

María del Carmen Castrillón-Valderrutén, José Fernando Sánchez-Salcedo,
María del Pilar Peralta-Ardila, Mateo Montes-Martínez



**Enfermedad mental y cambios institucionales
en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali
(1940-1970)**



Programa  Editorial

**Enfermedad mental y cambios institucionales
en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali
(1940-1970)**



Colección Ciencias Sociales
Investigación

Sánchez Salcedo, José Fernando

Enfermedad mental y cambios institucionales en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali (1940-1970) / José Fernando

Sánchez Salcedo, María del Pilar Peralta Ardila, Mateo Montes Martínez, María del Carmen Castrillón Valderrutén.

Cali : Programa Editorial Universidad del Valle, 2021.
188 páginas ; 24 cm -- (Colección: Ciencias Sociales - Investigación)

1. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle - 2. Hospitales psiquiátricos - 3. Cambio institucional - 4. Psiquiatría - 5. Universidad del Valle - 6. Historia

362.2 cd 22 ed.

S194

Universidad del Valle - Biblioteca Mario Carvajal

Universidad del Valle

Programa Editorial

Título: Enfermedad mental y cambios institucionales en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali (1940-1970)

Autores: José Fernando Sánchez-Salcedo, María del Pilar Peralta-Ardila, Mateo Montes-Martínez, María del Carmen Castrillón-Valderrutén

Colección: Ciencias Sociales-Investigación

ISBN-PDF: 978-628-7500-62-4

DOI: 10.25100/PEU.7500624

Primera edición

Rector de la Universidad del Valle: Édgar Varela Barrios

Vicerrector de Investigaciones: Héctor Cadavid Ramírez

Director del Programa Editorial: Francisco Ramírez Potes

© Universidad del Valle

© Autores

Diseño y diagramación: Alejandro Soto Perez.

Ilustración de portada: *Une leçon clinique à la Salpêtrière*.

Cuadro de André Brouillet (1887). Universidad de París, Francia.

Corrección de estilo: Anabel Correa Hernández

Este libro, o parte de él, no puede ser reproducido por ningún medio sin autorización escrita de la Universidad del Valle.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión del autor y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad del Valle, ni genera responsabilidad frente a terceros. El autor es el responsable del respeto a los derechos de autor y del material contenido en la publicación, razón por la cual la Universidad no puede asumir ninguna responsabilidad en caso de omisiones o errores.



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (BY-NC-ND)
Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Cali, Colombia, octubre de 2021

*María del Carmen Castrillón-Valderrutén, José Fernando Sánchez-Salcedo,
María del Pilar Peralta-Ardila, Mateo Montes-Martínez*

**Enfermedad mental y cambios institucionales
en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali
(1940-1970)**



Colección Ciencias Sociales
Investigación

CONTENIDO

PRÓLOGO

<i>Rafael Huertas</i>	9
PRESENTACIÓN	13
Referencias	16

CAPÍTULO 1

ACERCAMIENTOS HISTORIOGRÁFICOS AL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A LA LOCURA EN COLOMBIA DURANTE LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

<i>María del Carmen Castrillón-Valderrutén</i>	17
Introducción	17
Las instituciones psiquiátricas nacionales y la salud pública	21
Los establecimientos psiquiátricos.	24
La profesionalización de la psiquiatría, bisagra histórica de la modernización de la salud mental	29
Las historias clínicas en la práctica psiquiátrica	31
A manera de cierre	37
Referencias	39

CAPÍTULO 2

CAMBIO INSTITUCIONAL Y MODERNIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE 1956-1970

<i>José Fernando Sánchez-Salcedo</i>	47
Introducción	47
Antecedentes históricos de las instituciones asilares	49
La constitución del Hospital Psiquiátrico San Isidro	55
La emergencia de un campo organizacional: la junta pro-construcción.	63
Conclusiones	73
Referencias	75

CAPÍTULO 3

REDES CÍVICAS Y FILANTRÓPICAS: EL CASO DE LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN DEL ASILO SAN ISIDRO EN CALI, 1950-1961

<i>María del Pilar Peralta-Ardila</i>	79
Introducción	79
Antecedentes del asilo:	
instituciones entre la contención y el refugio en la ciudad	82
La intervención de las autoridades:	
urge la construcción de pabellones en el asilo	84
La inauguración de la junta del Asilo San Isidro	85
¿Quiénes participaban en la junta?.	88
Aspectos relevantes de la influencia interpersonal	
en la red de la junta	100
La junta y el periodismo local	103
La junta, su dirección y sus visitas públicas al Asilo San Isidro.	120
La junta y las autoridades públicas	126
La junta, las asesorías médicas y psiquiátricas	128
La junta y la inauguración del Hospital Psiquiátrico San Isidro.	133
Consideraciones finales	137
Referencias.	140

CAPÍTULO 4

EL ROL DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE EN LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL SAN ISIDRO

<i>Mateo Montes-Martínez</i>	149
Introducción	149
La asignación del departamento de psiquiatría	
como ente consultor y científico	151
Aportes del departamento de psiquiatría:	
del asilo al hospital.	154
Práctica médica y psiquiátrica	160
Aportes en docencia	169
Cambios arquitectónicos	176
Consideraciones finales	180
Referencias.	183

PRÓLOGO

*Rafael Huertas*¹

Como es bien sabido, el interés por la historia de las instituciones psiquiátricas en América Latina ha dado lugar, en las últimas décadas, a una serie amplia de notables investigaciones que han enriquecido la historiografía, abierto nuevos caminos teóricos y metodológicos y facilitado el diálogo entre historiadores, científicos sociales y profesionales de la salud mental. La utilización de fuentes procedentes de dichas instituciones (historias clínicas, protocolos de tratamientos, libros de ingresos y altas, documentos administrativos y económicos, etc.) ha permitido obtener información concreta sobre las prácticas psiquiátricas y sus limitaciones más allá de los constructos teóricos de la medicina mental. No cabe duda que la perspectiva de la historia social y cultural ha dado excelentes frutos en contextos tan diversos como Argentina, Brasil, Chile, Colombia o México. El libro que el lector tiene en sus manos, y que me honro en prologar, se sitúa en esta tradición académica y ya solo por eso debería ser bienvenido pues contribuye, con un estudio de caso muy bien resuelto, a ampliar un *corpus* de conocimiento complejo y sujeto a diferencias derivadas del contexto geográfico, político, económico o socio-cultural que consideremos. Sin embargo, esta historia del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali aporta, a mi juicio, novedades de gran interés que merece la pena destacar.

En primer lugar, la “vocación” sociológica del texto. Los cuatro autores no provienen de la historia sino de las ciencias sociales de modo que su marco teórico, su método y sus preguntas de investigación se establecen, en buena medida, desde enfoques y perspectivas sociológicas. En realidad,

¹ Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor e investigador del Departamento de Historia de la Ciencia, del Centro de Ciencias Sociales y Humanas CSIC-España. Integrante del Comité Ejecutivo de la European Association for the History of Psychiatry, presidente de la Sociedad Española de Historia de la Medicina y fundador de la Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría, junto a Juan Carlos Stagnaro, profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Buenos Aires.

poco importa si estamos ante un trabajo de historia social/cultural o de sociología histórica. Cada vez estoy más convencido no solo de la necesaria superación de barreras o fronteras disciplinares, sino también de lo imprescindible que resulta llevar a cabo este tipo de investigaciones con una mentalidad transversal en la que cada cual aporte, desde su área de conocimiento, elementos que vayan completando nuestra capacidad para pensar la locura y sus instituciones.

En segundo lugar, la utilización de categorías de análisis que permiten abordar la historia de los establecimientos psiquiátricos de manera original y creativa sin reproducir de manera mecánica modelos historiográficos más o menos manidos. La llamada historia institucional que, en su acepción más tradicional, pretendía reconstruir la historia de las dependencias y organismos públicos —sus edificios, reglamentos y estatutos o sus principios de funcionamiento— ha ido dando paso a una historia de las instituciones que buscan su vínculo con los actores sociales y con la sociedad en general y que marca el acento en las prácticas concretas llevadas a cabo en su interior. La importancia de esos actores sociales es capital en el análisis de los cambios institucionales que se producen en el Asilo-Hospital San Isidro entre 1940 y 1970, límites cronológicos de este estudio y periodo de grandes transformaciones sociales y culturales.

La acertada utilización de la categoría “cambio institucional” resulta muy provechosa para analizar las reformas y los procesos de modernización. Se trata de un concepto complejo que ha tenido un amplio desarrollo teórico y que ha sido aplicado en estudios sobre la reforma de la administración de los Estados, la fiscalidad, la gestión académica, las políticas sociales, etc. Pienso que el manejo de dicha categoría de análisis —que los autores toman de Powell y DiMaggio— en una investigación sobre la historia de la asistencia psiquiátrica supone una novedad de gran interés y, al mismo tiempo, una propuesta teórico-metodológica que debería ser tenida en cuenta en posteriores investigaciones, pues permiten matizar y/o completar otros enfoques, como los centrados en el control social.

Cambios institucionales que permiten entender la transformación del Asilo San Isidro en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, situando dicho proceso en un escenario internacional. En 1948 se celebró en Londres el *International Congress on Mental Health*, en el que se propusieron evoluciones conceptuales importantes llamadas a transformar la higiene mental (eugenesia, higiene racial, defensa social) en salud mental (prevención, bienestar, ciudadanía). Dos años más tarde, en 1950, la reunión del Comité de expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra llegó a redefinir la higiene mental como

el “conjunto de actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental”, entendiendo la salud mental como la condición, influida por factores biológicos y sociales y sujeta a fluctuaciones, que permite al individuo lograr una síntesis satisfactoria de sus propios impulsos instintivos potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armoniosas con otros; y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (OMS, 1950). Esta diferenciación entre “higiene” y “salud” mental resulta crucial porque permitió situar la higiene mental en la práctica de la salud pública, lo que supuso, por un lado, la colaboración de los psiquiatras, psicólogos clínicos, etc., en el ámbito de la prevención, y por otro, la intervención de los trabajadores de la Salud Pública en la esfera de la salud mental. Pero, además, porque proporciona claves para entender de qué manera la asistencia psiquiátrica entró en el debate institucional de la higiene y de la salud.

El papel desempeñado por la OMS y por la Federación Mundial de Salud Mental en la década de 1950 fue decisiva a este respecto, de modo tal que, siguiendo a Nikolas Rose, podemos decir que se fue pasando de una biopolítica interventora (propia de la psiquiatría y de la higiene mental de los años veinte, treinta y cuarenta) a una gubernamentalidad liberal, con tecnologías más suaves, al menos sobre el papel, y con una impronta contractualista y de maximización del bienestar. Al respecto, no podemos dejar de tener en cuenta que en los años cincuenta y sesenta aparecen novedades “técnicas” que van a orientar el devenir de la atención psiquiátrica en todo el mundo de manera decisiva, entre los que citaré los sistemas de clasificación de los trastornos mentales (el DSM-I, como una variante de la CIE-6, en 1952 y el DSM-II en 1968) y, naturalmente, los primeros neurolépticos, como la Clorpromazina.

Es en este escenario de profundos cambios de conceptos, de instituciones y de modelos de atención —sin olvidar el contexto socio-político local y nacional— en el que hay que situar esta historia del Hospital Psiquiátrico San Isidro de Cali. En las páginas que siguen se transita con fluidez desde el minucioso análisis historiográfico al estudio detallado de estructuras organizativas y funcionamientos institucionales, pero también de ideas, actitudes y creencias en torno a la locura y a la salud mental, sin olvidar la consideración de complicados entramados sociales, del papel de la opinión pública o de la relación entre la psiquiatría universitaria y la asilar.

En definitiva, María del Carmen Castrillón-Valderrutén y José Fernando Sánchez-Salcedo, directores del proyecto, y sus colaboradores María del Pilar Peralta-Ardila y Mateo Montes-Martínez, han sabido ofrecer un conjunto coherente de textos en los que puede apreciarse una continuidad tanto de método como de contenidos. Una obra colectiva que supone, a mi

entender, una aportación muy relevante, pues partiendo del fundamentado y profundo estudio de una institución concreta, interpela, propone y favorece la discusión en torno a elementos que cualquier investigación histórica sobre la locura, la psiquiatría o la salud mental debería tener en cuenta.

PRESENTACIÓN

Los trabajos que conforman este libro tienen en común la indagación por el cambio institucional en el campo de la salud mental en el país, durante un periodo de significativas transformaciones sobre las formas de concebir y gestionar la enfermedad mental y sus prácticas médicas. Estas indagaciones, inscritas en el periodo 1940-1970, abordan el cambio institucional del entonces llamado Hospital Psiquiátrico San Isidro de la ciudad de Cali, a partir del papel que juegan los actores a nivel individual y grupal, la influencia que tienen los sistemas de creencias en dichos cambios, las condiciones históricas que los soportan y el modo en que estos cambios se manifiestan. Los diferentes aspectos que conforman la dinámica del cambio institucional aportan claves para entender la manera en que se transforman las instituciones públicas y establecen relaciones con sectores privados, para dar cuenta de un campo de intervención social tan complejo como es la salud mental.

En tal sentido, los referentes conceptuales que sustentan gran parte de las descripciones y análisis del libro, son derivados de la teoría del cambio institucional propuesta por Walter Powell y Paul DiMaggio (1999). Sin embargo, algunos de los estudios publicados dinamizan dicha conceptualización a partir de los aportes de los análisis de redes, la agenda de los medios de comunicación y la teoría de las élites (Lipset y Solari, 1971).

