

SURGIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: PRIMERAS LABORES DE LAS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL

CAROLINA ROJAS MADRIGAL¹

RESUMEN

Este escrito surge a partir de una investigación realizada en la Universidad de Costa Rica, con el fin de ubicar y comprender el desarrollo de los procesos terapéuticos que realizan los trabajadores y trabajadoras sociales en el país, especialmente en el sector salud.

Por esto, se recuperan los albores del quehacer profesional en el primer hospital del país: el San Juan de Dios, se explica el surgimiento de ese centro de salud, las circunstancias políticas, económicas y sociales que le permitieron transformarse en hospital nacional, y su posterior traslado a la Caja Costarricense del Seguro Social.

A partir de este encuadre, el artículo presenta las características de las primeras tres décadas de Trabajo Social en el San Juan de Dios, describe las labores ligadas a las necesidades materiales de la población atendida, y ahonda en procesos que hoy comprendemos como terapéuticos, todo lo anterior a partir de la voz de las trabajadoras sociales que con su labor profesional lograron hacer historia.

DESCRIPTORES:

asistencialismo, asistencia, procesos terapéuticos, Trabajo Social.

¹ Bachiller, licenciada y magister scientiae en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica. Actualmente se desempeña como docente en la Escuela de Trabajo Social. carorojas.madrigal@gmail.com

THE RISE AND CONSOLIDATION OF THE SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL: THE FIRST WORK DONE BY SOCIAL WORK PROFESSIONALS

MSC. CAROLINA ROJAS MADRIGAL*

SUMMARY

This document arose from research done at the University of Costa Rica. The purpose is to locate and understand the development of therapeutic processes carried out by social workers in the country, in particular in the health sector.

Therefore, the professional work done in the first hospital in the country is revisited: the San Juan de Dios Hospital. An explanation is provided for how this health center came about, along with the political, economic, and social circumstances that made it possible for the San Juan de Dios to become a national hospital and then to be transferred to the Costa Rican Social Security Fund.

Next, the article introduces the characteristics of the first three decades of Social Work at the San Juan de Dios and describes the work linked to the material needs of the population that the hospital takes care of. In addition, it delves into processes that today we label as being therapeutic based on the stories of professional workers who have made history through their professional endeavors.

DESCRIPTORS:

assistentialism, assistance, therapeutic processes, Social Work.

* Bachelors, post-graduate, and master's of science degrees in social work from the University of Costa Rica. Currently, Ms. Rojas works as an educator in the School of Social Work. Email: carorojas.madrigal@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Este escrito comparte información sobre las primeras décadas del quehacer profesional en el San Juan de Dios, y conjuga tres elementos: datos de la fundación del Hospital y su consolidación; las experiencias de las trabajadoras sociales pioneras, se recuperan sus propias palabras y, finalmente, la interpretación de la autora sobre estos hechos. Es importante aclarar que el énfasis no es interpretativo, y el relato principal alude al acontecer narrado por las profesionales.

Este artículo se deriva de los resultados de un proyecto de investigación realizado en la Universidad de Costa Rica, desde la Escuela de Trabajo Social, entre los años 2005 y 2007; en él se trató de recuperar y de comprender los orígenes de los procesos terapéuticos desarrollados en el país. Para lograrlo se consultaron fuentes primarias y secundarias que permitieron determinar que esas las labores iniciaron en el sector salud. Por esa razón, se indagaron cuatro instituciones: los hospitales San Juan de Dios, Nacional Psiquiátrico y Calderón Guardia y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

La reconstrucción histórica se realizó desde la hermenéutica profunda, por las posibilidades que ofrece para comprender el contenido y la historicidad del material analizado, así como de recuperar la dialéctica entre los hechos y las interpretaciones de las personas que, como informantes, los describieron y cualificaron. Se consultaron documentos institucionales, libros sobre el tema, artículos de periódicos y revistas, y se realizaron entrevistas en profundidad con las primeras profesionales contratadas en los centros de salud antes mencionados.

En esta oportunidad se retoman los hechos históricos que dan paso a la creación del hospital más antiguo del país, el San Juan de Dios, y se explican desde las particularidades propias de la época que lo vio nacer. Posteriormente, se destaca el proceso de consolidación de este nosocomio y se describen las acciones profesionales en el periodo comprendido entre 1950 y 1970.

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: FUNDACIÓN Y PRINCIPALES TRANSFORMACIONES

Debido a que este centro de salud es el más antiguo de Costa Rica, su historia representa una radiografía de las tendencias que se han presentado en la política social costarricense en relación con la salud pública, lo que explica la exposición que se hace a continuación de algunos aspectos concernientes a su desarrollo.

1. **Fundación del hospital y primeros años de funcionamiento**

En la época de la colonia, caracterizada por la pobreza y el abandono, no existían, en Costa Rica, instituciones de salud, ni personas con conocimientos especializados en esta área.

El primer intento formal por crear un hospital se da por iniciativa de la Iglesia a partir de la visita del obispo de Nicaragua y Costa Rica, monseñor Esteban Lorenzo de Tristán, en 1782. A pesar de que el hospital abre sus puertas en esos años, y es administrado por clérigos de la Orden de San Juan de Dios venidos de Guatemala, todavía no funcionaba a finales del siglo (González, 1995).

Después de la independencia, las intenciones de fundar un hospital general del Estado son retomadas por el Dr. José María Castro Madriz, que como presidente de la Cámara de Representantes apuntala su creación.

La Cámara de Representantes aprueba esta propuesta en julio de 1845, y el presidente en ejercicio, José Rafael de Gallegos, el 23 de julio del mismo año ordena abrir un hospital con el nombre San Juan de Dios. Mediante un decreto del 29 de setiembre de 1845, se crea el hospital y, para su administración, se funda la Junta de Caridad (González, 1995).

