso con la Medicina.

## **2. La carrera de Trabajo Social del Centro Regional Universitario de San Ramón.**

### **2.1 Justificación**

El proceso de “reconceptualización” del Trabajo Social plantea a nuestra Escuela la necesidad de una reubicación de la profesión en la problemática costarricense, simultáneamente con una redefinición de los principios, objetivos y funciones profesionales de acuerdo a la nueva orientación del Trabajo Social latinoamericano.

Una de las preocupaciones más serias ha radicado en el desplazamiento que debe realizar la Institución hacia y el compromiso que tiene que asumir con el sector campesino, pues hace unos pocos años la Escuela se orientaba las zonas urbanas y semi-urbanas marginales, entre otros factores, por la localización de la Ciudad Universitaria “Rodrigo Facio” en el Área Metropolitana de San José y al carencia de un presupuesto adecuado, lo que ha hecho difícil que profesores y estudiantes se desplacen periódicamente hacia las zonas rurales más representativas del país. Por otra parte, el profesional formado en la sede “Rodrigo Facio” se queda por lo general, prestando servicios profesionales en las instituciones de bienestar social del área del Valle Central.

Con el fin de poder contrarrestar dicha situación y cumplir con los nuevos objetivos pedagógicos y profesionales propuestos desde 1972, la Escuela de Trabajo Social ha comprendido que las unidades académicas idóneas para llevar a cabo este tipo de propósitos y programas- por su orientación y ubicación en regiones rurales- son los otros centros regionales. Siguiendo esa línea, fue escogido el Centro Regional Universitario de San Ramón como primera sede regional para la Carrera de Trabajo Social en 1973, respondiendo es apolítica al proyecto de regionalización de la Escuela de Trabajo Social. Un año después, la institución amplió su radio de acción al Centro Regional de Liberia.

### **2.2 Qué es la Carrera de Trabajo Social en San Ramón**

La Carrera de Trabajo Social en San Ramón en la unidad académica encargada de prestar capacitación profesional y técnica en diferentes ramas del Trabajo Social. Cubre el área comprendida por los cantones de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo, Grecia, Esparza y San Carlos.

Se ha encontrado que en el área de influencia del Centro Regional, la gran mayoría de las personas que desempeñan funciones de trabajador social cuentan con una formación inadecuada, además de no contar con una visión clara de cuáles son los objetivos , postulados, métodos, técnicas y el rol profesional del trabajador social costarricense.

En la actualidad, la Carrera entrega el título de Bachiller en Trabajo social, encontrándose entre sus planes inmediatos la estructuración de un programa de Licenciatura y otro de carreras cortas (éste se iniciará en 1975 con las carreras de promotor social y promotor en salud). Todos estos

programas han nacido a luz de las necesidades que arroja el conocimiento científico de la zona, así como de los problemas de capacitación del personal de Trabajo Social mencionados líneas atrás.

La Escuela de Trabajo Social trata de contribuir a la construcción de una universidad ligada a los verdaderos intereses sociales y políticos de los sectores populares, con el fin de entregar a éstos elementos útiles para la transformación de su realidad.

El tipo de profesional y técnico que forme la Carrera debe responder a ese compromiso, sin orientarse hacia intereses lucrativos, individualistas y profesionalizantes y capacitado al más alto nivel científico y técnico, a través de una inserción permanente en la realidad. En este sentido, la Escuela va creando las condiciones adecuadas para que los estudiantes desarrollen al máximo las características básicas necesarias para el desempeño de Trabajo Social, de tal forma que el estudiante deberá al final de su carrera, estar en capacidad de convivir en un sistema de organización cooperativa y solidaria.

### **FINES Y OBJETIVOS:**

Los fines y objetivos generales y específicos de la carrera de Trabajo Social (ver anexo # 1) se apoyan en los postulados básicos de la “reconceptualización”, tomando como punto de referencia más cercanos los objetivos profesionales de concientización, organización y capacitación social.

Los objetivos específicos de la Carrera, los objetivos de los talleres y los de las áreas de contenido, se definen en términos de servicio, proceso pedagógico y de conocimiento, dándose una interrelación estrecha entre ellos.

### **TALLERES:**

El Taller aparece como la instancia teórico-práctica que viene a satisfacer nuestra búsqueda de una metodología pedagógica acorde con nuestra realidad, y como manera de dar respuesta en forma dinámica y eficiente a las necesidades de los sectores a los cuales dirigimos nuestra acción.

El Taller es el eje orientador de toda la actividad de la Escuela de Trabajo Social, y sirve como elemento articulador de todos los niveles organizativos y docente, además de constituirse en un instrumento útil para la ligazón del Trabajo Social con el resto de las Ciencias Sociales. Pretende integrar sistemática y objetivamente en un proceso continuo y permanente, las actividades teórico-prácticas con los servicios a los sectores populares.