A partir de este corpus teórico, pueden identificarse cuatro aspectos sustantivos para identificar los cambios institucionales:

En primer lugar, los actores juegan un papel central en el cambio institucional, pues definen estructuras organizativas que van a desarrollar una importante función en la definición de un nuevo campo organizacional. Así mismo, permiten elaborar una lectura de las actividades que llevan a cabo sus miembros, la forma en que interactúan y en general, las acciones que despliegan para cumplir con las tareas propuestas.

En segundo lugar, los nuevos actores del campo van a definir reglas, normas y hábitos de comportamiento cuya homogeneidad va a contribuir a la difusión de un mismo sistema de creencias y, por lo tanto, incidir en la opinión que los miembros de una sociedad tienen sobre un determinado tema o problema. Este aspecto tiene más peso si los actores del campo son líderes políticamente influyentes, quienes, además, tienen a su servicio los medios de comunicación a nivel local, pues sus ideas y creencias van a divulgarse a través de dichos medios.

En tercer lugar, los cambios en el campo organizacional son posibles gracias a las transformaciones que se llevan a cabo en las instituciones que regulan las prácticas y las especialidades médicas a nivel nacional e internacional, pues estas permiten la emergencia de nuevas formas de definir y abordar la enfermedad, lo cual se traduce en nuevos diagnósticos y tratamientos.

En cuarto lugar, las acciones desarrolladas por los actores en el marco de un nuevo campo organizacional, se materializa en formas a nivel arquitectónico, administrativo, clínico y formativo que van otorgando un particular estilo que, finalmente, se institucionaliza. Incluso, si el cambio es producto de un proceso de isomorfismo, como parece ser el caso estudiado, no hay una transferencia exacta de un modelo, sino la difusión de ciertos rasgos y características, que se van ajustando a las condiciones mismas del contexto en que el modelo se pone a prueba.

Metodológicamente los estudios propuestos abordan el cambio institucional a través del análisis histórico del paso del Asilo San Isidro a Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Comprenden de modo general, un periodo que va de 1940 a 1970. Periodo de grandes transformaciones económicas, políticas y sociales en la sociedad colombiana y en la ciudad de Cali. En dichos estudios se combinan el uso de datos cuantitativos y cualitativos que permitieron construir dos bases de datos, una proveniente de la sistematización de 308 historias clínicas y otra, del archivo administrativo. Ambas bases no responden a ningún tipo de criterio muestral sino a decisiones estrictamente cualitativas debido a que el archivo cuenta con más de 50.000 historias clínicas y el administrativo no está catalogado en su totalidad. En ese orden de ideas, la base de datos no está pensada para generalizar, pero sí para identificar procesos que, en última instancia, al ser comparados con datos macro de este hospital o de otros centros de atención para la salud mental, no divergen significativamente.

Las fuentes documentales consultadas constan de los siguientes archivos: los documentos administrativos y las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV), el archivo del Departamen-

to de Psiquiatría de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, los periódicos *Relator*, *El País*, *Diario del Pacífico* y *Revista Club Colombia*, además de entrevistas y álbumes familiares particulares.

Todos los capítulos se derivan del proyecto de investigación denominado “Del asilo al hospital: procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali 1940-1970”, el cual fue financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle. Fueron diversas las preguntas de investigación desarrolladas en el marco de este proyecto, que permitieron la escritura de diversos documentos, cuatro de ellos presentados en este compendio.

En el primer capítulo, “Acercamientos historiográficos al programa institucional de atención a la locura en Colombia durante las primeras décadas del siglo XX”, María del Carmen Castrillón presenta algunos elementos historiográficos de las instituciones psiquiátricas en el país, en el marco de los procesos de modernización de la atención de la enfermedad mental en la primera mitad del siglo XX y de la salud pública en Colombia. Caracteriza los establecimientos psiquiátricos (asilos y hospitales) y sus agentes expertos (particularmente psiquiatras), a partir de la revisión de algunas investigaciones historiográficas nacionales. Esta revisión, evidencia de forma significativa, una fuerte tensión entre el programa institucional asilar, asentado en la terapéutica moral del encierro, y el programa institucional psiquiátrico especializado, que pretendía traducir los síntomas anormales con el lenguaje de la medicalización.

En el segundo capítulo, “Cambio institucional y modernización de la práctica psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle 1956-1970”, José Fernando Sánchez analiza, a partir de una revisión de los archivos administrativos y de historias clínicas del Hospital, la emergencia de un nuevo campo organizacional y de sistemas de creencias, que posibilitó un cambio institucional en la práctica médica de la salud mental y el surgimiento de una estructura organizativa moderna. Todo ello, en un contexto de transformaciones en los sistemas de creencias sobre la salud mental y la psiquiatría a nivel internacional. Podrá verse en los siguientes capítulos cómo se forja este nuevo campo organizacional.

En el tercer capítulo, “Redes cívicas y filantrópicas: El caso de la Junta pro-construcción del Asilo San Isidro en Cali 1950-1961”, María del Pilar Peralta describe las acciones desarrolladas por los miembros de la Junta Proconstrucción del Asilo para cubrir sus necesidades y financiar el desarrollo de un hospital moderno. Para dar cuenta de dichas acciones, se realiza un breve relato de algunos de los miembros de la Junta, así como el análisis de las redes de relaciones y actividades que llevan a cabo a nivel profe-

sional, personal y colectivo. Esta descripción es complementada con una revisión de la agenda que los periódicos *Relator*, *Diario del Pacífico*, *El País* y la *Revista Club Colombia* para abordar el tema de la salud mental en la ciudad, que vino acompañado de discursos de modernización de la ciudad, impulsado por la dirigencia local y de sus redes. Todo ello, bajo la idea del importante papel desarrollado por la prensa escrita para cambiar el sistema de creencias sobre la salud mental y legitimar las actividades desarrolladas por la Junta.

En el cuarto y último capítulo, “El rol del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle en los cambios institucionales del Hospital San Isidro”, Mateo Montes presenta los aportes realizados por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle como asesor científico del hospital en cuatro grandes campos: sector administrativo, práctica médica y psiquiátrica, enseñanza de la psiquiatría y el diseño arquitectónico del nuevo hospital. Las fuentes históricas que se revisan para identificar dichos aportes son el archivo administrativo y de historias clínicas del Hospital, el archivo histórico del Departamento de Psiquiatría y el archivo general de la Universidad del Valle.

Esperamos que el lector pueda encontrar en estos capítulos, diversos acercamientos que le permitan formarse una idea sobre los cambios y continuidades que definieron el paso del Asilo San Isidro a un Hospital Psiquiátrico moderno en la última mitad del siglo XX.

Agradecemos la gentileza de aquellas personas del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle que nos permitieron consultar los diferentes documentos y archivos del periodo estudiado.

REFERENCIAS

- Powell, W., y DiMaggio, P. (1999). *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. 1st ed. Fondo de Cultura Económica, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Lipset, S., y Solari, A. E. (1971). *Élites y desarrollo en América Latina*. Editorial Paidós.

ACERCAMIENTOS HISTORIOGRÁFICOS AL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A LA LOCURA EN COLOMBIA DURANTE LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX²

María del Carmen Castrillón-Valderrutén³

INTRODUCCIÓN

“Paradójicamente, la locura no sólo existe en oposición a la civilización o exclusivamente en sus márgenes; por el contrario, ha sido una preocupación central para artistas, dramaturgos, novelistas, compositores, sacerdotes, médicos y científicos, por no mencionar la cercanía con que afecta a casi todos, ya sea por encuentros propios con trastornos de la razón y la emoción, o a través de los familiares y amigos (...) Se trata de un problema que invade con insistencia nuestra conciencia y nuestras vidas cotidianas. Por consiguiente, es a la vez liminar y su absoluto opuesto” (Andrew Scull).

² Este capítulo fue publicado originalmente en la Revista Sociedad y Economía de la Universidad del Valle con el título “Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia” (Castrillón-Valderrutén, 2020). Se agregan otras referencias bibliográficas, a fin de ampliar algunas ideas sobre el proceso de institucionalización de la psiquiatría y de sus establecimientos en Colombia.

³ Doctora en Antropología Social de la Universidad de Brasilia (Brasil), Socióloga de la Universidad del Valle, Cali (Colombia). Profesora Asociada del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle. Coordinadora del grupo de investigación Sociedad, Historia y Cultura.

La locura ha sido un estado sobre el cual se han depositado las más variadas y contradictorias racionalidades, dando paso a un espectro de tratamientos provenientes de la magia, la religión y la ciencia. También, se ha convertido en una categoría que, por su naturaleza elusiva y enigmática, ha dado paso a una vasta y rica literatura en las ciencias sociales y humanas, derivada de indagaciones teóricas y empíricas a lo largo de la historia. Este capítulo expone algunos aportes de la investigación empírica e historiográfica sobre las instituciones psiquiátricas en el país, para entender los procesos de modernización en la atención de la enfermedad mental. Se trata de caracterizar, particularmente, aquellos rasgos de los establecimientos psiquiátricos (asilos y hospitales) y de sus agentes *expertos* (psiquiatras principalmente), desde los cambios de la reforma sanitaria y de la salud pública en Colombia, como expresiones de la modernización de las instituciones de asistencia social. Un proceso que se afianzaría entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX, cuando la formación de la salud pública se asociaba a la modernización del Estado y de la vida urbana. Se genera en este contexto, un activismo institucional alrededor de la erradicación de enfermedades endémicas y epidémicas y de la higienización de las ciudades, a través de la implementación centralizada de servicios públicos y saneamiento (Congote y Casas, 2015). En este activismo, las instituciones psiquiátricas también se enfrentan a procesos de cambio complejos, encaminados hacia la incorporación de una racionalidad pública de la salud mental estatal, que busca atender —con nuevos conocimientos y terapias psiquiátricas provenientes del extranjero— a los “locos” de los espacios urbanos y de las regiones rurales que llegaban a los establecimientos. Se pretendía, entonces, superar el “alienismo tardío” (Gutiérrez, 2019, p. 302), que veía en el asilamiento la forma terapéutica por excelencia, siendo el *tratamiento moral*, el modo para la regeneración del individuo; en oposición a las cadenas y grilletes, la cura estaba en actividades de acompañamiento al aire libre y de laborterapia dentro de los asilos. Mientras que este alienismo se superó en Europa a finales del siglo XIX, en Colombia pervivió hasta las primeras décadas del siglo XX, bajo la concepción de que las enfermedades mentales eran patologías sociales provenientes de atavismos hereditarios y degenerativos.

Las investigaciones historiográficas revisadas para esta reflexión se instalan, especialmente, en la primera mitad del siglo XX, periodo en que las instituciones encargadas de gestionar la relación salud-enfermedad entran a redefinir políticas, enfoques y prácticas institucionales, de camino a la formación de la salud pública como asunto del Estado nacional. A través de diversas fuentes documentales del campo de la psiquiatría (documentos administrativos, historias clínicas, producción académica de psiquiatras,

etc.), los autores destilan algunas de las redefiniciones institucionales que, gracias a una perspectiva histórico-cultural, pueden valorarse en sus propios contextos ideológicos y en sus dinámicas espacio-temporales específicas.

La anterior apreciación merece resaltarse, pues, como plantea Bohoslavsky (2005), una parte significativa de los estudios sobre el control social en América Latina, ha consensuado la eficacia de las reformas inspiradas en el positivismo para la creación de un Estado moderno y normalizador en sus diferentes espacios de contención (judiciales, educativos, sanitarios, etc.). Esta caracterización, que ha tenido como fuente teórica principal la obra de Michel Foucault, reforzó la inmensa capacidad de intervención de los aparatos institucionales para modificar la conducta de los sujetos subalternos y ajustarlos al modelo de ciudadano proyectado por la *pax* positivista, al punto de generar un sobredimensionamiento del control y del poder del Estado, que hizo perder de vista sus particularidades históricas y, por ende, su desigual desarrollo en los diferentes países latinoamericanos.

Sin desconocer los grandes aportes de Foucault a la comprensión genealógica de los “anormales” en la modernidad, del orden psiquiátrico y del juego estructural del poder en las instituciones⁴, las investigaciones revisadas para esta reflexión relativizan el alcance político y centralizador de las instituciones psiquiátricas, mostrando una serie de negociaciones entre diversos actores públicos y privados. Así las cosas, el horizonte interpretativo, propuesto por Huertas (2016), se refleja en las investigaciones latinoamericanas, al proponer una perspectiva cultural de la historia de la psiquiatría y de sus instituciones, constituida, según el autor, por un abanico de variables no siempre explícitas y que aluden a “símbolos y mitos, a valores y relaciones, a mentalidades individuales y colectivas, y a experiencias y subjetividades” (2016, p. 269); las instituciones cristalizarían un entramado de decisiones normativas y de contingencias materiales, sociales y culturales. Algunos balances para México (Sacristán, 2009), Argentina (Stagnaro, 2006), Brasil (Venancio y Facchinetti, 2016) y Colombia (Gutiérrez, 2019), caracterizan las principales líneas historiográficas en cada país, alrededor de las instituciones psiquiátricas, destacando el contraste entre el enfoque foucaultiano del control social manicomial y las diversas experiencias de la atención de los enfermos mentales. Los distintos establecimientos podían

⁴ Del autor se referencian, principalmente, los dos volúmenes de Historia de la locura en la época clásica (1990); Los anormales (2000) y El poder psiquiátrico (2005). Es innegable, como lo señala Foucault (2005), que, por ejemplo, la figura del médico fuera tan importante en la proposición y gestión pública de reformas sociales, las cuales se sustentaban casi indiscutiblemente en sus conocimientos científicos).

ser al mismo tiempo lugares de normalización, de contención terapéutica y de producción de conocimiento.