Debido a que este centro de salud se concibe desde la lógica del Estado liberal, el apoyo estatal es mínimo. Por esto, su manutención se encarga a una entidad de carácter privado como la Junta y se impulsa la lotería nacional para subsidiarlo.

Es relevante recordar, además, que desde inicios del siglo XIX la organización social del país experimenta cambios respecto a la Colonia, al definirse, por la producción cafetalera, una clara división del trabajo entre el productor, el beneficiador, el exportador y el peón. Esa división del trabajo crea condiciones que propician la concentración de tierras y de capital, bajo el control político de la oligarquía², lo cual genera, en el país, una estratificación social y económica claramente diferenciada (González, 1995).

Según la misma fuente, el desarrollo de la actividad cafetalera evidencia la necesidad de atender la salud de peones y jornaleros. Por esos motivos y ante la amenaza de guerra, el presidente Juan Rafael Mora Porras, con el apoyo del obispo Anselmo Llorente y La Fuente gestionan el nombramiento de una nueva Junta de Caridad y, en 1853, se inicia la construcción del hospital con el apoyo brindado por el pueblo en la consecución de materiales como arena, teja y piedra, requeridos por los curas, desde el púlpito, a las diferentes comunidades.

El hospital, único en el país durante la Campaña Nacional de 1856-1857, tiene un papel central en la atención de los heridos de guerra, y las personas que sufren el posterior brote epidémico de cólera en el Valle Central (Tjarks, Fernández, Espinoza y González, 1977).

2 Según Schifter (1985) las dos últimas décadas del siglo XIX y las tres primeras décadas del XX, se caracterizaron por la presencia de gobiernos liberales que favorecían a la oligarquía cafetalera, que objetaba la intervención estatal, pese a que la clase trabajadora sufrió fuertemente las secuelas económicas de la I guerra Mundial en la década de 1910. El único intento por ampliar las actividades del Estado fue el de la administración González Flores (1915-1917), que fue derrocado por un golpe de Estado propiciado, precisamente, por la oligarquía.

Tras la guerra, el Estado queda sin fondos por los gastos asumidos, y no puede girar la suma anual requerida por el nosocomio. En el año 1861 el San Juan de Dios cierra sus puertas (González, 1995).

Indica el mismo autor que, dos años después, se logra su reapertura con 20 camas, durante el gobierno de Jesús Jiménez, en 1864.

Un hecho que se mantiene por más de 100 años fue la presencia de la Congregación de las hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, que establece un contrato con la Junta de Caridad de San José, en 1871. Las religiosas inician su trabajo en enero de 1873 y se encargan de la rectoría del hospital, de establecer normas, organizar la atención y realizar labores de enfermería (González, 1995).

Por las condiciones de la época, el San Juan de Dios presenta alta mortalidad y una amplia estadía de las personas internadas.

2. El San Juan de Dios a finales del siglo XIX e inicios del XX

Después de 1880 la economía agroexportadora logra consolidarse en Costa Rica, con la expansión del cultivo del banano, una actividad que se constituye en la base de la United Fruit Company. El modelo agroexportador, basado en el café y el banano, estimula el desarrollo de una pequeña industria en las ciudades, especialmente en San José -que fue la capital de Costa Rica a partir 1823-. Sin embargo, esta actividad económica es limitada. A fines de la década de 1920 es visible el agotamiento del modelo que crece de forma extensiva, basado en la incorporación de más tierra y fuerza de trabajo, sin integrar un cambio tecnológico sistemático (Molina y Palmer, 2005).

Precisamente por las condiciones de la clase trabajadora, gran parte de las enfermedades presentes en las primeras tres décadas del siglo XX, atendidas en el San Juan de Dios, son brotes epidémicos, enfermedades venéreas y enfermedades provocadas por parásitos.

En estos 40 años el hospital se consolida en su estructura general, mediante la creación de un departamento de cirugía, la dotación de instrumental técnico, las mejoras en los diagnósticos médicos de ingreso y el funcionamiento de la contabilidad general (González, 1995).

La aprobación de la *Ley del impuesto a sucesiones* y la *Ley del impuesto de pasajes al ferrocarril* permite construir nuevos aposentos para los servicios de cirugía, atención de niños y niñas, y aislamiento requerido para personas con tuberculosis. Algunos ingresos económicos son aportados por grupos de extranjeras ligados al comercio, ya que les interesa la atención de los trabajadores vinculados a las tareas agrícolas (González, 1995).

En la primera década del siglo XX se decide que el San Juan de Dios debe brindar servicios a todo el país, por lo cual se destinan los sobrantes de la lotería nacional a su manutención, y se le asigna más terreno para ampliar sus edificios. A pesar de estas medidas los fondos continúan siendo escasos.

1. Cambios suscitados por el tránsito del Estado liberal al interventor

En 1928, la fuerte dependencia económica del modelo agroexportador se ve afectada por la caída de los precios internacionales del café y el banano, el colapso de la Bolsa de Nueva York en 1929 y la gran crisis económica mundial de los años 30. La crisis del sector exportador produce, además, un decrecimiento de los impuestos de aduana, vitales para el Estado. Se trata de superar este déficit en el fisco mediante nuevos tributos, sin embargo, la medida no resulta exitosa (Molina y Palmer, 2005).

Estas circunstancias desacreditan los dogmas del libre mercado en el mundo y en el país. Los vientos de cambio empiezan a agitarse. En 1935, el Estado sustituye el concepto de caridad por el de protección y asistencia social –al menos formalmente–, lo que se evidencia en los decretos y leyes promulgados en 1935 y 1936, donde se indica que, en adelante, las Juntas de caridad se denominarán Juntas de protección social. Este nombre abre el camino a una nueva visión de la salud pública que se concretó años después. En 1936 se decreta que el hospital San Juan de Dios ofrezca “asistencia médica” pero, en la práctica, continúa funcionando como institución de beneficencia (González, 1995).