En síntesis, sus tres instancias para la acción son:

- a- pedagógica,
- b- integración teórico-práctica,
- c- servicios a los sectores populares.

Tanto el estudiante como el docente deben a través de todo el proceso, enfrentar y superar en mayor o menor grado un conjunto de contradicciones surgidas de la práctica profesional. Siguiendo esta línea, se han distinguido usualmente tres de ellas:

- a- estudiantes-sectores populares,
- b- acción espontánea-acción científica,
- c- institución-universo sectores populares.

No obstante, hemos encontrado dos contradicciones más, que como parte de ese proceso surgen en el transcurso del mismo:

- a- educación tradicional-educación transformadora,
- b- universo Escuela de Trabajo Social-universo del profesional.

En términos de su operacionalización, además de todo lo anterior, el taller necesita ampararse en un conjunto de objetivos e instrumentos, especificados para cada nivel, concomitante con las funciones que en la práctica realizará el estudiante. Los contenidos dejan de ser aislados, rígidos y considerados como materias o cursos, para conformar áreas de contenido dinámico, flexibles y críticas.

La Práctica es la columna vertebral, incorporándose ésta a las áreas de contenido en in proceso teórico-práctico y multidisciplinario. Todo lo anterior permite el desarrollo de una programación y acción coordinada, crítica y transformadora.

### **2.3 La Práctica supervisada de la Carrera**

Las prácticas supervisadas de la Carrera se realizan actualmente en coordinación con el Programa de Salud Rural del Hospital “Carlos Luis Valverde Vega”, en cuatro de las comunidades amparadas por ese programa.

Lo anterior se sustenta en la experiencia acumulada durante dos años de contacto directo con el Programa de Medicina Comunitaria de la Unidad Sanitaria de Goicoechea de San José y dieciocho meses con el Programa de Salud Rural de San Ramón. Esto nos ha permitido por un lado comprender las contradicciones que surgen a partir de la practica de la medicina comunitaria en nuestro país, y por otra parte, vislumbrar los caminos que deberían orientar la medicina integral y el papel que en ella juegan tanto los sectores populares como el Trabajador Social.

Hemos estado conscientes de las implicaciones que podrían ser limitantes por la formación de los estudiantes; el hecho de ligarse a una institución que posee una estructura organizativa y de poder con toda una tradición no fácilmente susceptible de cambio; la ideología del medico que lo lleva inconscientemente a asumir la supremacía sobre le personal técnico; y otras limitaciones para los aportes de estudiantes y profesores.

El programa en sí ofrece una serie de condiciones favorables para el logro de nuestros objetivos como Trabajadores Sociales. Entre ellas están la posibilidad de realizar un trabajo multidisciplinario, institucional y de campo, orientado hacia los sectores populares principalmente campesinos y

marginados, en el cual el Trabajo Social puede aportar elementos valiosos para el desarrollo de las acciones de transformación social. El conocimiento multidimensional que se adquiere del trabajo en equipo permite realizar acciones más eficaces y una formación profesional más consistente para el futuro Trabajador Social.

Por último, un hecho no relevante para la decisión, pero sí sintomático de la realidad institucional del país: el Programa de Salud Rural de San Ramón es el único que en forma decidida, seria y sistemática se lleva a cabo en la zona.

### **3. El Programa de Salud Rural del Hospital de San Ramón**

#### **3.1 Cómo surgió el Programa (5)**

El programa de Salud Rural del Hospital “Carlos Luis Valverde” se creó en 1971, comenzándose en el distrito de San Juan, apoyado en las experiencias comunitarias que se venían realizando en los últimos 18 años por el personal de ese Hospital.

Actualmente la zona cubierta por el programa: los cantones de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz, ha sido declarada “área piloto programática”, dependiente directamente de la División de Regiones Programáticas del Ministerio de Salud, formando parte simultánea del Programa Nacional de Salud Rural.

El Programa de Salud Rural ha sido impulsado y fortalecido especialmente por la dedicación del doctor Juan Guillermo Ortiz Guier, contando a través de su trayectoria con la colaboración y participación activa de médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, etc. Nació como producto de una preocupación por llevar a todas las zonas rurales del país los servicios de salud, ya que si bien se habían establecido en algunos poblados Puestos de Salud por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Salud, la atención era deficiente, escasa y esporádica. Los proyectos desarrollados se orientan en la línea de acciones de salud pública en general, así como en los campos de la psiquiatría comunitaria, geriatría, investigaciones sobre hepatitis y otros.