La comprensión cultural de la historia de la psiquiatría y de la enfermedad mental permite establecer un puente analítico con algunos aportes de la sociología para el abordaje de las instituciones modernas. Puede mencionarse, por ejemplo, el análisis institucional que propone Dubet (2006) —de quien retomaré algunas de sus ideas en este capítulo—, para entender el trabajo socializador sobre los otros que realizan ciertos sujetos expertos, en determinados espacios organizados (escuelas, prisiones, hospitales, etc.). A diferencia de las sociedades tradicionales, cuya socialización estaba gestionada por la familia extensa y la comunidad, las llamadas sociedades modernas le asignan este trabajo a instituciones específicas y organizadas, que tienen como fin socializar a los individuos con normas “universales” —Dios, la nación, la república, la ciencia—. Este trabajo sobre los otros se gestiona a través de lo que el autor denomina “programa institucional”, que alude a “un cuerpo de doctrinas y principios percibidos como fuertemente homogéneos y coherentes” (Dubet, 2006, p. 36). Las profesiones que implican hacer trabajo sobre los otros no son como las demás: “No afina su legitimidad solamente a su técnica o su *savoir-faire*, sino también en su adhesión directa a principios más o menos universales” (p. 41). Finalmente, continúa el autor, el propósito central de todo programa institucional es el de:

...revelar o restaurar un sujeto [...]. El asilo y la prisión quieren destruir al viejo individuo para hacer emerger un nuevo sujeto, ya sea mediante la alquimia conductista de la psiquiatría, o bien gracias a la mecánica moral de los castigos elaborados por Beccaria en contra de la tortura en el siglo XVIII. (p. 43-44)

Se concibe entonces que los asilos son un tipo particular de institución, que llevan a cabo una forma específica de trabajo con los otros: un programa institucional, que puede definirse “como el proceso social que transforma valores y principios en acción y en subjetividad por el sesgo de un trabajo profesional específico y organizado” (Dubet, 2006, p. 32).

De otro lado, desde el neoinstitucionalismo, se ha reconceptualizado el estudio de las instituciones modernas, con el fin de otorgarle un papel sustantivo a la socialización desplegada por las organizaciones y profesiones, principalmente. Powell y DiMaggio (1999) afirman, desde esta perspectiva, que el cambio institucional depende, en gran parte, de la capacidad de negociación e influencia de los actores, pero también de su capacidad de aprendizaje y de cambios en sus mapas cognitivos. Estas acciones son

habilitadas por la configuración de un “campo organizacional” (Powell y DiMaggio, 1999, p. 106) que, —por ejemplo, en el caso de la historia de las instituciones psiquiátricas— resignifica las creencias sobre la relación salud/enfermedad mental. Tal campo implica, entre otras cosas, un incremento de las interacciones entre las organizaciones, por fuerza de la recomposición de las estructuras y rutinas burocráticas, así como cierta conciencia entre los actores que hacen parte de una empresa común. En el ámbito de las organizaciones de salud mental, se generan procesos de tensión y ruptura con los enfoques clínicos, las prácticas y normas predominantes, lo cual da paso al ejercicio de nuevas rutinas administrativas y rituales de atención de los enfermos mentales en los establecimientos psiquiátricos, tal como lo muestran varios estudios locales, realizados a partir de la perspectiva neoinstitucionalista⁵.

LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS NACIONALES Y LA SALUD PÚBLICA

Como se indicó, este artículo toma como referente contextual la primera mitad del siglo XX, considerando que, en este periodo, el campo de la salud pública se posiciona como un problema que el Estado debe gestionar de manera centralizada. Se trataba de implementar una racionalidad distinta alrededor de la política sanitaria, que lograra dar cuenta de los desafíos provenientes de los procesos de urbanización del país, atravesados en gran medida por los rezagos de la pobreza. Para las instituciones de salud, como las psiquiátricas, esto implicaba reorganizar el “trabajo sobre los otros”, a cargo de diversos actores, entre los que se encontraban las congregaciones religiosas con amplia trayectoria en servicios de asistencia social (así como personal no siempre profesionalizado). Este modo de atención se encuadra en un amplio escenario de diversas orientaciones que sustentaron el trabajo de las instituciones sociales, en ese gran periodo de procesos modernizadores. Así lo plantea Castro (2008), al mostrar que, para el caso de la atención de la pobreza, tanto el Estado como aquellos sectores privados que se iban fundando para tal fin, se orientaron bajo ciertas nociones de la intervención social. Entre ellas, la caridad y la beneficencia, que paulatinamente

⁵ Análisis de cambio institucional, a partir de ciertos elementos del campo organizacional, pueden leerse en los trabajos de Montes-Martínez (2016), Peralta-Ardila (2017), y Castrillón-Valderrutén y Sánchez-Salcedo (2019), quienes toman como caso historiográfico el paso del Asilo San Isidro, de la ciudad de Cali, a Hospital Psiquiátrico.

se fueron fusionando en la asistencia pública para dar paso a una atención híbrida, aunque gestionada en gran parte por las entidades del Estado.

Las instituciones psiquiátricas en Colombia, durante la primera mitad del siglo XX, estuvieron dinamizadas por el debate entre la higiene pública y la salud pública, animado por los gobiernos de turno. Un debate que ya tenía asiento a finales del siglo XIX, cuando en 1887 se creó la Junta Central de Higiene, con juntas departamentales de higiene. Como afirma Castro (2008), fue decisivo el papel de los médicos en la promoción y reorganización administrativa de la salud pública, junto a los políticos y otros actores institucionales⁶.

Con el cambio de la Junta Central de Higiene a Dirección Nacional de Higiene, en 1918, se inicia un proceso de especialización de las funciones institucionales, apalancado en gran medida por misiones extranjeras (principalmente de los Estados Unidos). En 1924 se establece, por ejemplo, una reorganización ministerial por recomendación de la Misión Kemmerer, conformada por expertos fiscales de Estados Unidos. Estuvieron un año antes —invitados por el entonces presidente Pedro Nel Ospina— para estudiar la realidad económica del país, proponer legislaciones y la creación de entidades financieras como el Banco de la República (Quevedo et al., 2004).

A partir de tales recomendaciones, el Ministerio de Instrucción Pública se convirtió en Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas, el cual tuvo como anexo la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Mientras que a la división de higiene se le asignaron tareas de provisión de servicios públicos, prevención de enfermedades infectocontagiosas y control de plagas y epidemias, la división de asistencia pública tuvo a su cargo la administración de hospitales, asilos, orfanatos, etc., públicos o privados, la protección de la infancia, y las mejoras habitacionales de los obreros y clases pobres (Ley 15, 1925). Se avizora un proceso de reacomodamiento de los organismos de higiene que se muestra contradictoria por las valoraciones de los actores nacionales, alrededor del carácter público o privado de la higiene: “lo que conduce a la dificultad de priorizar las políticas y las acciones sanitarias hacia el problema social y económico nacional o hacia el asunto del individuo y su comportamiento” (Quevedo et al., 2004, p. 239).

⁶ En este ámbito, los médicos tienen implicaciones directas por tratarse de la gestión de la salud, pero su peso político en el proceso de modernización de las instituciones de asistencia social es evidente. Puede verse, por ejemplo, en la historia social de la infancia en el país, durante las primeras décadas del siglo XX, que registra el fuerte papel político de algunos pediatras en los debates de la Cámara de Representantes, para denunciar la precariedad e insalubridad de los establecimientos de protección infantil y para proponer nuevos modelos de jurisdicción especial de los “menores” (como los Tribunales de Menores) (Castrillón-Valderrutén, 2014).

A partir de la década del treinta, se hace más claro el escenario institucional, pues la higiene se torna en un asunto de política social que debe concentrarse en manos del Estado. Hasta la década del cincuenta, el trabajo de sectorización de la higiene y la asistencia va de la mano de diversos apoyos técnicos y económicos de diversas entidades internacionales. Entre los que se encuentran la Fundación Rockefeller, la Fundación Kellogg y la Oficina Sanitaria Panamericana, que se inscriben en el contexto de la “Política del Buen Vecino” y del “Plan Marshall”, a partir de la década del cuarenta. Quevedo et al. (2004) señalan el gran impacto que tuvo la Fundación Rockefeller en la organización de la política sanitaria en América Latina, incorporando un modelo médico y salubrista estadounidense con la creación del Instituto Nacional de Epidemiología y la Escuela Nacional de Enfermeras (1942), el Ministerio de Higiene (1946) y el Ministerio de Salud (1953). También, bajo estos apoyos extranjeros, vinieron al país la Misión Humphreys o Misión Médica Unitaria, en 1948 y la Misión Lapham, en 1953, decisivas en la adopción de un modelo de educación médica flexneriana, que apuntaba —desde un enfoque experimental, positivista y preventivo— a la práctica clínica en hospitales y al desarrollo de la investigación y la enseñanza en facultades específicas (Pineda, 2014). En suma, se trataba de implementar una nueva racionalidad en el campo de la salud, a la luz de enfoques modernos de la administración pública y de la ciencia moderna.

En este esfuerzo de nuevas racionalidades públicas, la asistencia psiquiátrica entra en el debate institucional de la higiene mental y la salud mental. Debate que, como lo describen Bertolote (2008) y Gutiérrez (2019)⁷, se extiende mucho antes de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, aunque sin la especificidad técnica o disciplinaria que se evidencia a partir de esta fecha. Para la OMS, hay una diferencia sustantiva entre ambas: la salud mental es una condición sujeta a factores biológicos y sociales, y define la capacidad de los individuos de establecer relaciones armoniosas con los otros y con sus propios impulsos instintivos. La higiene mental se refiere fundamentalmente al campo de la salud pública, con una serie de actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental (OMS, 1950).

Posteriormente, se lee en otros informes de la OMS la necesidad de articular higiene mental y salud mental, desde el enfoque preventivo y social de la relación salud-enfermedad. Por ejemplo, en el informe técnico de

⁷ El libro de Jairo Gutiérrez Avendaño (2019) describe el recorrido histórico de la higiene mental en Colombia, sus ambigüedades discursivas en relación con las ideas sobre la modernidad en el país, así como las limitaciones técnicas en los proyectos de implementación.

1957 (OMS, 1957), orientado a los hospitales psiquiátricos, se promueve el trabajo médico terapéutico —desde una estructura abierta, no manicomial (con prolongados internamientos)—, conectada con los contextos sociales y culturales de los pacientes, y con alternativas para la atención, como la consulta externa y el hospital día. Además, este hospital debe contar con un grupo interdisciplinario de profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales), que realizan su trabajo con lineamientos administrativos eficientes en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

LOS ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

Porter (2003) señala que la reclusión de los locos en instituciones diseñadas para ellos fue más bien tardía. Solo hasta el final de la Edad Media empezó a surgir un proceso paulatino de confinamiento y segregación. Con frecuencia se confinaba a los locos en torres o calabozos, auspiciados públicamente y desde una visión moral cristiana, basada en la caridad. Estos establecimientos eran atendidos por órdenes religiosas que estuvieron al frente de este trabajo hasta las primeras décadas del siglo XX (Porter, 2003). Aunque los asilos se fueron expandiendo en las sociedades europeas, su surgimiento nunca fue tan masivo. En países como Portugal, apenas existían dos asilos a finales del siglo XIX; en Inglaterra, solo hasta 1845 fueron aprobados fondos públicos para la creación de asilos. En España, el manicomio decimonónico no fue un espacio medicalizado, pues el saber médico que visualizaba Foucault, en realidad estaba en las manos de los religiosos y los médicos que allí trabajaban. Por falta de preparación, se dedicaban a atender casos de enfermedades comunes de los pacientes. La psiquiatría era practicada por un “puñado de instituciones privadas radicadas mayoritariamente en Cataluña y dirigidas a la burguesía” (Campos y Huertas, 2008, p. 447).

En las sociedades latinoamericanas, los asilos tuvieron dinámicas parecidas a las europeas, al combinar la gestión entre el Estado y las órdenes religiosas y filantrópicas, en las que interactuaban conocimientos psiquiátricos venidos del extranjero (en contextos de constricciones materiales y administrativas)⁸. En el caso nacional, y en el marco historiográfico de las prime-

⁸ Por ejemplo, lo evidencian varios estudios sobre el Manicomio de la Castañeda en México (Sacristán, 2002; 2009; 2010a; 2010b; Sacristán et al., 2017; Sacristán, 2017; Ríos-Molina, 2013; 2016; Ríos et al., 2016); en Brasil (Engel, 2001; Dias, 2011; Venancio, 2007; 2011; Venancio y Cassilia, 2010; Venancio y Facchinetti, 2016; Venancio y Saiol, 2017) y Argentina (Bassa, 2005; De Lellis y Rossetto, 2009; Golcman, 2015; 2017; Rossi, 2011). Es claro que el desarrollo de investigaciones del periodo abordado rebasa el alcance de esta reflexión y que no se desconocen

ras décadas del siglo XX, los asilos y hospitales destinados a los “locos”, mostraban singularidades locales, pero a la vez, daban cuenta de elementos de cambios institucionales compartidos. Así puede rastrearse en los clásicos tomos de *Historia de la Psiquiatría en Colombia* de Humberto Rosselli (1968), quien acopia una gran diversidad de fuentes primarias para mostrar una historia de larga duración de las enfermedades mentales en el país y de sus formas de representarlas e intervenirlas. Reconociendo el aporte de Rosselli, Jairo Gutiérrez Avendaño intenta actualizar, desde 1968 hasta 2018, las principales producciones, tendencias y objetos de investigación en el campo de la historia de la psiquiatría en el país, a partir de cuatro áreas de conocimiento: (i) etnopsiquiatría y cultura psi, (ii) biopolítica, higiene y medicalización, (iii) historia social, (iv) historia de la salud. En suma, lo que se aprecia en estos rastreos historiográficos son características regionales, que han permitido dilucidar cambios institucionales alrededor del trabajo sobre los otros, es decir, los locos o enfermos mentales del país.