Por iniciativa del Dr. Peña (director del Hospital en esta época) en el año 1943 se crea el servicio social, con el fin de que la institución dé seguimiento a los y las pacientes después de su egreso. Sobre este hecho recupera González (1995: 275):

Este servicio fue el embrión del servicio de trabajo social, que se estructura formal y científicamente, a partir de 1954, con la llegada de la asesora en este campo, señorita Dinix Carneiro, de nacionalidad brasileña.

Concretamente, en su camino evolutivo, el trabajo social pasa de conocer las causas y efectos sociales que acompañan a las enfermedades a la investigación, capacitación, educación y acción social.

El Hospital se financia con las ventas de las fincas, de impuestos, mortuales, pensiones, subvención del Gobierno, aunque su ingreso más importante es el suplemento de la lotería, que, en ese momento, había mejorado sustancialmente.

Es precisamente en la década del 40 cuando se evidencian con mayor claridad las transformaciones en el papel del Estado costarricense pues a partir de la nueva legislación social se actualiza la política sanitaria anterior a 1941.

Los radicales cambios de esa época se forjaron gracias a la alianza entre el entonces presidente Calderón Guardia, el partido comunista y la Iglesia católica, que desde hacía décadas se oponía a los liberales.

A pesar de la baja en los ingresos fiscales, el nuevo gobierno del Rafael Ángel Calderón Guardia (1940-1944), emprendió un ambicioso programa de reformas sociales entre 1940 y 1943. Se abrió la Universidad de Costa Rica, se estableció la Caja Costarricense de Seguro Social, se aprobó el Código de Trabajo y se agregó a la Constitución un capítulo de Garantías Sociales (Molina y Palmer, 2005: 6).

Esto provoca el descontento de la oligarquía que apoya al grupo armado encabezado por José Figueres Ferrer, que inicia la guerra civil y resulta triunfador. Sin embargo, después de la guerra, José Figueres Ferrer mantiene las garantías sociales (Molina y Palmer, 2005), a pesar de la represión que ejercía sobre las clases obreras y su fuerte oposición al partido comunista (Schifter, 1985).

Por los cambios suscitados en la convulsa década del 40, en los años subsiguientes el sector público y sus instituciones crecen, concentran los recursos en el sector salud y en la educación. Paulatinamente se logran controlar brotes epidémicos en el país, y se previenen algunas enfermedades que mejoran las condiciones de la población costarricense.

De 1950 en adelante se multiplican los servicios en el San Juan de Dios. También empiezan a incrementarse algunas especialidades médicas (González, 1995).

Según el mismo autor, la progresiva extensión de los seguros sociales permite a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) adquirir solidez e independencia. Esto propicia, a principios de la década de los 60, la necesidad de universalizar los seguros y lograr mayor financiamiento. Como parte de este crecimiento de la institución, y de la situación financiera de las Juntas de Protección Social existentes en la época, en la década del 70, se toma la decisión de trasladar todos los hospitales a la CCSS, lo cual se concreta progresivamente.

En 1974, se firma el contrato de traspaso del hospital San Juan de Dios y este se realiza el 1 de setiembre de 1977.

El proceso no transcurrió libre de pugnas. Un grupo de médicos del hospital se mostraba reacio a participar en un sistema de medicina social supervisado por considerar que posiblemente afectaría su práctica privada. Además, el personal afirmaba que formar parte de la Caja podría llevar a una deshumanización en el trato que se daba a los y las pacientes. A pesar de todas estas circunstancias el traspaso se hizo efectivo.

Ya en la CCSS el San Juan de Dios se define como hospital clase A, o sea, un hospital nacional que desempeña actividades de investigación, docencia y proyección a la comunidad, y tiene la obligación de atender a las personas aseguradas directas, a las aseguradas por cuenta del Estado, a las del régimen no contributivo, a las del Instituto Nacional de Seguros, y a todas aquellas contempladas en convenios internacionales.

En los primeros años del traspaso, la Caja no realiza muchas inversiones en el San Juan de Dios, una de las razones fue la crisis económica que afectó al país y que se enfrentó mediante el endeudamiento en organismos financieros internacionales (González, 1995).

TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LAS DÉCADAS 1950-1970

1. Primeras labores profesionales: entre el asistencialismo y la búsqueda de legitimidad profesional

Como se evidencia en el apartado anterior, el hospital San Juan de Dios surge a mediados del siglo XIX, con escasa participación del Estado en cuanto a su sostenimiento. Son las acciones de beneficencia de la élite política y de la sociedad civil las que contribuyen a que ese centro de salud se construya y abra sus puertas para atender las necesidades de la población más afectada por el desigual reparto de la riqueza.

El proceso de consolidación del San Juan de Dios permite que 100 años después de iniciar sus labores, se abra un servicio de Trabajo Social, el cual, como indica González (1995), funciona a partir de 1954 gracias a la asesoría de Dinix Carneiro, enviada por las Naciones Unidas.

En palabras de la máster María Luisa Echeverría, primera profesional en Trabajo Social contratada:

(...) en el Hospital San Juan de Dios estuvo una experta de Naciones Unidas que se llamaba Dinix Carneiro, ella vino también a establecer el Departamento en el hospital San Juan y ahí fue donde me llamaron para trabajar ahí, porque querían que la persona que se contratara en el Departamento se quedara como jefe de una vez, entonces ella estuvo un año, y después de eso me quedé yo con la jefatura del Departamento por varios años (Echeverría: 2005, abril).

El departamento de Trabajo Social atiende, en un primer momento, las situaciones sociales relacionadas con los enfermos ingresados en el nosocomio. Hay que recordar, que durante las décadas de 1940 y 1950, los ingresos, producto de la lotería, eran estables lo que se refleja en una mejora sustantiva de los recursos materiales y humanos del Hospital (González, 1995).