#### **3.2 Qué pretende el programa**

A través del Programa de Salud Rural, se pretende lograr fundamentalmente: (6)

- a. la integración de los servicios de salud;
- b. dar solución a los problemas que se engendran en la comunidad;
- c. cambiar la actitud pasiva del campesino;
- d. brindar medicina integral al 100% de la población;
- e. luchar por el desarrollo integral de la comunidad;

### **3.3 Problemas que ha tenido que afrontar**

Desde su inicio el Programa de Salud Rural ha tenido que soslayar una serie de dificultades, entre las cuales señalamos: (7)

- 3.3.1 Personal médico. En su mayoría ha sido formado para practicar una medicina intra hospitalaria y privada, lo que obstaculiza la posibilidad de que el médico se desplace hacia la comunidad.
- 3.3.2 Personal de enfermería. Las enfermeras y auxiliares de enfermería se ha preparado para prestar atención hospitalaria, o bien médico-preventiva a nivel de unidad sanitaria.
- 3.3.3 Con la Comunidad. El programa se ha visto obligado a tratar de estimular la toma de conciencia de las comunidades para que cambien su actitud pasiva por una más dinámica y de mayor conciencia social.
- 3.3.4 Nivel central. La falta de interés por llevar la medicina a todo el pueblo ha dificultado en varias oportunidades el desarrollo positivo de los diferentes proyectos. Esta situación ha obligado al equipo de salud a intentar cambios de actitud a nivel central.

### **4. Reflexiones finales**

En contacto con el programa de Salud Rural de San Ramón y con otros proyectos de medicina comunitaria, nos ha permitido vislumbrar, varios elementos positivos que son aprovechables para el desarrollo de una acción social científica, y en cuanto los demás elementos negativos que exigen cambios sustanciales y profundos a fin de que la medicina comunitaria se transforme en medicina de integral al servicio de los grupos populares. Creemos que es nuestro deber intentar hacer una crítica constructiva de la medicina comunitaria, dado que la Universidad en estos momentos, debe enfrentar el reto que nuestra problemática le plantea, a través de contribuciones directas que conlleven a cambios sustanciales. Es en esta línea que hacemos las observaciones, esperando que sirvan como retroalimentación a los programas de medicina comunitaria.

El Programa de Salud Rural de San Ramón y otros similares permiten realizar un trabajo de campo, institucional e interdisciplinario orientados hacia los sectores populares, sobre todo considerando que la práctica corriente de las instituciones estatales se orienta hacia el logro de los objetivos institucionales y no hacia el beneficio de las personas demandantes de los servicios. Lo anterior estimula también trabajo voluntario de personas y grupos interesados en proyectarse. Constituye un campo casi inexplorado para la Ciencia Social, o que permite hacer aportes creativos, en cuanto al logro de objetivos de transformación social, a través de acciones concretas referidas al problema de salud.

El personal en general que participa en el Programa, está identificado con los objetivos de éste, evidenciándose una mística por el trabajo, en especial cuando debe desplazarse al campo. Ello es prueba de que el personal se encuentra identificado con los objetivos del programa.

Las acciones del programa están, por lo tanto, generando un conocimiento multidimensional de la realidad de la zona, generándose nuevas

acciones más efectivas y el crecimiento formativo de los participantes. Asimismo, estimula la participación organizada de la “comunidad” en las acciones de salud programadas, principalmente en la prestación de los servicios médicos (los puestos de salud han ido construyéndose fundamentalmente con fondos y trabajo de las mismas organizaciones comunales), con lo que las posibilidades de “democratizar” las estructuras podrían llegar a abrirse a mediano plazo, si se realizan los cambios estructurales necesarios. Por lo tanto, es un proyecto que con una adecuada orientación podría contribuir efectivamente como instrumento para la participación y movilización populares encaminadas hacia el cambio social.

Al mismo tiempo, contribuye a evidenciar y solucionar algunos problemas e injusticias de las estructuras económico-sociales y sobre algunos de los problemas concretos de las comunidades.

No obstante todo lo anterior, consideramos que para que estos programas tengan mayor cobertura y lleguen realmente a ahondar en las tareas de transformación social, se hacen necesarias acciones a nivel de políticas sociales en general. (Un ejemplo podría ser las políticas alrededor de programas de reforma agraria concebidos como transformación radical de la estructura agraria, para lo que deben considerarse cambios en la tenencia de la tierra, distribución del ingreso, políticas bancarias y de capacitación y asesoría técnicas, cambios profundos en la educación formal e informal, etc.). ello es requisito indispensable para asentar las bases para la construcción de una nueva sociedad y de un nuevo hombre.