Así las cosas, el desarrollo de los establecimientos de atención estuvieron concentrados, en mayor medida, en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, regiones que, por su capacidad institucional frente a otras regiones del país, atendían a los enfermos mentales remitidos de diversas localidades próximas y distantes de las ciudades centrales (Bogotá, Medellín y Cali). Por ejemplo, a través de la figura “pensionados oficiales”, la Secretaría de Hacienda del Departamento del Valle del Cauca subvencionaba a los enfermos mentales remitidos a los asilos de la Beneficencia de Cundinamarca, tal como lo muestran datos fiduciarios de la primera mitad del siglo XX (Castrillón-Valderrutén y Sánchez-Salcedo, 2019).

Se trata, entonces, de una historia regional de los establecimientos psiquiátricos, que da cuenta de los modos como se dieron las transiciones institucionales entre un modelo manicomial o asilar y otro hospitalario moderno⁹. Cuando se leen algunas investigaciones de estos tres departamentos —algunas de ellas ya mencionadas en este artículo—, se pueden identificar ciertos elementos recurrentes. Por ejemplo, alrededor de las concepciones sobre la atención y sobre las condiciones edilicias de los establecimientos, así como de su gestión técnico-administrativa.

otros trabajos de gran importancia historiográfica latinoamericana y nacional, si se quiere elaborar un balance completo del campo.

⁹ A propósito de la población circulante de los establecimientos de estos tres departamentos, Gutiérrez (2019) afirma que, a diferencia de otros países europeos (como Inglaterra o Francia) y latinoamericanos (como México), Colombia fue menos centralista, es decir, no hubo algún establecimiento representativo del territorio nacional (como el Betlem Hospital o el Manicomio La Castañeda).

Tal como lo han documentado varias investigaciones, durante las primeras décadas del siglo XX, se presenció un trabajo de singularización de los enfermos mentales respecto de aquellos otros habitantes del mundo asilar (indigentes, delincuentes, niños desamparados o huérfanos). Si bien, desde la segunda mitad del siglo XIX —tal como lo describe Castro (1990; 2009) en varias de sus investigaciones—, la atención benéfica, para estos grupos vulnerables, se daba en espacios diferenciados —mucho más explícito en los asilos administrados por la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca desde su fundación, en 1869—. Estos esfuerzos de diferenciación institucional vienen a hacerse más visibles en la primera mitad del siglo XX, en virtud de una sensibilización social y moral de los agentes expertos (especialmente de los médicos psiquiatras), frente a la precariedad en la atención de los enfermos mentales (hacinamiento, insalubridad, escasos tratamientos médicos, escasa financiación, etc.). Una sensibilización que se despliega en informes, discursos políticos e imágenes de prensa, en los que se visibilizan, además, las grandes dificultades financieras para el sostenimiento y modernización de los establecimientos. Por ejemplo, en los informes anuales de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, era recurrente el registro de las condiciones de insalubridad y hacinamiento de sus establecimientos por parte de los síndicos como de los propios médicos (Rosselli, 1968; Castrillón-Valderrutén, 2018; Gutiérrez, 2019; Garzón, 2019). En el Valle del Cauca, hubo cierta movilización periodística, la cual denunciaba las condiciones de precariedad de la llamada “Casona de San Isidro” que, hasta la década de 1930, hacía las veces de manicomio y de “cárcel del circuito” tanto para adultos como para menores (Montes-Martínez, 2016; Rojas, 2019; Peralta-Ardila, 2017). Asimismo, en Antioquia, luego de fundado el Manicomio Departamental, en 1921, los medios escritos difundían relatos del encierro de los enfermos mentales en las “jaulas de madera” (Gutiérrez, 2019, p. 70).

Registros como los anteriormente expuestos, interpelan las creencias y las acciones organizativas alrededor de la enfermedad mental como problema público, habilitando otras lecturas que buscan romper cierto régimen institucional problemático. Se percibe una diversificación de las prácticas y los agentes institucionales del campo organizacional psiquiátrico, quienes exponen las dificultades que enfrentan dichos establecimientos para tratar adecuadamente a los enfermos mentales en el país.

Así las cosas, los planteamientos de los agentes expertos y administrativos de los establecimientos psiquiátricos, exponen sus apreciaciones de este modelo o enfoque hospitalario en clave de las modernas tendencias de la psiquiatría internacional, inscritas en el debate de la higiene mental

y la salud pública, aunque con la sombra del tratamiento moral del “alienismo tardío” (Gutiérrez, 2019, p. 302). Se esperaba, de esta manera, crear nuevos establecimientos que se ajustaran a la “ciencia moderna” y a las configuraciones espaciales urbanas que se abrían paso en las ciudades más grandes del país; entonces, se complejizarían los diversos sectores de los establecimientos, según el género de pacientes, los tipos de enfermedades, de cronicidad y tratamientos. En este sentido, eran centrales las demandas por un cambio en las estructuras de los asilos o manicomios, tal como podía leerse, por ejemplo, en los informes de la Junta General de la Beneficencia de Cundinamarca, que denunciaban el malestar generado por las condiciones físicas de los espacios de atención, muy lejos de las “prescripciones de la ciencia moderna” y de las “necesidades de la ya populosa capital de Colombia”, y que “se han adaptado lo mejor que se ha podido y hasta donde han alcanzado los fondos” (Informe de 1911). Se abogaba por seguir los lineamientos técnicos y científicos de la Academia Nacional de Medicina para construir un “Manicomio Moderno”, siguiendo el camino de otras experiencias internacionales (Informe de 1922) (Castrillón-Valderruén, 2018, p. 9-12). De manera similar, para el Manicomio Departamental de Antioquia se plantearon apreciaciones acerca de las antinomias entre la función que debía tener este espacio en las emergentes realidades sociales y económicas urbanas de Medellín (Silva, 2015), ya que era persistente el hacinamiento y los tratos inhumanos de los locos albergados. Una denuncia recurrente de los agentes expertos, como el médico Lázaro Uribe Cálad, director de la cátedra clínica de enfermedades mentales, desde 1923, y del Manicomio Departamental hasta 1946 (Gutiérrez y Marín, 2012). Para el caso del Asilo San Isidro de Cali, agentes expertos agregados en la Junta Proconstrucción concentraron el trabajo de denuncia de las condiciones del asilo para sustentar la búsqueda de fondos y apoyos. Esto con el fin de reestructurarlo bajo los lineamientos clínicos y administrativos, perfilados, en esencia, por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, a partir de mediados de 1950.

Desde el enfoque institucional de Dubet (2006), el trabajo sobre los otros, realizado por estos establecimientos psiquiátricos, deberá resolverse dentro de un proyecto distinto al asilar, es decir, sobre otro “programa institucional”, sustentado en la lógica discursiva de la modernización de la asistencia social. Es posible, siguiendo los planteamientos teóricos de este autor, visualizar para las primeras décadas del siglo XX, en Colombia, el “declive institucional del asilo” y del programa institucional que lo soporta, y el advenimiento de un nuevo tipo de organización que se consolidará, particularmente, entre las décadas del cincuenta y setenta del siglo XX.

El trabajo sobre los otros se configura entonces como una experiencia que se desenvuelve a través de un conjunto de roles, actividades y prácticas diversas en tres niveles de acción distintos: el control social, el servicio y la relación (Dubet, 2006). En lo que respecta al *control*, toda acción dirigida a los otros implica conferir un rol, una identidad institucional y esperar del otro un comportamiento según esa posición. La atribución de roles se inscribe en una visión general sobre las personas y sus conductas, que los agentes institucionales asumen y garantizan. El *servicio*, por su parte, considera al trabajador como un experto que ofrece a un cliente una serie de tareas relacionadas con actividades técnicas como la enseñanza, cuidados médicos, procedimientos administrativos, etc., que son ofertados a los posibles usuarios. Estos últimos ostentan el derecho de adquirir o no los servicios propuestos, con base en sus propios intereses y necesidades. Finalmente, el último nivel de acción es la *relación*, cuya lógica “considera al otro como una persona singular, como un sujeto que debe diferenciarse paulatinamente del usuario y del objeto de sus disciplinas de control social” (Dubet, 2006, p. 93).

Pensar en un declive institucional, implicaría situar la dinámica real de los agentes involucrados en las instituciones psiquiátricas del país. El trabajo manicomial o asilar sobre los otros (los locos o enfermos mentales) intentó superar las prácticas alienistas del siglo XIX, sostenidas tanto por los psiquiatras nacionales como por los agentes religiosos, decisivos en la atención y administración de los establecimientos. Puede pensarse en un declive institucional de los asilos, gracias a la emergencia de un campo organizacional psiquiátrico, con profesionales formados principalmente en universidades de los Estados Unidos, quienes buscaron implantar nuevas formas de concebir la enfermedad mental, prácticas y tratamiento. Al hilo de lo anterior, fue decisiva la reestructuración de los programas universitarios de medicina y de facultades de salud en el país, que dieron pie a departamentos de Psiquiatría, desde los cuales se consolidaron e impusieron saberes y prácticas médicas psiquiátricas. No por ello, otros agentes (como los provenientes de las órdenes religiosas o de la filantropía) quedaron por fuera de la escena psiquiátrica, pues tomaron otras posiciones complementarias en el trabajo sobre los otros, como piezas fundamentales en el sostenimiento administrativo que, con dificultades, podían llevar a cabo las instancias públicas.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA, BISAGRA HISTÓRICA DE LA MODERNIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Desde finales del siglo XX, el horizonte historiográfico para estudiar el campo de la psiquiatría viene ampliando sus intereses de investigación, dando espacio significativo al mundo cultural de las prácticas científicas. De esta manera, la psiquiatría, como la medicina, se asume como una construcción social, sujeta a los avatares históricos y subjetivos de quienes las encarnan, en este caso, médicos-psiquiatras cuyo arquetipo ya no se sustenta en la imagen del científico autónomo, dueño de una verdad incuestionable. Como afirma Huertas (2012), la imagen y autoridad del científico se encuentran atravesados por modelos de socialización complejos, que traen consigo intereses y estrategias tanto personales como profesionales, sujetas a competencias y negociaciones.

Bajo este enfoque, la producción del conocimiento psiquiátrico y las prácticas académicas e intelectuales de los psiquiatras no se dan en condiciones de aislamiento, en el que solo cabría un espíritu científico. La historia crítica de la psiquiatría —en oposición a una historia panegirista y positivista—, al decir de Huertas (2016), estaría atravesada por la indagación de los discursos científicos dentro de un escenario de secularización del conocimiento (y también de sus instituciones), en el cual los conceptos y enfoques de la psiquiatría se asumen como *objetos culturales*; las posiciones profesionales se observan en las *dinámicas institucionales* de la especialización y división del trabajo, así como de los intereses del poder político y de la cultura hegemónica.

La profesionalización de la medicina —en las primeras décadas de la institucionalización de la psiquiatría en el país— buscaba, por ejemplo, incrementar el número de profesores para monitorear de cerca la práctica clínica y de internado de los estudiantes, y el trabajo en laboratorios, con el objetivo de incentivar la formación y entrenamiento en el extranjero (Eslava, 1996). Con esta nueva racionalidad médica, se esperaba superar visiones y prácticas asilares, inclinadas exclusivamente a la cura y contención moral, antes que a la prevención. El desarrollo de la psiquiatría en el país, buscaba una reconceptualización del enfermo y la enfermedad mental que, promovida en la formación universitaria, se tradujera en la producción de conocimiento y en las prácticas médicas de los psiquiatras. Serían, por tanto, expresiones de un saber científico anclado en racionalidades modernas-secularizadas de clasificación de las enfermedades mentales y de sus formas terapéuticas de tratamiento. Los establecimientos psiquiátricos (asilos, hospitales) serían los espacios privilegiados para el despliegue de los

conocimientos científicos adquiridos, por los psiquiatras, en las facultades de medicina (nacionales e internacionales). Ahí los psiquiatras seleccionaban los casos clínicos y patológicos, objetos de estudio para la escritura de tesis y documentos similares¹⁰. Tal como consta en algunas investigaciones, estos establecimientos forjaron o afianzaron culturas profesionales, no exentas de contradicciones y tensiones, tanto por la confluencia de diversos enfoques epistemológicos, como por las realidades contextuales en las que se desplegaban los saberes psiquiátricos. El tránsito hacia una lógica de atención hospitalaria, fundamentada en los conocimientos de terapias preventivas, en el desarrollo de la llamada “revolución farmacológica” y en la creación de servicios ambulatorios especializados, se vio trabado por los rezagos administrativos, técnicos y financieros de los establecimientos psiquiátricos, que debilitaban, en cierta medida, las proclamas de humanización en la atención de los enfermos mentales.