Otra condición fundamental para la apertura y funcionamiento del departamento de Trabajo Social es el cambio en la organización estatal expuesto en el apartado anterior, por la aprobación de las Garantías Sociales que dan paso al “estado interventor” y que permiten la apertura de la Universidad de Costa Rica, donde funciona, desde 1944, la Escuela de Trabajo Social formando profesionales que deben asumir las demandas de atención directa, de lo que, en ese momento, era entendido como “lo social” (Rojas, 2007).

Es importante recordar, además, que el San Juan de Dios atendía población en condiciones de extrema pobreza, por lo que resultaba lógico que las particularidades no médicas, producto de la desigualdad social, ameritaran algún tipo de respuesta.

En la década de 1950, las colegas entrevistadas trabajan con personas que llegan a este centro de salud, con enfermedades como poliomielitis, cáncer, enfermedades venéreas, alcoholismo y tuberculosis. Estas enfermedades son recuperadas –entre muchas otras- por González (1995) mediante los registros del hospital.

La atención responde, en general, a demandas derivadas de las condiciones de trabajo y socioeconómicas de la población, pero también sirve a personas menores de edad con problemas de desnutrición, mujeres en labor de parto, que por su condición de pobreza ofrecen el niño o niña en adopción, trabajadoras del sexo que presentaban enfermedades como sífilis y gonorrea, entre otras situaciones propias de la época (Rojas, 2007).

La difícil situación que enfrenta la clase trabajadora se evidencia muy crudamente en las mujeres, que por el sistema patriarcal tienen a su cargo la crianza de los niños y las niñas, y tienen menores posibilidades de empleo.

La gente regresaba generalmente por desnutrición de los niños, o las madres por conflictos económicos regresaban al Hospital entonces eran casos conocidos (Castro: 2006, marzo).

En ese contexto, el trabajo de las primeras profesionales está relacionado con lo que hoy entendemos como labores asistenciales y terapéuticas.

Respecto de las primeras, resalta la búsqueda de recursos materiales, en medio, no solo de grandes carencias de la población, sino, además, de la ausencia de una plataforma institucional necesaria para cubrir esos requerimientos.

(...) yo te conté que las hacíamos por radio, como todo era pequeño y había más confianza uno decía, miren hay unos muchachos que no tienen que comer, que vienen a clases y se desmayaban de hambre, los llevaban al Hospital porque se desmayaban de hambre, nosotros necesitamos quien les puede dar de comer, mientras pasan sus estudios, que por lo menos les den el almuerzo, a veces llegaban sin desayunar y habían viudas por montones y es que no había de dónde coger, porque no había servicios, nada (Echeverría: 2006, febrero).

En este fragmento se describe la forma en que se trataban de resolver las necesidades materiales mediante recargos a la sociedad civil, porque aún no existían las instituciones que asumieran la asistencia social en el país. Décadas de liberalismo en Costa Rica conducen a una aceptación de la caridad y la beneficencia como formas de atender las necesidades de la población.

Como plantea Alayón, la lógica del asistencialismo, más allá de la voluntad de los agentes intervinientes –en este caso las trabajadoras sociales- trata de brindar algún alivio a las carencias sin tocar los privilegios de los sectores dominantes que producen, a gran escala, la miseria y la enfermedad, y luego crean algunos hospitales y asilos para atenderla, sin erradicar las causas que las provocan (2000).

Efectivamente, las primeras labores profesionales difícilmente escapan de esta tendencia, que es precisamente la que da origen al hospital San Juan de Dios, donde una élite económica y política reproductora de desigualdad, define la creación del nosocomio.

Las profesionales, además, son el vínculo entre diversos espacios:

(...) visitábamos las cárceles que eran padres de niños internados en el San Juan de Dios, entonces ahí había una relación entre la familia, el hospital y la cárcel. Entonces tratábamos de mantener ese lazo familiar en ese triángulo (Castro: 2006, marzo).

A mediados de los años 50 prevalece una visión de salud higienista, por lo cual las profesionales eran formadas para indicarle a la población como manejar su higiene -literalmente- en el espacio privado familiar. Profesionales como la máster Thais Castro recuerdan que en el Hospital se les solicitaba a las trabajadoras sociales que dieran indicaciones, en las visitas domiciliarias, sobre el manejo pulcro del hogar y los cuidados requeridos por los niños y las niñas (Rojas, 2007).

Para comprender esto, hay que remontarse a la década de 1920, cuando, por las mismas condiciones de pobreza, se carecía de alcantarillado público, parte de la población era descalza y se planteaba la importancia de prevenir enfermedades mediante la limpieza. Una muestra de esta visión es la creación, en 1922, de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, precisamente con ese nombre. Se transcribe un fragmento del capítulo sobre mortalidad infantil, del libro del Dr. Carlos Pupo, de 1923, llamado *Enfermedades evitables*, que se reimprime en 1927 con el nombre de *Nuestros Males, Principios sanitarios que nadie debe ignorar*, para ejemplificar este enfoque de la salud:

La vida de los niños no depende de las sumas gastadas por el Gobierno para resguardarla, sino de la capacidad de las madres. El saneamiento del país, como tarea individual privada es muy factible y barato.

Si cualquier día, los partidarios de la intervención del Gobierno en todas partes, logran hacer nombrar empleados para asear casas, patios y cuerpos se gastarán sumas enormes y el trabajo quedará mal hecho; pero si cada uno se encarga de hacerlo, ciudades y pueblos estarán limpios y el Estado no tendrá nada que hacer (Jaramillo, 2004: 44).

La visión higienista ideológicamente tiene una clara marca liberal, donde la salud depende de la limpieza de las casas y –dicho sea de paso, muy patriarcalmente- de la responsabilidad individual de las madres. Aunque existe información sobre este particular en la década del 20, varias décadas después aún prevalecen algunos de sus signos.