Debe anotarse la importancia de la constitución y funcionamiento de los equipos interdisciplinarios compuestos por diferentes profesionales, lo que permitirá visualizar y penetrar en los procesos o fenómenos sociales con el aporte de las diversas disciplinas involucradas. Dichas acciones deben ir en la línea de fomentar la participación a nivel de decisiones políticas en sus respectivas áreas y entregar ciertos elementos de capacitación que sean coadyugantes a lo anterior. El trabajador social orientará su rol dentro del equipo y las tareas profesionales en la línea de la concientización, organización y capacitación social de los sectores populares para que los servicios de salud sean dirigidos hacia los intereses sociales de clase de estos, con miras a que en un futuro se conviertan en administradores de sus propios servicios de salud. El trabajador social deberá también de participar en la capacitación del personal que labora con los programas de Salud Rural, sobre todo en las reas de realidad nacional, entrega de instrumental técnico-metodológico de utilidad para conocer, interpretar e insertarse en la problemática de las personas con quienes trabaja, en la planificación y definición de políticas y otras áreas del dominio de la profesión.

En lo referente al desarrollo y estructuración de una metodología adecuada y eficiente, se tendrán que considerar los siguientes aspectos:

- a. El punto de partida para las tareas de los programas serán las necesidades sentidas con el fin de ahondar y llegar a través de ellas, a los problemas generadores y su ubicación en el contexto del subdesarrollo y la dependencia.
- b. La metodología deberá generar realmente, una toma de conciencia de cuáles son las contradicciones fundamentales de esa problemática (por parte de los pobladores y el equipo).



- c. Debe facilitar la participación de los pobladores y miembros del equipo, en igualdad de condiciones, generándose una división social del trabajo en la cual se abandone la trayectoria idealista-positivista y el quiebre del marco liberal capitalista, no solo a nivel de salud sino de la estructura social en general.

Por otra parte, los programas de medicina comunitaria contribuyen a elevar el nivel de expectativas de las poblaciones. Si no se cuenta con los medios para responder a esas necesidades, se puede aumentar el nivel de frustración o crear situaciones explosivas, al tomar las comunidades conciencia de que la salud no es en manera alguna, la tabla salvadora que se les prometió.

La ideología sustentada por la generalidad de los médicos, reproduce la interior del programa el sistema de dominación social: el médico en el que define las funciones de los demás miembros del equipo considera subalternos y para profesionales. El tratamiento médico es la que gira todo el desarrollo del programa.

Ello coopera e influye en gran medida, en el personal de enfermería el que está castrado por la prepotencia del médico, quien no delega su autoridad, situación que es proyectada al interior de las comunidades.

Otro problema radica en que no se visualiza por lo momentos, la posibilidad de realizar cambios estructurales de importancia. Por lo tanto, resulta sumamente difícil cubrir a nivel nacional a todos los sectores de la población con los programas de salud, dada su orientación clasista.

Asimismo, el carácter de Proyectos Pilotos crea ciertas condiciones óptimas que hacen soportable a los intereses de la clase dominante.

Los programas enfatizan mucho en cuanto a las realizaciones tendientes a la disminución de las tasas (medicina preventiva) importantes para la salud pública, dejando en un segundo plano la participación organizada de las comunidades. La organización es orientada usualmente en la línea de la "organización y el Desarrollo de la Comunidad", considerándose con ello a la comunidad como la generadora de los problemas que la afectan, y no visualizándolos como generados por la misma estructura social. Al mismo tiempo, se promueve la organización popular como un instrumento para el logro de los objetivos del programa y para hacer más eficientes sus servicios. Como corolario, contribuye sin pretenderlo, a reforzar la concentración del poder en las comunidades.

En cuanto a la evaluación de los programas, se utilizan tipos referidos fundamentalmente a la medición cuantitativa y no cualitativa de los logros. Ello dificulta el que los miembros del equipo y los pobladores adquieran conciencia de los problemas y las contradicciones superficialmente, pues se analiza lo aparente y no lo sustancial. Además, los objetivos que orientan las acciones son generalmente, poco concretos y por lo tanto, difíciles de operacionalizar y evaluar.

## REFERENCIAS

- (1) Varios autores, Ciencias sociales: Ideología y realidad nacional; Editorial Tiempo Contemporáneo, 1974, p.105.

- (2) Quiroz, Teresa, Trabajo Social y Ciencia; Universidad de Costa Rica: Escuela de Trabajo Social, trabajo mimeografiado, p.2.
- (3) Revista de la Universidad de Costa Rica; #26, 1969, p.19.
- (4) Ibid, p.19.
- (5) Ortiz Guier, Dr. Juan Guillermo, trabajo presentado ante el congreso Medico Nacional, mecanografiado.
- (6) Ibid.
- (7) Ibid.