Estos rasgos generales del contexto de producción del conocimiento y de las prácticas de los psiquiatras del país, se relacionan con periodos históricos de configuración de la psiquiatría nacional y que, según Humberto Rosselli (1968), relativamente se decantan de una historia general de la psiquiatría en el mundo occidental: periodo de creación de establecimientos manicomiales para enfermos mentales en Bogotá y Medellín (1870-1880); creación de cátedras de Medicina Mental y Nerviosa de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina en la Universidad Nacional de Bogotá (1913-1926); influjo de la psicoterapia clínica y la psiquiatría psicodinámica. De todas formas, como bien registra Rosselli en las descripciones de los establecimientos y de las trayectorias académicas y profesionales de los psiquiatras en el país, estos momentos se incrustan en ciclos de larga duración, ampliamente documentados por diversos historiadores. Serían paradigmas para redefinir tanto las clasificaciones de la enfermedad mental como las formas de tratamiento.

Arango-Dávila (2012) indica, a partir de la periodización de las “revoluciones” psiquiátricas propuestas por Gregory Zilboorg y George W. Henry (1968), la incidencia de estos ciclos paradigmáticos en la enseñanza de la psiquiatría en Colombia, que fueron incorporándose con la llegada de diversos expertos y con la formación especializada de los psiquiatras en el

¹⁰ Un libro que abre una veta de conocimiento para comprender historiográficamente la producción del saber psiquiátrico en el país, es el editado por Álvaro Casas Orrego y Jana Catalina Congote (2019), en el marco de las investigaciones del Grupo Historia de la Salud, de la Universidad de Antioquia. El libro compila una revisión analítica de ocho tesis de medicina, de 15 preseleccionadas (de Medellín y Bogotá), a fin de contribuir al conocimiento de las disciplinas psi en Colombia y con ello, a los procesos de constitución de la higiene y salud pública nacional.

exterior. De modo muy general serían: 1) El tratamiento moral (de humanización) de Pinel y Esquirol, en Francia, en la primera mitad del siglo XIX, aunque sin el despojo total de terapias agresivas (cadenas, grillos, encierro, inyecciones de trementina, etc.); 2) La nosología de raíz cerebral-natural de los trastornos mentales del psiquiatra alemán Kraepelin, a finales del siglo XIX (muchos de los conceptos y clasificaciones siguen vigentes); 3) la teoría psicoanalítica de la función mental de Freud, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX: el psicoanálisis entra como una terapia en los tratamientos psiquiátricos, especialmente para la atención de los trastornos neuróticos; de forma paralela, surgen terapias biológicas como la malarioterapia, la insulino-terapia, el choque cardiazólico, la psicocirugía (lobotomía) y la terapia electroconvulsiva; 4) la aparición de psicofármacos, en particular el Largactil (clorpromazina), para el tratamiento de la esquizofrenia, cuya consolidación se da entre 1955 y 1964 (cuando se legitima su amplio espectro frente a otros fármacos, aunque sin descartar el uso de terapias psicológicas y biológicas). A estos momentos, Arango-Dávila (2012) agrega otro momento revolucionario, el cual puede atribuirse a todo el movimiento antipsiquiátrico, a partir de 1960, que sustentaba dentro de sus críticas la omisión del componente social-histórico del individuo, en los enfoques biomédicos y organicistas. En este movimiento, fueron decisivos los estudios de Franco Basaglia, Michel Foucault, Thomas Szasz, David Cooper, Robert Laing, Erving Goffman, entre otros.

Es posible afirmar que el proceso de cambio institucional, llevado a cabo en el Hospital fue resultado también del proceso de profesionalización de la psiquiatría en la región, pues supuso “la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo [...] y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional” (Powell y DiMaggio, 1999, p. 113).

LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

En los establecimientos psiquiátricos, los enfoques y métodos de trabajo sobre los otros se condensaban de manera particular en las historias clínicas, las cuales se tornaron en objetos científicos que cristalizaron los ires y venires de las instituciones. Por supuesto, el conocimiento y la profesionalización de la psiquiatría han tenido otros objetos que le asignan valor heurístico a las historias clínicas. Puede pensarse en la producción académica e intelectual de los psiquiatras (tesis de grados, publicaciones periódicas y documentos relativos de la enseñanza y formación en psiquiatría). No

obstante, las historias clínicas son documentos simbólicos del saber psiquiátrico pues, en ellas, se forjan interacciones cotidianas con los enfermos mentales; las cuales permiten no solo diagnosticarlo y medicarlo —establecer un curso temporal de la anamnesis, diagnosis, prognosis y evolución—, sino también orientar rutas institucionales que definen el surco posterior de sus relaciones sociales y/o familiares. Las historias clínicas, como documentos históricos, son mundanas, pues están elaboradas por clínicos y no por grandes hombres de la psiquiatría. En ellas es posible vislumbrar tanto una práctica clínica como una historia social de las instituciones, al registrar un conjunto de variables sociodemográficas y epidemiológicas de los enfermos mentales (Huertas, 2012).

Algunas investigaciones nacionales con historias clínicas, han registrado una serie de datos sobre diferentes establecimientos psiquiátricos durante el periodo referenciado. Aunque de modo exploratorio, por no existir en todos los casos acervos precisos de historias clínicas, la historiografía regional ha permitido conocer elementos de cambios institucionales alrededor de los diagnósticos, de sus terapéuticas y de la semiología psiquiátrica en juego. El cambio en los mismos formatos, a lo largo de los años, va mostrando cierta complejización en la forma de consignar la información por parte de los psiquiatras, pero también de otros agentes, como enfermeros, trabajadores sociales, autoridades judiciales, etc. Como puede observarse en el rastreo cualitativo de las historias clínicas que Castrillón-Valderrutén y Sánchez-Salcedo (2019) realizaron en el Hospital Psiquiátrico San Isidro, entre 1950 y 1970 se dieron cambios importantes en los formatos, los cuales muestran grandes diferencias respecto de las formas breves como se registraban los datos sociales y clínicos de los pacientes, antes de este periodo (hojas sueltas, sin encabezados visibles del nombre del establecimiento, etc.)¹¹. En el periodo en cuestión, se da un proceso de ampliación de variables clínicas, terapéuticas y sociofamiliares —aunque no siempre diligenciadas rigurosamente—, que buscaban registrar elementos de la trayectoria de los pacientes, en el marco de una estandarización organizativa que, fundamentalmente, vino de la mano del trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle. Se trataría de una suerte de isomorfismo, que buscó atender los lineamientos internacionales en las áreas de

¹¹ Un conjunto de trabajos historiográficos en Argentina de la primera mitad del siglo XX, editado por Rossi (2011), es muy interesante para continuar con estas indagaciones sobre las historias clínicas en el país. Han seguido de cerca los cambios discursivos en las nosologías y terapéuticas de varios establecimientos psiquiátricos (Hospicio de las Mercedes y la colonia Dr. Cabred), considerando variables sociales y políticas, además del papel clínico de la psicología y el psicoanálisis en estos registros.

formación de los psiquiatras, pero también de la prevención y tratamiento de los enfermos mentales. Los cambios ocurridos en los formatos —de ser más simples a más complejos en la auscultación clínica y sociodemográfica de los enfermos mentales— van siendo indicios de cómo se presenta el declive del programa institucional asilar, pues la homogenización de la estructura de estas variables empieza a responder al proceso de implementación de otro programa institucional. Esta vez con doctrinas psiquiátricas y valoraciones del trabajo sobre los otros, que buscaban distanciarse del alienismo decimonónico (contención moral), intentando incorporar principios de la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica.

La exploración de las historias clínicas también ha permitido generar datos cuantitativos sociodemográficos, destacables para establecer aproximaciones con los contextos de origen o de residencia de los pacientes. En general, la agregación de datos muestra una población pobre, escasamente escolarizada, con oficios no calificados y proveniente principalmente del casco urbano, aunque sin desdeñar el peso de pacientes de las áreas rurales circundantes (Sánchez-Salcedo, 2017; Castrillón-Valderrutén, 2018; Gutiérrez, 2019). Por un lado, se reitera que esta circulación de pacientes, en los principales establecimientos psiquiátricos del país, se daba por las capacidades institucionales que tenían frente a otros establecimientos¹². Por otro lado, muestra una población que dinamiza las características migratorias de los centros urbanos, que se abrían paso durante la primera década del siglo XX, especialmente en los años 50 y 60. Los establecimientos albergarían, paradójicamente, a una población diagnosticada con enfermedades mentales que, estando relegada de los posibles beneficios sociales y económicos de la modernización, contribuiría de forma decisiva en el desarrollo de la psiquiatría, de sus saberes y sus prácticas médicas.

Los datos agregados, presentados en las investigaciones, proporcionan rasgos predominantes del periodo, alrededor de los diagnósticos y sus terapéuticas. En la primera década del siglo XX, en Colombia y en otros países latinoamericanos, se evidencia un camino de reorientación de la nosografía psiquiátrica¹³, desde los manuales diagnósticos y estadísticos de los tras-

¹² Es importante mencionar el estudio de Escobar (2009) sobre el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga. La autora señala que, durante el periodo 1950-1970, este hospital fue el único centro receptor de pacientes del nororiente del país, pues además de ser público, contaba con una serie de servicios básicos (como los rayos X, pensionados, etc.) para la atención de pacientes mentales, cuyas características sociodemográficas eran similares a las mencionadas en los otros estudios.

¹³ La descripción de una semiología psiquiátrica implica otros alcances analíticos que escapan a este trabajo.

tornos mentales, DSM I (1952) y II (1968)¹⁴, refrendados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y promocionados por la OMS. Aunque estos manuales se elaboraron con base en las clasificaciones europeas de los IDC¹⁵, pronto se superpusieron a estas últimas. Al respecto, Del Barrio (2009) señala que los DSM de la APA se han construido de forma paralela y a veces divergente con los ICD de la OMS-Europa (*International Classification Of Diseases*). Dice la autora que la Segunda Guerra Mundial impulsó la clasificación americana, debido a la magnitud de los traumas de los soldados afectados que no se reflejaban en la *Standard Classified Nomenclature of Diseases/SCND*, de 1932, impulsada por los neokrapelianos, quienes querían promocionar en América una clasificación similar al IDC. Por ejemplo, el primer DSM, de 1952, se elaboró a partir de la recopilación del IDC-4 europeo (1948), con el apoyo de un psiquiatra organicista (Adolf Meyer) y de un psicoanalista (Karl Menninger). También colaboraron psiquiatras del ejército y médicos del NIMH¹⁶. Por ello, se dice que la orientación de este manual es multidimensional, al fundarse con diversos expertos. La experiencia con el DSM II de 1968 fue similar, pero esta vez las diferencias se ahondaron, pues incluyó otro gran conjunto de 39 categorías nosográficas que superaban el IDC 8 europeo de 1967.

Antes de estas directrices, las clasificaciones y diagnósticos que operaban en los establecimientos, en Colombia, provenían del alienismo europeo (Francia y Alemania particularmente) del siglo XIX, que intentaba descifrar, con una racionalidad científica y cultural particular, los comportamientos anormales de la psique humana, en contextos desiguales de urbanización y modernidad. Así, este alienismo forjó una clasificación de los enfermos mentales basada en criterios hereditarios y degenerativos¹⁷. Entre ellas, las psicopatías vesánicas —manías y delirios—, las demencias por alcoholismo, aunque también demencias asociadas a la epilepsia y a la sífilis —parálisis general progresiva—, tal como puede constatarse en los estudios de Casas (2008); de Giraldo (2015) para el Manicomio Departamental de Antioquia; y de Gutiérrez para este mismo establecimiento y para los asilos de Cundinamarca (2019)¹⁸. Asimismo, la “demencia precoz”, propuesta por

¹⁴ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés).

¹⁵ Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés).

¹⁶ Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés).

¹⁷ Sin embargo, la afirmación de estos criterios no dejaba de reconocer cierta subjetividad del loco, pues, en este siglo, al concebirse como un enfermo, tendría un reducto de razón que posiblemente se podía recuperar (Novella, 2014).

¹⁸ Hasta la fecha, para el Asilo San Isidro de Cali, no se tienen registros de historias clínicas antes de 1950.

Emil Kraepelin (1856-1926), aparecía diagnosticada en algunos casos, tal como lo describe Gutiérrez (2019) para los establecimientos de Antioquia y Cundinamarca. Una investigación sumamente interesante que indaga en la recepción discursiva e institucional del concepto de degeneración en los campos de la criminología y la medicina en Colombia, es la tesis doctoral de María Fernanda Vásquez-Valencia (2015). La degeneración como concepto y como teoría (especialmente desde la recepción del “Tratado de degeneración de la especie humana de Bénédicte-Augustin Morel, publicado en 1857) constituyó, entre finales del siglo XIX y primera década del siglo XX, un mecanismo etiológico y político para clasificar y definir el surco institucional de los anormales en el país. Este mecanismo se articuló a las representaciones sobre la raza, la criminalidad, la enfermedad mental, la educación, entre otras, en un periodo de importantes cambios sociodemográficos en el país. Para el caso de la psiquiatría, las múltiples formas de comprender la degeneración, se canalizaron en el concepto de diátesis, definido por Morel en su tratado como un “estado” de anormalidad de ciertos individuos que hace proclive el apareamiento de patologías en sus descendientes —herencias mórbidas—. Indica la autora que los médicos colombianos caracterizaron la diátesis desde las predisposiciones hereditarias y adquiridas, reforzadas por enfermedades crónicas debilitantes —como la sífilis, el alcoholismo y la tuberculosis— y por desórdenes nutritivos —agudos y crónicos—. El estudio clínico de las enfermedades mentales desde la degeneración impacta por otro lado, en la comprensión de los comportamientos de la población colombiana, relacionados con las costumbres y el medio ambiente tropical (Vásquez-Valencia (2015).