Las labores de Trabajo Social en el hospital van a estar muy ligadas al campo médico:

El fin del tratamiento era la evolución de la vida social y la vida familiar y la enfermedad, en el caso de la tuberculosis imagínese, en el caso de las enfermedades venéreas, en el caso de un cáncer, entonces esa intervención social tenía digamos frutos en el campo médico, por eso es que nosotros formábamos parte ahí de los equipos médicos y pasábamos visita (Castro: 2006, marzo).

Además, las primeras trabajadoras sociales contratadas plantean la necesidad de legitimar el nuevo campo profesional y se abocan, por tanto, a resolver las demandas que el cuerpo médico les solicita.

La profesión encuentra un lugar en el Hospital, sobre todo en las áreas desconocidas por el personal médico. Son atendidas gran variedad de situaciones sociales que afectan la subjetividad humana, por lo cual inician, en esta época, las primeras labores entendidas hoy como terapéuticas, ya que refieren a procesos orientados a lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo con las y los sujetos (Rojas, 2008).

2. ¿Por qué se desarrollan labores terapéuticas en el San Juan de Dios?

Una primera respuesta se relaciona con las demandas y expectativas generadas en la institución hacia las profesionales. Se espera que resuelvan situaciones sociales de diversa naturaleza; que logren contener a personas que por distintos motivos tienen dificultades para recibir o dar seguimiento a la atención médica. Las profesionales tienen que generar resultados visibles en la población afectada por situaciones críticas.

Además, en la época, se aceptaba que lo social tenía una relación con la salud:

Estaba muy clara la relación entre la situación médica que presentaba el paciente y toda la parte social y familiar, y le tocaba al trabajador social tocar eso, trabajar eso. (...) los equipos tenían una concepción de relacionar la enfermedad con el problema familiar y social, entonces el equipo delegaba en el trabajador social toda la parte terapéutica, y era un trabajo terapéutico definitivamente (Murillo: 2006, enero).

Una segunda razón es la formación profesional de la época, en la cual había un marcado énfasis en el método de caso y bases de psicología y psiquiatría en el plan de estudios (Rojas, 2007).

(...) Te estoy hablando de un desarrollo del Trabajo Social muy profesional, porque el San Juan de Dios siempre fue así donde la práctica le obligaba, le demandaba al trabajador social hacer terapia, más la formación de la Universidad (Murillo: 2006, enero).

La formación universitaria, con clara influencia norteamericana, se orienta a lo clínico, y como se tratará más adelante se evidencia el peso del psicoanálisis. En este sentido, las labores profesionales hoy llamadas terapéuticas mantienen distancias y divergencias con la comprensión predominante en estas primeras décadas.

Volviendo a los años 50, otra razón para realizar labores terapéuticas, refiere a las características de las situaciones atendidas en el hospital. Los objetos de atención que se asumen desde el nosocomio no solo dan cuenta de carencias materiales de la población:

Yo te conté de una argentina que el marido la maltrataba de una forma espantosa, entonces la garroteaba y una cosa horrible, y ahora hay leyes, en ese tiempo no había nada y le manda la familia argentina, que habían trabajado durante años porque eran pobrísimo y le mandan la plata para que se pudiera regresar y fíjate que el hombre se la quitó, o sea que no se pudo regresar, entonces la mujer se tomó un veneno. Cuando llegó al Hospital, por dicha la salvaron, pudieron hacerle un lavado de estómago, pero cuando llegó al Hospital ella quería morirse, pero cómo te digo, son cosas muy dramáticas (Echeverría: 2006, febrero).

Objetos de atención profesional en el espacio hospitalario, tales como tuberculosis, maltrato, relaciones familiares conflictivas, alcoholismo, secuelas de amputación, intentos de autoeliminación, entre otros, llevan paulatinamente a las trabajadoras sociales a asumir lo que en el presente se entiende como atención de crisis, a partir de mediados de los años 50 del siglo pasado.

3. Epidemias de poliomielitis y atención de las familias

Las demandas de la época, producto de la ausencia de condiciones de infraestructura sanitaria adecuada en el país y la inexistencia de la atención de la salud desde un marco de seguridad social, que apenas daba sus primeros pasos, ocasiona que los brotes epidémicos continúen prevaleciendo, situación que acarrea consecuencias sociales que, poco a poco, fueron definiendo el abordaje terapéutico.

Uno de los ejemplos más claros que pueden citarse son las dos epidemias de polio. Como indica la máster Soledad Murillo, principal encargada de atender las secuelas de esta epidemia a partir de 1957:

Puedo decir por ejemplo que en el caso del San Juan de Dios y en el caso mío particularmente (...) un factor que hizo más evidente y necesario la terapia y la intervención familiar del trabajador social y fue la epidemia de polio del año 1954 y 1957. ¿Por qué lo digo? Porque la discapacidad que produce y el hecho como se dio la epidemia, que fue sin ninguna preparación del país, ni ninguna preparación de la familia, esto hizo un impacto muy fuerte (...) La presencia de personas con discapacidad en la familia, distorsiona tanto la organización y los roles familiares que eso obligó (...) a que los Trabajadores sociales asumieran una terapia en ese sentido (Murillo: 2006, enero).

Una particularidad en la atención de los efectos de esta epidemia respondió al hecho de que el tiempo de internamiento de los niños y niñas en el hospital permitió un seguimiento de más largo alcance. Según indica la máster María Luisa Echeverría la estancia de los niños y las niñas se prolongaba de dos a tres meses (Rojas, 2007).

La epidemia de poliomielitis se desató mundialmente en 1952. En Costa Rica el brote epidémico inicia en los primeros meses de 1954, cuando, desde el punto de vista epidemiológico, prácticamente contamina a toda la población y produce unos 50 000 casos clínicos en un período de seis meses, dentro de los cuales se registraron 152 muertes. La epidemia dejó secuelas funcionales en más de 1 000 niños y niñas (Agencia Japonesa de Cooperación Internacional y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2005).

Según la misma fuente, el personal del hospital San Juan de Dios asume el liderazgo de los programas de rehabilitación durante la epidemia, sin embargo, su capacidad fue sobrepasada, por lo que hubo que ubicar a personas internadas en los pasillos del Servicio de Ortopedia.

Por las serias consecuencias de la enfermedad se establece un espacio en el hospital Nacional Psiquiátrico, situado junto al hospital San Juan de Dios, para atender a las personas que habían sufrido la enfermedad. En 1966, por Ley 3695, se funda el Patronato Nacional de Rehabilitación para trasladar a las personas con secuelas de la epidemia. Paralelamente a la labor desarrollada por esta entidad, se inicia la presión de diversas organizaciones y de personas con discapacidad para crear un hospital de Rehabilitación. Finalmente, en 1976, se inaugura el Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas", que inicia sus labores en 1977. Este hospital especializado logra establecerse en el periodo de auge de la intervención estatal en Costa Rica y, por ende, en la expansión de las instituciones que son parte de la seguridad social. La conmoción que provoca la epidemia en todos los centros de salud del país, y en la población en general, también permite la fundación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en 1973, donde tuvo un papel muy relevante la máster Soledad Murillo, que estuvo a cargo de la dirección desde 1973 hasta 1996 (Rojas, 2007).

En resumen, la epidemia de poliomielitis impactó fuertemente la salud pública en Costa Rica, y sus consecuencias obligaron a mejorar la institucionalidad ligada a la atención de personas con discapacidad. En el caso específico del Trabajo Social en el hospital San Juan de Dios, la atención tenía un carácter terapéutico por el impacto que provocan los efectos de la discapacidad en las víctimas directas y en sus familias.

4. Paradojas de la consolidación del trabajo profesional y su posterior crisis

Durante la década del 50 en el San Juan de Dios se logran mejoras sustanciales en cuanto a la cantidad de servicios, las especialidades médicas, el control de las epidemias y la prevención de enfermedades, por esa razón, durante la década del 60 las principales causas de muerte registradas en el hospital son: cáncer, enfermedades del aparato circulatorio, accidentes de tránsito y enfermedades del sistema nervioso (González, 1995). Aunque algunas epidemias de la época, como la tuberculosis, continúan presentes.

Las labores profesionales de las trabajadoras sociales relacionadas con el apoyo material y terapéutico continúan desarrollándose en esta década.

Hay evidencia, además, de trabajo con grupos de personas con internamientos prolongados, como es el caso de personas con tuberculosis.

En el caso de los internamientos, la intervención tenía como fin facilitar la recuperación de la persona, tratando de que "el medio" en el que estaba inmersa, -familiar o comunal - ofreciera condiciones propicias para el mejoramiento de la salud. En este sentido, menciona la máster María de los Ángeles Ramírez que se acompañaba a la familia, se le explicaban los alcances de la enfermedad, lo que debía realizar para coadyuvar en el tratamiento, y en qué medida podía apoyar el restablecimiento de esa persona.

En la década de 1960 y durante la primera mitad de la década del 70, en el San Juan de Dios se continúan realizando labores terapéuticas:

Lo terapéutico como una modalidad de atención siempre existió, a nosotros nos formaban, claro, con diferente intensidad que como se hace ahora para ejercer un rol terapéutico, y cómo era ese rol, era fortalecer el yo de la otra persona, fortalecer sus posibilidades de relación, siempre estuvimos en eso (Ramírez: 2006, enero).

Las labores terapéuticas de la época, como se evidencia en esta frase de Ramírez, estaban influenciadas por el psicoanálisis. Las categorías utilizadas, los procedimientos y las técnicas, permiten afirmar que en el San Juan de Dios este fue el principal referente debido a que predomina en la formación de las profesionales con base en dos fuentes: las interpretaciones y adaptaciones que hacen de esta corriente autores y autoras que generan una amplia bibliografía para el Trabajo Social, entre ellos Gordon Hamilton y, en segundo lugar, la lectura y estudio que hacen las profesionales de los autores que dominan esta corriente: Carl Jung y Alfred Adler (Rojas, 2007), entre los cuales hay diferencias importantes.

Las profesionales también se refieren al método de caso:

Las etapas eran () investigación, diagnóstico y tratamiento. Esa es una división artificial porque en realidad usted está investigando de una vez, tomando una idea, está discutiendo con ellos lo que usted encuentra, esto era un requisito más que todo académico (Ramírez: 2006, enero).

Las profesionales señalan que también consultaban literatura nacional, como los escritos del Pbro. Francisco Herrera.

En este decenio y en la década de 1970, la máster María de los Ángeles Ramírez (2006, enero) menciona otros objetos de atención que requerían de respuestas asistenciales y terapéuticas como violaciones a personas menores de edad, embarazo en adolescentes, personas que fallecían en el hospital y requerían reubicar a sus hijos e hijas.

(...) Me acuerdo de un caso que yo tuve de una chiquita ciega, brillante la chiquita, y me llamaron directamente a mí, siendo jefe (...) la chiquita venía de los Chiles por ahí arriba entonces la empoderamos y a la familia también, logramos recursos y la chiquita fue a la Escuela de enseñanza especial (...) entonces ahí hicimos de todo, terapia, trabajo con la familia, trabajo con los recursos de la comunidad.

Se evidencia en este fragmento, la forma en que se logra trascender la respuesta inmediata y asistencialista mencionada en la década anterior como predominante, mediante una búsqueda de recursos que supera esta lógica, hechos que se vinculan con el cambio que va generándose en la institucionalidad costarricense con el correr del tiempo.