La “demencia precoz” viene a ser la punta de lanza de la conceptualización de la esquizofrenia en el siglo XX, así lo han demostrado varios autores (Berrios, 2008; Novella y Huertas, 2010; Álvarez y Colina, 2011). Con las redefiniciones de Eugen Bleuler (1857-1939) y Kurt Schneider (1887-1967), la esquizofrenia —como un gran espectro de los trastornos del yo, cristalizados en experiencias psicóticas— viene a ser también la protagonista de la nosografía de los establecimientos psiquiátricos en Colombia. Especialmente a partir de la década del cincuenta, aunque aparezcan algunos registros de ella en la década del treinta (Manicomio Departamental de Antioquia¹⁹). El diagnóstico de la esquizofrenia supera a otros diagnósticos que perviven en las historias clínicas de los establecimientos psiquiátricos, como los asociados a la epilepsia o el alcoholismo; por ejemplo, Gutiérrez

¹⁹ Por ejemplo, Jairo Gutiérrez Avendaño (2019), identifica, para el periodo 1920-1930, seis casos de esquizofrenia en el Manicomio Departamental de Antioquia.

(2016), Sánchez-Salcedo (2017) y Castrillón-Valderrutén (2018). Novella y Huertas (2010) consideran que, si bien la esquizofrenia no es fruto exclusivo de la modernidad occidental, esta etapa ha participado de un modo determinante y decisivo en su constitución como “objeto cultural”. Constituye un cuadro clínico emblemático de la psiquiatría contemporánea, que busca responder al potencial de alienación que implican las estructuras de la subjetividad moderna. Afirman los autores que en estos contextos de “movilización general” o modernización, avizorados entre los siglos XVIII y XIX, los patrones de experiencia y conducta hoy definidos como psicóticos o esquizofrénicos, se tornaron socialmente “visibles”, incorporándose, entonces, como “nuevas” enfermedades mentales en el espectro clasificatorio. Los DSM decantan las clasificaciones existentes en búsqueda de una estandarización e internacionalización nosológica, basada en un enfoque psicobiológico. Al tomarse los estudios para estas décadas posteriores a la década del cuarenta del siglo XX, puede observarse en los diagnósticos predominantes el influjo del DSM I, que perduró entre 1952 y 1968. Años en que la esquizofrenia, con mayores casos registrados en las historias clínicas, aparece junto a otras “reacciones esquizofrénicas” con diversas variantes: depresiva, disociativa, angustiosa, etc. (Gutiérrez, 2016; Sánchez-Salcedo, 2017; Castrillón-Valderrutén, 2018).

Se aprecia entonces, que estos documentos son cardinales de la práctica psiquiátrica en el país; así como las historias clínicas, estos objetos científicos también se han forjado por disputas y acuerdos disciplinarios, políticos e institucionales. Pero estos manuales no fueron los únicos divisores de agua, si se piensa en el declive del programa institucional asilar destinado a los enfermos mentales. La decantación científica de los diagnósticos, en la década del cincuenta del siglo XX, trajo consigo otra decantación en el campo de la farmacología psiquiátrica, la cual se simboliza en el antipsicótico emblemático para la esquizofrenia (aunque también para la psicosis): la clorpromazina o Largactil, cuya historia también está forjada por disputas y acuerdos, tal como lo describen, detalladamente, López et al. (2002)²⁰. Los estudios ya mencionados, que registran datos de historias clínicas de la década del cincuenta, en el país, evidenciaron el predominio de los fármacos (en los que se incluyen, según los datos de estos estudios, antidepresivos y

²⁰ El valor clínico de este fármaco –también simbólico– se refleja en que, de acuerdo a los autores, sus componentes tenían una capacidad de síntesis, es decir, ofrecía una racionalidad científicamente comprobada: en 1952, el Rhône-Poulenc inició su comercialización con el nombre de Largactil®, con el objetivo de mostrar su amplio abanico de actividades: gangliolíticas, adrenolíticas, antifibrilatorias, anti edema, antipiréticas, antishock, anticonvulsivantes, antieméticas, etc. (López et al., 2002).

antiepilépticos), que coexistieron con otras terapias como la electroconvulsiva, principalmente. Se esperaba que el incremento de fármacos psiquiátricos —y de otras terapias complementarias— redujera la cronificación de los pacientes, por fuerza de la hospitalización prolongada. No obstante, como lo registra por ejemplo, Sánchez-Salcedo (2017), cerca del 31%²¹ del total de hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico de Cali —durante el periodo 1956-1970— reingresaron para nuevas hospitalizaciones, lo cual puede indicar las dificultades de cobertura institucional de los servicios extrahospitalarios (como la consulta externa, el hospital día, etc.) y de las propias disposiciones socioculturales de los psiquiatras para traducir clínicamente los diversos síntomas que observaban en la cotidianidad de sus pacientes.

A MANERA DE CIERRE

Este texto pretendió esbozar algunos elementos historiográficos de la primera mitad del siglo XX, los cuales fueron decisivos en los procesos de modernización de las instituciones psiquiátricas en el país, en un periodo en que el programa institucional asilar decimonónico se ponía en cuestión, debido a su incapacidad transformadora de las enfermedades mentales, en la que jugaban un papel determinante las condiciones materiales en que se producía (hacinamiento, insalubridad y dificultades financieras). El programa asilar se vuelve problemático, tal y como lo manifiestan, por ejemplo, los informes de los síndicos de los asilos de locas y locos de la Beneficencia de Cundinamarca, de los médicos que allí laboraban y las denuncias de la prensa. Se movilizaba, en algunos círculos cercanos y directos al programa institucional, una nueva mirada social sobre la humanización del enfermo mental de los asilos que, aunque no desdeñaba radicalmente de la terapéutica moral del encierro (promovida por el “alienismo tardío”), la resignificaba desde la ciencia psiquiátrica del siglo XX, cuyos enfoques clínicos se postulaban como mecanismos avanzados para traducir los síntomas *anormales*, ahora con el lenguaje especializado de la medicalización y sus respectivos soportes nosológicos.

Desde la perspectiva del programa institucional, propuesta por Dubet (2006), se pueden dar algunos indicios de los tres niveles de acción que le competen y que sufren cambios en su paso hacia una lógica de atención hospitalaria, científicamente legitimada. Estos niveles pueden manifestarse

²¹ De un total de 308 historias clínicas sistematizadas.

como encrucijadas en el proceso de modernización de las instituciones psiquiátricas en el país.

Control social. Con el propósito de incorporar una identidad institucional basada en esa lógica de atención psiquiátrica (científica y especializada), los agentes expertos debían asumir disposiciones y roles que se distanciaran del modo de atención asistencial-asilar para la contención (moral) de los enfermos mentales. Ello implicó un proceso de diferenciación con otros agentes como las órdenes religiosas y filantrópicas, determinantes en el sostenimiento y administración de los establecimientos. Se reacomodaron roles institucionales con la expectativa de que cada rol actuara conforme a su posición. Aun así, el Estado siempre requirió apoyo financiero y administrativo privado para sostener los servicios de salud. Se esperaba que la incorporación de nuevos saberes psiquiátricos en el país se alineara a las demandas socioculturales y políticas de los nuevos tiempos de modernización, tiempos que requerían de sujetos reflexivos y capaces de (auto)sostenerse en contextos más urbanizados. La familia entraría en esta nueva reorganización institucional, por ser la que más remitía a sus enfermos a los establecimientos psiquiátricos, lo que implicaba en ellas un trabajo de resignificación sobre la locura y el internamiento. No obstante, hay que considerar las características sociodemográficas y económicas de los enfermos mentales que ingresaban a los establecimientos, para comprender el real alcance del control social que requería el programa institucional hospitalario moderno. Incluso, se esperaba que los propios enfermos salieran aptos, luego de su hospitalización y tratamiento, para incorporarse con una disposición distinta a las demandas modernizantes.

El servicio. Los psiquiatras²² debían desplegar sus conocimientos científicos, mediante actividades técnicas relacionadas con el cuidado médico. Con la gestión de otros agentes del programa institucional —gestores de políticas y programas, y personal administrativo de los establecimientos—, se esperaba ofrecer un conjunto de servicios hospitalarios a pacientes y posibles usuarios, quienes ostentarían la posibilidad de adquirirlos o no, dependiendo de sus necesidades o intereses. Sin embargo, y a contrape-lo del progresismo anunciado por la psiquiatría moderna —reflejado en la complejización de los registros clínicos y de los documentos maestros de nosología—, lo que se apreciaba era un trabajo sobre los otros (enfermos mentales) con múltiples dificultades administrativas, edilicias y financieras. Estas dificultades, constatadas en el hacinamiento e insalubridad de los es-

²² Pero de forma complementaria enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, si se piensa en los servicios sugeridos por la OMS en la década del cincuenta del siglo XX.

tablecimientos, impelían a los psiquiatras a negociar el cuidado médico y los tratamientos posibles. En estas negociaciones también intervenían las percepciones socioculturales sobre lo anormal de los agentes expertos y de la propia población intervenida, la cual, por otro lado, tenía reducidas las opciones institucionales para resolver sus problemas de salud mental.

La relación. Este nivel, que exige un desarrollo analítico más extenso por la magnitud de las experiencias cotidianas del trabajo sobre los otros, considera al profesional como un sujeto que porta cualidades especiales y convicciones, es decir, que manifiesta una vocación, un compromiso fuerte y subjetivo con una actividad que se auto reconoce como auténtica. A su vez, el profesional (siendo el protagonista el psiquiatra) considera al otro de la relación (el enfermo mental), como una persona singular, a quien debe ponerse por encima de sus demandas como usuario de un servicio. Ambos quedarían situados en un orden ético y moral que los acercaría a su condición de ser humano. En esta dimensión relacional puede observarse, por ejemplo, el rol socialmente conferido a los psiquiatras como personas de ciencia, quienes tienen la misión de legitimar su disciplina en el campo de la salud mental y demostrar que pueden ser eficaces en el tratamiento y “cura” de enfermedades tan elusivas como las mentales. Pero esta singularidad, de su objeto de conocimiento y de intervención terapéutica, parece ser uno de los aspectos centrales que dificulta el desenlace asertivo de la relación. En este camino, los enfermos mentales son reconocidos por las marcas institucionales que estereotipan y estigmatizan su condición singular de ser humano. Esto alimenta una relación también elusiva con la práctica psiquiátrica que, durante las primeras décadas del siglo XX, prometía ir por los caminos de la modernización de la salud pública del país.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. M., y Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, 11(1), 7-26. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16523/16363>
- Arango-Dávila, C. A. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 11-21. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41s1/v41s1a02.pdf>
- Bassa, D. (2005). De La Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX. En M. S. Di Liscia y E. Bohoslavsky (Eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940* (p. 115-142). Prometeo Libros.

- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Fondo de Cultura Económica.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* (Ed. Esp.), 7, 113-116.
- Bohoslavsky, E. (2005). Sobre los límites del control social. Estado, historia y política en la periferia argentina (1890-1930). En M. S. Di Liscia y E. Bohoslavsky (Eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina 1840-1940* (pp. 49-72). Prometeo Libros.
- Campos, R., y Huertas, R. (2008). Los lugares de la locura: Reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 184(731) 471-480. <https://doi.org/10.3989/arbor.2008.i731.197>
- Casas, Á. L. (2008). Desplazamiento y aislamiento. Alienados mentales en la ciudad de Medellín. 1878-1930. *Asclepio*, 60(2), 119-142. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2008.v60.i2.260>
- Casas, Á., y Congote, J. C. (2019). (Coords.). *Letras de la psiquiatría en la Biblioteca Médica. Las tesis de medicina y la asimilación del discurso psiquiátrico en Colombia*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Castrillón-Valderrutén, M. C. (2014). Los niños de la minoridad y sus lugares de “reforma y corrección” en Colombia (1900-1930). *Sociedad y Economía* (26), 41-64.
- Castrillón-Valderrutén, M. C. (2018). *La atención de la locura en la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970. Una lectura de las historias clínicas*. Documentos de trabajo-CIDSE Universidad del Valle, 1-38.
- Castrillón-Valderrutén, M. C. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y Economía*, (40), pp. 143-162. Universidad del Valle. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i40.8327>
- Castrillón-Valderrutén, M. C., y Sánchez-Salcedo, J. F. (2019). Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970). *Revista CS* (28), 259-297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>
- Castro, B. (1990). Caridad y Beneficencia en Cali, 1848-1898. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 27(22), 66-80.
- Castro, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS* (1), 157-188. <https://doi.org/10.18046/recs.i1.405>

- Castro, B. (2009). Prácticas filantrópicas en Colombia, 1870–1960. *Historia y Sociedad*, (17) 37-68. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/hisysoc/article/view/20442/21473>
- Congote, A. C., y Casas, Á. (2015). Sífilis e higiene moral en la Ciudad de Medellín. Observaciones clínicas de Cipriano Mejía Mejía a comienzos del siglo XX. En Á. C. Orrego, y A. C. Durango, *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano* (pp. 275-292). Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Congreso de Colombia. (1925, 31 de enero). *Ley Sobre Higiene Social y Asistencia Pública*. (Ley 15 de 1925). DO: 19821.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>
- De Lellis, M., y Rossetto, J. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *Eä-journal*, 1(1), 1-28. <http://www.ea-journal.com/art/Transformaciones-de-una-institucion-asilar-en-la-Republica-Argentina.pdf>
- Dias, A. (2011). Entre el pabellón y el hospicio: problemas y conflictos en la asistencia psiquiátrica en Rio de Janeiro de principios del siglo XX. *Frenia*, 11(1), 109-128. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16519/16359>
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución, profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Gedisa.
- Engel, M. G. (2001). A Nova Cara do Velho Hospício. En M. G. Engel, *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (pp. 253-328). Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/7htrv/pdf/engel-9788575412534.pdf>
- Escobar, E. J. (2009). *La enfermedad mental en el nororiente de Colombia: Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967*. [Trabajo de pregrado], Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.
- Eslava, J. C. (1996). El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(2), 110-113. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19245/20193>
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica. 2 volúmenes*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso de Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.