Se muestra, además, una particularidad de las labores terapéuticas realizadas por las profesionales que no se llevan a cabo de forma aislada, ni exclusiva, sino en consonancia con otros procesos de atención, según las necesidades que surgen de la realidad social.

En la segunda mitad de los años 70 ocurre un hecho relevante, la influencia del nuevo plan de estudios 1973-1975 de la Escuela de Trabajo Social influenciado por la reconceptualización, que relega la formación del método de caso.

(...) vea que contradicción, y entró la influencia de la parte suramericana, y entonces entró un choque entre la Escuela de Trabajo Social que estaba totalmente influenciada por las corrientes nuevas, que tenían razón, no digo que no tenían razón, pero que chocaban con lo que nosotros habíamos establecido a nivel institucional, que era un campo creado y consolidado, porque dígame en Psiquiatría, en Psiquiatría nosotras teníamos un campo súper consolidado, en Psicósomática, bueno, en todo campo nos habíamos consolidado, y entra la Escuela de Trabajo Social con una corriente totalmente digámoslo así contra el manejo de la intervención individual, y eso creó un choque entre las instituciones y los nuevos profesionales que llegaban a trabajar (Castro: 2006, marzo).

Durante este momento histórico, todo lo relacionado con el método de caso –y por ende con las labores asistenciales y terapéuticas- se desplaza en la formación académica, y los y las profesionales contratadas

apoyan formas de intervención ligadas a los espacios comunales y a la organización y concientización de grupos excluidos.

En palabras de Molina (2005) este plan de estudios buscó una articulación más clara del Trabajo Social con los grupos en condiciones de explotación, sin embargo, el discurso y la práctica presentaron serias contradicciones que se constataron en la demanda ocupacional.

En la etapa de reconceptualización, gran parte de la distorsión generada obedece a la confusión existente entre militancia política y ejercicio profesional. Como aclara Alayón (2005) los cambios conceptuales y los cuestionamientos políticos que el marxismo aportó en la reconceptualización, permitieron que la profesión avanzara y lograra posicionarse ante el imperialismo norteamericano y el capitalismo, sin embargo:

Por estos evidentes avances conceptuales, es cierto también que los trabajadores sociales quedamos entrampados en varios espejismos. Del mismo modo que en la época del desarrollismo nos habíamos cautivado y caímos en la ilusión de que el trabajador social podía constituirse en el "agente de cambio" para el seguro y rápido advenimiento del desarrollo, luego –en la época de la Reconceptualización- volvimos a ilusionarnos con la creencia de que el Trabajo Social podía ser el eje de la transformación social.

La aspiración al cambio estructural de la sociedad, en pos de su mejoramiento, es absolutamente legítima, pero trasciende las funciones específicas de las profesiones (Alayón, 2005: 13-14).

La brecha que se origina entre el currículo de la Escuela y las demandas institucionales, lleva a las y los profesionales a tratar de convencer a las nuevas trabajadoras sociales de la importancia que tenía el trabajo que se desarrollaba en las instituciones.

Esto trajo secuelas en el papel que había tenido Trabajo Social hasta el momento. Se evidencia un debilitamiento de la legitimidad alcanzada en la atención terapéutica y se generan tres consecuencias, por un lado se abre el espacio para las personas egresadas de la carrera de Psicología que inicia en los años 70 en la Universidad de Costa Rica, es decir, se pierde parte del campo conquistado en épocas anteriores, para beneficio de un nuevo gremio.

Se empezó a hacer menos, porque teníamos el problema de que las trabajadoras sociales no tenían los conocimientos, y había entonces que duplicar la labor de supervisión, y no solo eso, motivar al estudiante (...) eso nos desgastaba y nos quitó prestigio ante las instituciones porque "ya eso no me toca, eso sí me toca, eso no lo tengo que hacer", y los médicos que tenían a sus hijas estudiando Psicología empezaron a meter las psicólogas (Castro: 2006, marzo).

Por otra parte, como las labores asistenciales y terapéuticas no podían dejar de realizarse del todo, se cambia la fundamentación utilizada y se incorporan nuevas posibilidades teóricas, metodológicas y técnicas, entre estas la terapia familiar sistémica. Como tercer secuela, paradójica por cierto, surge la intención de fundamentar de manera más rigurosa el método de caso, bandera asumida por algunas profesionales en las décadas siguientes (Rojas, 2007).

Este momento tan importante en la historia del Trabajo Social, no puede tratarse sin perfilar más

detalladamente las contradicciones que trajo consigo.

La reconceptualización aporta importantes réditos a la profesión al cuestionar la influencia de la literatura proveniente de Estados Unidos y propiciar las condiciones para la producción latinoamericana. Asimismo, hizo posible la incorporación de teorías críticas como el marxismo, que apuntan a una comprensión profunda de la realidad social, que hasta hoy resulta fundamental; pero la profesión se visualizó de forma ahistórica, y se exigieron, para ella, cambios sociales que trascienden cualquier gremio. Tampoco se logró prever las implicaciones de las nuevas tendencias en la formación y, ante todo, el currículo se desvinculó de su fundamento socioprofesional, obviando no sólo las demandas de los espacios laborales, sino la posición propia del Trabajo Social tiene en la división del trabajo.

Importa resaltar, también, que parte del cambio en el plan de estudios fue el resultado de la lectura y acercamiento a la producción del cono sur, y no de un proceso de reflexión enraizado en las necesidades y particularidades de la profesión en el país.

Ahí faltó madurez, seguramente éramos muy jóvenes y yo estaba cansada para pelear. Pero ahí fue donde debió darse tal vez como un análisis más maduro de parte de los trabajadores sociales, de decir bueno está entrando esta corriente pero pensemos qué es lo que más nos conviene, pensemos cómo podemos pasar de una etapa a otra ... (Castro; 2006, marzo).

Coadyuva con esta crisis profesional en el país, el traslado del hospital San Juan de Dios de la Junta de Protección Social a la Caja Costarricense del Seguro Social en 1977. Fue un periodo tenso, pues algunos de los y las trabajadoras sociales que eran parte de este nosocomio se oponían al traslado, junto con el personal médico y de enfermería.

REFLEXIONES FINALES

El surgimiento del hospital San Juan de Dios, en el marco del liberalismo donde se le daba gran importancia a la beneficencia pública, impacta las primeras labores profesionales, marcadas por tendencias asistencialistas e incluso higienistas que van transitando hacia la asistencia, conforme se consolida la plataforma del Estado interventor en el país.

Por la formación recibida, con bases de Psicología y Psiquiatría, procesos que hoy conocemos como terapéuticos, en particular la intervención en crisis, empiezan a suscitarse y afianzarse en el hospital como parte de las labores realizadas desde Trabajo Social. Por influencia de literatura norteamericana y nacional, aunque utilizando estos referentes con la flexibilidad requerida por las situaciones particulares, las profesionales asumen objetos muy complejos, en medio de la consolidación y el reconocimiento de su legitimidad en el campo de la salud.

Esto se sostiene hasta la década del 70, cuyos aires reconceptualizadores dejan importantes legados en el país, pero, paradójicamente, también deslegitiman lo que anteriormente se había construido.

Por esto, uno de los momentos quizá más tensos y complejos de la profesión en el San Juan de Dios, se presenta con el cambio en el plan de estudios 1973-1975 propuesto por la Escuela de Trabajo Social, que tuvo como intencionalidad política el compromiso con la clase trabajadora, pero que perdió los espacios que durante décadas las precursoras habían conquistado.

Este choque "instituciones-academia" como ha sido denominado por algunas profesionales, se genera en un momento convulso en el sector salud, debido al trasladado de los hospitales de la Junta de Protección Social a la Caja Costarricense del Seguro Social.

En los actuales tiempos de crisis que experimenta la CCSS, es muy significativa esta mirada retrospectiva para valorar el papel del Trabajo Social en este centro de salud, en medio de un contexto de fuertes cambios.

La voz de las profesionales que abrieron camino y asumieron retos tan complejos como insertarse en un espacio moldeado desde la visión médica, donde la comprensión de lo social era inexistente, cuyo papel fue protagónico en situaciones tan trascendentes como la epidemia de poliomielitis, permite comprender el presente y valorar su legado.

Tendrán también mucho que decir quienes décadas después se incorporaron a este centro de salud y dieron forma al trabajo profesional que se realiza en la actualidad.

Referencias bibliográficas

Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). (2005) *Diagnóstico Nacional sobre Servicios de Rehabilitación*. Disponible en:

URL <http://www.cnree.go.cr/datos/Investigaciones/Diagn%C3%B3stico%20Servicios%20de%20Rehabilitaci%C3%B3n.htm>

Alayón, Norberto (2000). *Asistencia y asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?* Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen.

_____ (2005). El movimiento de Reconceptualización. Una mirada crítica. En: Alayón, Norberto (org.) *Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Brenes Mata, Andrés (1977) *Apuntes sobre la labor desarrollada por las hermanas de la caridad en el Hospital San Juan de Dios. 106 años de servicio*. Revista *Hospitales de Costa Rica: órgano oficial de expresión y comunicación de la Asociación Costarricense de Hospitales* (14).

Carmona, Arnulfo (1994). *Reseña histórica Hospital San Juan de Dios*. Revista *Hospitales de Costa Rica: órgano oficial de expresión y comunicación de la Asociación Costarricense de Hospitales*. (28).

González Pacheco, Carlos Eduardo (1995). *Hospital San Juan de Dios: 150 años de Historia*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS..

Jaramillo Antillón, Juan (2004). *Historia y evolución del seguro social en Costa Rica: su primer Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

Molina Molina, María Lorena (2005). Costa Rica: los caminos recorridos en la formación académica y el trabajo profesional a 40 años de la reconceptualización. En: *Trabajo Social Latinoamericano: a 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Molina Jiménez, Iván y Palmer, Steven (2005). Costa Rica del siglo XX al XXI. Historia de una sociedad. San José, Costa Rica: EUNED.

Rojas Madrigal, Carolina (2007). Dimensión terapéutica del Trabajo Social costarricense: un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras. Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Trabajo Social para optar por el grado de Magistra Scientiae en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado, Maestría en Trabajo Social.

Rojas Madrigal, Carolina (2008). ¿Por qué surge y se desarrolla la dimensión terapéutica en el Trabajo Social costarricense? *Revista Costarricense de Trabajo Social*. (20).

Schifter, Jacobo (1985). La fase oculta de la guerra civil en Costa Rica. San José, Costa Rica: Educa.

Tjarks, Germán; Fernández, Flora; Espinoza, Julio César y González, Edwin (1977). La epidemia del cólera de 1856: análisis y consecuencias demográficas. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Seminario Centroamericano de Historia Económica y Social.

Entrevistas

Castro, Thais (2006, marzo). Trabajó en el hospital San Juan de Dios, en el Hospital Nacional Psiquiátrico y fue jefa nacional de Trabajo Social de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Echeverría, María Luisa (2005, abril). Primera trabajadora social contratada en el hospital San Juan de Dios. Fue, además docente en la Escuela de Trabajo Social.

Murillo, Soledad (2006, enero) trabajó en el hospital San Juan de Dios. Es reconocida su labor en los dos brotes de la epidemia de poliomelitis en los años 50 del siglo pasado.

Ramírez, María de los Ángeles (2005, abril). Trabajó en el Hospital San Juan de Dios. Fue, además, docente en la Escuela de Trabajo Social.