- Garzón, L. A. (2019). *Cuando la locura moraba en Ningunaparte. El Asilo de Locas de Bogotá y sus voces 1930-1950*. [Tesis de Doctorado]. Departamento de Historia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Giraldo, A. (2015). La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* (5), 104-127. <https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a06>
- Golcman, A. (2015). El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* (5), 150-173.
- Golcman, A. (2017). Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las terapias de shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). *Asclepio*, 69(1), 176.
- Gutiérrez, J., y Marín, Y. A. (2012). Poder psiquiátrico, formas clínicas y clasificación de la locura como enfermedad social, en el caso del Manicomio Departamental de Antioquia 1920-1959. *Katharsis* (14), 197-224. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527380>
- Gutiérrez, J. (2016). Caracterización sociodemográfica, psicopatológica y terapéutica en la primera década de servicio (1958-1968) del Hospital Psiquiátrico San Isidro del Valle del Cauca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.06.003>
- Gutiérrez, J. (2019). *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968*. Fondo Editorial, Institución Universitaria de Envigado.
- Huertas, R. (2012). *Historia cultura de la psiquiatría*. Los Libros de la Catarata.
- Huertas, R. (2016). *Otra historia para otra psiquiatría*. Xoroi Edicions.
- López, F., Álamo, C., y Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia*, 2(1), 77-107.
- Montes-Martínez, M. (2016). *La participación de la Universidad del Valle en la constitución del Asilo San Isidro como hospital psiquiátrico 1955-1970*. [Trabajo de pregrado]. Universidad del Valle. Cali.
- Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002
- Novella, E. (2014). Cinco variaciones y una coda sobre la historia cultural de la psiquiatría. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 34(121), 97-114. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000100006>

- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1950). *Informe de la Segunda Reunión del Comité de Expertos en Higiene Mental*. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1957). *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Peralta-Ardila, M. P. (2017). *Élite cívica y filantrópica: La Junta Pro-Construcción Hospital Psiquiátrico San Isidro, Cali 1950-1961*. [Tesis de maestría]. Universidad del Valle. Cali.
- Pineda, C. A. (2014). Formación y medicina: la transición del modelo anatómico-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Revista Latreia*, 27(3), 255-266.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Fondo de Cultura Económica.
- Powell, W., y DiMaggio, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Fondo de Cultura Económica.
- Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J., García, C., Guzmán, M., Mejía, P., y Noguera, C. (2004). *Café y gusanos: mosquitos y petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras.
- Ríos, A. (2013). *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. El Colegio de México.
- Ríos, A. (2016). *Cómo prevenir la locura: Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. Siglo XXI Editores.
- Ríos, A., Sacristán, C., Ordorika, T., y López, X. (2016). Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968). *Asclepio*, 68(1), 136. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>
- Rojas, D. C. (2019). *“Los Locos” Vallecaucanos en el Periódico El Relator, 1940-1960*. [Trabajo de Pregrado]. Universidad del Valle.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia. Vols. I y II*. Horizontes.
- Rossi, L. (2011). Historia de las Historias Clínicas del Borda. La Institución y sus Pacientes en sus Documentos. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina* (4). http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/revista_de_historia_psicologia_4.pdf
- Sacristán, C. (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. *Frenia*, 2(2), 61-80. <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/view/16378/16224>

- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v16n45/v16n45a8.pdf>
- Sacristán, C. (2010a). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud Mental*, 33(6), 473-480. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219792001>
- Sacristán, C. (2010b). Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968. *Espaço Plural*, 11(22), 11-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445944364003>
- Sacristán, C. (2017). Curar y custodiar. La cronicidad en el Manicomio La Castañeda, Ciudad de México, 1910-1968. *Asclepio. Revista de la medicina y de la ciencia*, 69(2), 193. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.16>
- Sacristán, C., Hernández, O., y Ordorika, T. (2017). México: una reforma psiquiátrica que no lo fue, (1968-1990). En R. Huertas García-Alejo (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en Iberoamérica* (pp. 154-185). Catarata.
- Sánchez-Salcedo, J. F. (2017). Diagnóstico y medicación: la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970. *Universitas Humanística*, 83(83), 321-359. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uh83.dmpm>
- Scull, A. (2019). *La locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. Fondo de Cultura Económica.
- Silva, J. A. (2015). Concepción y desarrollo del manicomio departamental de Antioquia: 1889-1937. En C. C. Álvaro Casas Orrego, *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano* (pp. 179-196). Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación.
- Stagnaro, J. C. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*, 6(1) 7-37. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16431>
- Vásquez-Valencia M. F. (2015). *Degenerados, criminosos e alienados: Para uma história do conceito de degeneração na Colômbia, 1888-1950*. [Tese de Doutorado. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina]. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/134939>.
- Venancio, A. T. (2007). La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica. *Frenia*, 7(1), 195-212. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16445/16290>
- Venancio, A. T. (2011). Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *His-*

tória, Ciências, Saúde-Manguinhos, 18(1), 35-52. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003>

Venancio, A. T., y Cassilia, J. A. (2010). A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, 11(22), 24-34. <https://www.redalyc.org/pdf/4459/445944364004.pdf>

Venancio, A. T., y Facchinetti, C. (2016). Historiografías: de la psiquiatría en Brasil y sus instituciones. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 27(127), 177-187. <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex127.pdf>

Venancio, A. T., y Saiol, J. (2017). El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*, 69(2), pág. 190. <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/746> <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.13>

CAMBIO INSTITUCIONAL Y MODERNIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE 1956-1970

*José Fernando Sánchez-Salcedo*²³

INTRODUCCIÓN

Entre 1950 y 1960 se llevó a cabo en la ciudad de Cali la construcción de un hospital psiquiátrico moderno que sustituyó al Asilo San Isidro creado en 1937 como correccional y habilitado luego, en 1940, como manicomio. Este cambio institucional se dio en un periodo de importantes transformaciones que modificaron las concepciones sobre la locura, su diagnóstico y tratamiento. Entre los aspectos más importantes que caracterizaron este periodo se destacan: la nueva concepción sobre la enfermedad mental que acuña la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950, que enfatizó el carácter preventivo y la necesidad de integrar la práctica psiquiátrica a las demás ramas de la medicina; el lanzamiento de un manual de diagnósticos psiquiátricos DSM I (1952) y DSM II (1968), que propone una nueva clasificación de enfermedades estrechamente ligadas a la corriente biomédica que va a caracterizar a la psiquiatría norteamericana y que termina imponiéndose a la vieja tradición clínica alemana y francesa. En este contexto, el principal aporte que definirá la supremacía norteamericana será la re-

²³ Doctor en Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), Licenciado en Literatura, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Profesor asociado del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle. Adscrito al grupo de investigación Sociedad, Historia y Cultura.

volución farmacológica que generará, paradójicamente, un descubrimiento francés, la clorpromazina, para el tratamiento de la esquizofrenia y de otras enfermedades mentales.

Todos estos aspectos influenciaron la práctica médica del departamento de psiquiatría a partir de 1955, adscrito a la recién creada Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en 1950, pues al igual que otras instituciones y facultades de medicina del país, esta contó con el apoyo de la Fundación Rockefeller, quien garantizó tanto apoyo económico, como un importante direccionamiento académico para la formación de médicos psiquiatras en universidades norteamericanas. El departamento de psiquiatría cumplió un papel preponderante en el diseño arquitectónico y posterior organización del hospital, pero su principal influencia estaría en la institucionalización de un conjunto de saberes y prácticas médicas que cambiarían paulatinamente el modo de tratar la enfermedad mental.

El presente capítulo busca dar cuenta de dichos cambios a través del análisis de los archivos administrativos y de historias clínicas del hospital psiquiátrico. Estas últimas constituyen un importante instrumento de registro, del tipo de actividades (diagnóstico, tipos de tratamientos, etc.), que implementaron los médicos psiquiatras del asilo en el proceso mismo de su transición hacia hospital moderno.

La dinámica institucional que supuso la transformación del asilo de dementes y antigua correccional en un hospital psiquiátrico moderno, implicó la revisión y sistematización de diferentes tipos de documentos administrativos, como actas, resoluciones, correspondencia, informes, etc.; e igualmente, la consulta de 308 historias clínicas entre 1956 y 1970. Es importante mencionar el carácter no probabilístico de esta muestra y su objetivo es el de ofrecer una mirada más cualitativa de las historias clínicas producidas durante el periodo. Desde esa perspectiva, la muestra, simplemente busca describir algunos aspectos relacionados con las características de los pacientes, de dónde venían, quiénes los llevaban al hospital, los criterios utilizados para diagnosticar los enfermos mentales y el tipo de tratamiento que recibían. Con la información obtenida se originó y conformó una base de datos en la que se privilegiaron aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento recibido por los pacientes por consulta externa y hospitalización. Se tuvieron en cuenta, además, otros datos como: el sexo, la edad, la permanencia en la institución y los reingresos. Esto con el fin de encontrar evidencias sobre cambios operados en la estructura organizativa y las prácticas médicas sobre la enfermedad mental.

El capítulo está dividido en cuatro partes, la primera presenta los antecedentes históricos del surgimiento de las instituciones asilares, da cuenta de

las terapias y prácticas médicas utilizadas hasta ese momento, así como el proceso que caracterizó la modernización de la salud y particularmente, la salud mental durante el periodo estudiado; la segunda, enfatiza los aspectos teóricos del estudio; la tercera parte muestra el proceso de transformación de asilo a hospital psiquiátrico, entendido como un cambio institucional en el que se resalta la conformación de un campo organizacional que lo posibilita, así como el análisis de los principales cambios desarrollados en la organización institucional a nivel de su infraestructura, la estructura formal de la organización y sus procesos, fundamentalmente. Para ello, se apoya en una revisión de las historias clínicas, entendidas como fuentes para identificar procesos de cambio en la práctica médica, a partir de las cuales es posible identificar modificaciones en los diagnósticos y el tratamiento de los pacientes. Finalmente, se proponen algunas conclusiones.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS INSTITUCIONES ASILARES

Asistencia y autoridades públicas: los primeros asilos

La difícil situación económica que caracterizó a la sociedad colombiana desde finales del siglo XIX, despertó la preocupación por parte del Estado y de instituciones privadas para asistir a los más pobres. Así las cosas, emergieron un conjunto de instituciones direccionadas a prestar ayuda y socorro a los desvalidos y necesitados. Los motivos que inspiraban la ayuda a los pobres y las formas de enfrentar la miseria se vieron interpelados por importantes discusiones y debates políticos que coincidían en la búsqueda de una salida civil independiente del Estado. De un lado, los liberales que proclamaban el desarrollo de un proyecto de beneficencia y, de otro, los conservadores quienes defendían los preceptos de la caridad cristiana para ayudar a los pobres.

Aunque el asunto quedó dirimido a favor de la implementación de un sistema de atención a los pobres y desvalidos por parte del Estado, la administración de los establecimientos fundados para llevar a cabo el trabajo de asistencia, quedó a cargo de las instituciones religiosas. Como lo explica Castro (2007), esto se debió claramente a la falta de experiencia del Estado frente a este tipo de actividades, lo que contrastaba con el conocimiento y “las presiones y experiencias de la Iglesia en este terreno” (p.11) De esta forma, el gobierno liberal, desde 1870, introdujo *lo social*, en la agenda del gobierno y no volvió a ser excluido y “por el contrario, fue paulatinamente recogido, incluso por los gobiernos conservadores, aunque los recursos

asignados para este rubro hubieran sido mínimos en comparación con otros gastos estatales” (Castro, 2007, p. 11).

A finales del siglo XIX, de acuerdo con Vásquez (2001), Cali es atravesada por procesos de modernización que transforman este pueblo aislado en una ciudad de gran importancia regional. Según el autor, la ciudad tuvo un despegue modernizador entre 1910 y 1915 debido a los cambios institucionales que convirtieron “la aldea en centro administrativo, militar, político y religioso, (además del impacto) de la llegada del ferrocarril desde Buenaventura y su extensión a Popayán y Armenia” (p. 159).

Cali alcanzó una población de 45.585 habitantes en 1918. En la década de los cuarenta, la ciudad creció demográficamente de manera significativa: “en el periodo intercensal 1938- 1951 pasó de 101.883 a 284.186 habitantes, es decir, creció una tasa anual de 8,21” (Vásquez, 2001, p. 21). De acuerdo a Vásquez (2001), en esta década se acelera el proceso de industrialización y desarrollo económico en Cali debido al movimiento migratorio y su consecuente expansión urbana, los salarios relativos favorables, el desarrollo de servicios públicos municipales, las luchas por el progreso material —intereses territoriales y conflictos sociales por la tierra— y los factores asociados a la violencia atrajeron poblaciones de otras regiones del país. La modernización de la región se consolida en sectores sociales agropecuarios y comerciales, la construcción del Ferrocarril del Pacífico y la extensión de la estructura fluvial y carretable.

La existencia de una política social, aún en los momentos en los que apenas se estaban configurando las instituciones estatales en la sociedad colombiana, muestra el importante papel que tuvieron. tanto la asistencia y las problemáticas sociales en la conformación del Estado moderno en el país, como la función que desempeñaron las instituciones de atención y de beneficencia en la categorización e identificación de los sujetos a intervenir en la sociedad. En el caso de la enfermedad mental, para 1870 se fundó el Asilo de Bogotá, acogiendo varones enajenados e indigentes. Para las mujeres, por su parte, se abre la “Casa de Locas” en 1874 (Rosselli, 1968). Estas primeras instituciones y otras que se fundaron después fueron atendidas por personal religioso que provenían fundamentalmente de las hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, los hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y las religiosas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Los miembros de estas órdenes religiosas y personas de las élites locales, crean nuevos establecimientos para atender enfermos mentales (Rosselli, 1968).

Breve historia de las terapias psiquiátricas en Colombia

De acuerdo con Humberto Rosselli (2009), es posible rastrear los saberes y las prácticas para el tratamiento de la enfermedad mental desde una perspectiva histórica que abarca cuatro grandes etapas: Precolombina, Colonial, Republicana y durante principios y mediados del siglo XX, mostrando cómo, en cada periodo, se ponen en juego diversas alternativas para abordar el tratamiento de la locura, fruto, primero, del ingenio y el conocimiento de curanderos y médicos y, posteriormente, del resultado de la observación científica, influenciada por importantes tradiciones psiquiátricas que empiezan a forjarse en Europa y después, en los Estados Unidos a partir del siglo XIX²⁴.

En la primera etapa, la Precolombina, Rosselli (2009) hace referencia a las prácticas que realizaban los indígenas Chocóes de Urabá y del Nordeste antioqueño, los cuales: “usaban unas jaulas pequeñas, adornadas con pinturas cabalísticas o rituales, para encerrar los pacientes agitados, con el fin de desterrar de ellos el espíritu de la locura” (p.12). De igual forma, en la Sierra Nevada de Santa Marta, los indígenas Koguis usaban el método de confesión, purificación y romerías naturales para las dolencias psíquicas.

En la época de la Colonia, Rosselli (2009) trae a colación, el tratamiento de uno de los gobernadores de Antioquia, Manuel de Ayala y Benavidez, quien, afectado por una psicosis, trató de matar varias veces a su esposa. Pero quizás el hecho más notable del periodo, es el tratado que sobre las hipocondrías —actuales depresiones— escribe don José Celestino Mutis (1732-1808). Recomienda en dicho tratado²⁵:

El uso dilatadísimo de los baños de agua fría; el alimento blando y humectante; la bebida de la misma naturaleza; las lavativas frecuentes de agua y un ejercicio moderado a pie o a caballo, pero sobre todo la influencia de “un buen consejero”, [es decir la psicoterapia], la sujeción de las pasiones, la heroica resignación cristiana, el desembarazo de todos los cuidados domésticos, la lectura de libros como *El Quijote* y de otro que le envía al paciente que lo consulta, que seguramente fue El médico de sí mismo: Modo práctico

²⁴ Historiadores de la locura y las instituciones psiquiátricas como David Porter o Andrew Scull, documentan cierta evolución en Occidente de las representaciones sobre la locura y sus portadores que, en general, coinciden con esta periodización propuesta por Rosselli. Asimismo, identifican las prácticas de contención y tratamiento, mostrando un largo camino de secularización que se cristaliza en el Siglo XX, conocido también como el “siglo psiquiátrico”.

²⁵ Un estudio más detallado sobre el tratamiento de las enfermedades mentales en el siglo XVIII puede leerse en *La enfermedad mental como patología orgánica y social en el Nuevo Reino de Granada durante el siglo XVIII*, de Olga Marcela Cruz Montalvo (2006).

de curar toda dolencia con el vario y admirable uso del agua, dispuesto por el Dr. José Ignacio Carballo de Castro, obra publicada en 1754 cuyo verdadero autor fue al parecer San Vicente Ferrer. (Rosselli, 2009, p. 113)

Ya en la época de la República, se hace referencia a un ataque nervioso —convulsiones— que presentaban las muchachas casaderas cuando se les contrariaba en sus caprichos. Los médicos de Bogotá curaban las convulsiones con lavativas, lo que resultó ser muy eficiente, pues bastaba que los médicos utilizaran la palabra lavativa para que la enferma se recuperara por completo. Para finales del siglo XIX, es posible encontrar preocupaciones más científicas sobre las enfermedades mentales. Por ejemplo, Rosselli (2009), menciona como primer estudio sobre la psicosis, el artículo de la *Revista Médica de Bogotá* de 1875, titulado *Locura curada con inyecciones hipodérmicas de morfina: Observación tomada de la Clínica del Dr. Plata Azuero por Florentino Angulo*. En él, se destaca la historia de una paciente, María Ortiz de 23 años, atacada, según el médico, con una manía de tercer grado, quien se curó en 59 días con estas inyecciones.

En la primera mitad del siglo XX en el país, empiezan a experimentarse los tratamientos biológicos en psiquiatría con el propósito de crear un choque proteínico que calma la agitación. Según Rosselli (1968), en 1910, el Dr. Antonio Gómez Calvo, Director del Asilo de Locas “El Aserrió” en Bogotá, introduce el absceso de fijación en los casos de psicosis, en la que se inyecta una mezcla de trementina y éter que provoca altas temperaturas, inflamación e inmovilización forzada del paciente por el dolor. En 1925, el Dr. Maximiliano Rueda, profesor de la Universidad Nacional, introduce otros métodos como la extracción masiva del líquido encéfalo-raquídeo y la malarioterapia para la parálisis general. Llegó a presentar estadísticas de 300 casos, de los cuales obtuvo resultados satisfactorios en un 33% de los mismos. Más tarde, con la llegada de la penicilina cae en desuso este tratamiento (Rosselli, 2009). En 1930, la ‘fiebre eléctrica’ o ‘piretoelectroterapia’, se intenta en el Asilo de Sibaté. En dicho tratamiento se sube la temperatura de los pacientes con baños o mantas eléctricas. En 1937, se introduce la insulino-terapia, en las que se induce a los pacientes a comas diabéticos. Su uso se prolongó cerca de 25 años en el país hasta su desaparición total. En 1938, se introduce la cardiazolterapia, en la que, a través de una inyección endovenosa, se aplica el cardiazol, estimulante del sistema nervioso central con el que se producen convulsiones. La inyección se usa para las agitaciones psicóticas de los esquizofrénicos.

Después, aparece la psicocirugía (Lobotomía), procedimiento quirúrgico en el que se extrae la corteza prefrontal a través de la cuenca de los ojos²⁶. En 1941, se introduce la terapia electroconvulsiva, en la que se inducen convulsiones a través de los choques eléctricos.

En el decenio de 1950, se introducen los psicofármacos como Largactil, Gardenal y Fenergán para producir un enlentecimiento motor y sedación continua en la agitación psicótica (Rosselli, 2009).

La modernización de la salud mental: de la higiene a la salud pública

El advenimiento de un nuevo modelo de atención para abordar el problema de la salud mental centrado en la construcción de hospitales modernos, fue llevado a cabo en un periodo de importantes cambios políticos, económicos y sociales como: la retoma del gobierno por parte de los conservadores en las elecciones de 1946, el recrudecimiento de la violencia política que entre 1946 y 1953 dejó 140.000 víctimas, el golpe de Estado que realizaron los militares en 1953 y el advenimiento, a finales de esta década, de una nueva coalición política, el Frente Nacional, que ofreció una paz relativa a la violencia partidista a través de un modelo político excluyente. Todos estos acontecimientos se desplegaron en un contexto de crecimiento económico y de desarrollo de la industrialización en el país.

A nivel local, Cali había empezado, desde mediados de la década del treinta, un proceso de industrialización que se incrementó entre 1944 y 1955. “En 1934 se fundaron 64 empresas, en 1942 se establecieron 57 y en 1944 el número se elevó a 101” (Vásquez, 2001, p. 188). La demanda de trabajo, el mejoramiento de salarios relativos que generó la industrialización y la violencia que caracterizaba el periodo, incrementó el proceso migratorio, convirtiendo a Cali, en un punto de atracción demográfica: “Entre 1944 y 1955, Cali pasó de tener 157.813 habitantes a 393.365 (Vásquez, 2001, p. 201).

El crecimiento desmesurado de la población se enfrentó a una débil infraestructura física y de servicios públicos, lo que contribuyó a la creación de barrios de invasión y problemas de planificación urbana. Todos estos aspectos derivaron en conflictos por la tierra y la vivienda que se sumaron a las luchas obrero-patronales surgidas por la industrialización.

²⁶ Menciona Scull (2019), que la lobotomía, procedimiento más dramático de intervención somática, aparece a mediados de 1930, bajo el impulso “científico” de António Egas Moniz, neurólogo portugués. Este médico no solo inspiró a otros neurólogos, como Walter Freeman y James Watts (de la Universidad de George Washington), sino que su invento le otorgó el Premio Nobel de Medicina en 1949; esta intervención cerebral prácticamente desaparecería en la siguiente década.

En este contexto de profundas tensiones políticas y desarrollo socioeconómico se consolidó la salud pública en el país, a través de la creación del Ministerio de Higiene en 1946 y del Ministerio de Salud Pública en 1953. Es importante anotar que, para finales de la década del cuarenta, el país contaba con los siguientes organismos de salud: Hospitales y Beneficencias; el Ministerio de Higiene con sus instituciones dependientes; el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, con sus servicios de atención; los médicos en ejercicio privado de la profesión y las Clínicas privadas. Antes de la década del cuarenta, los hospitales reducían su actividad a ser un “lugar de reclusión de enfermos crónicos atendidos por religiosas y enfermeras sin formación profesional en salud” (Forero, 2011, pp. 301-302).

Los cambios operados en las instituciones de salud fueron posibles gracias al proceso de modernización que llevaron a cabo los gobiernos conservadores como resultado de las misiones de fomento económico y administrativo (como la Misión Currie), enviadas al país “como requisito para la entrega de ayudas económicas por parte del Banco Mundial y del Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo” (Henderson, 2006, p. 483).

Una de las principales recomendaciones de la Misión Currie en materia de salud fue “garantizar los mecanismos de salud en Colombia para permitir su conversión hacia una sociedad saludable y sana, es decir, productiva y no infectante de forma que el comercio fuese seguro” (Quevedo et al., 2004, p. 332). De este modo, se articulaba el desarrollo económico y el bienestar social como una estrategia para mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y evitar el *fantasma* de la llegada del comunismo a la región.

Además de los programas sociales implementados por el Ministerio de Higiene entre 1940 y 1950, es importante destacar primero, la separación de la higiene y la asistencia pública, como actividades centrales para el desarrollo del sector salud en el país (Decreto 408 de febrero de 1947), al permitir que trascendieran las acciones del Estado hacia el “desarrollo de servicios de salubridad de cobertura nacional, yendo más allá de la campaña de erradicación, para presionar hacia formas de integración de los servicios preventivos y curativos de los Centros Mixtos de Salud”, (Hernández, 2000, pp. 19-20) y no solo limitarse a prestar ayuda a las personas que carecieran de medios de subsistencia o atender a las instituciones de utilidad común. Segundo, se destaca la organización del Plan Hospitalario por parte del Ministerio de Higiene, expedido a través del Decreto 2554 de la Presidencia de la República el 28 de julio de 1950, cuyo objeto era atender las necesidades del país a través de la contribución económica y técnica en la construcción de hospitales de diversa índole.

El tercer aspecto tiene que ver con las visitas de dos misiones médicas norteamericanas que recorrieron el país, para evaluar las facultades de medicina y los hospitales: la misión Humphreys y la Misión Lapham. La primera, realizada entre el 12 de octubre y el 13 de noviembre de 1948, estuvo encabezada por nueve médicos estadounidenses y una de sus principales recomendaciones fue fundar una nueva facultad de medicina en la ciudad de Cali. La segunda, realizada entre julio y agosto de 1953, tuvo como objetivo evaluar siete escuelas de medicina. Ambas plantearon importantes recomendaciones sobre la enseñanza de la medicina, enfatizando la práctica clínica, la contratación de docentes de tiempo completo y la creación de especializaciones.

Eran varios los aspectos que generaron un contexto adecuado para la modernización de las instituciones de salud en el país: la ayuda económica recibida de agencias internacionales, y del gobierno norteamericano e instituciones privadas como la Fundación Rockefeller; el apoyo que tuvo el Ministerio de Higiene y algunas Facultades de Salud en asuntos técnicos y administrativos; y el papel del Estado al asumir el fomento, construcción y vigilancia de instituciones hospitalarias. Esto supuso, para el caso particular de la psiquiatría, la superación de los asilos como instituciones de caridad y asistencia pública y el advenimiento de una nueva infraestructura hospitalaria, soportado en los fundamentos de la ciencia médica para abordar la problemática de la enfermedad mental en el país.

LA CONSTITUCIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO

La dinámica del cambio institucional

En las últimas décadas del siglo XX ha habido un renovado interés por el estudio de las instituciones en Ciencias Sociales (March y Olsen, 1984; 1997; Torres, 2015). Esta tendencia que se ha reunido bajo el rótulo de neoinstitucionalismo ayuda a estudiar las funciones organizacionales en contextos como el de March y Olsen (1984) y a “establecer relaciones entre los factores culturales y sociales y las diversas formas de organización humana [...] que nos permite comprender los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas, en su evolución y secuencia histórica” (Farfán, 2007, p. 88).

Aunque son diversas las perspectivas que abarca el neoinstitucionalismo: económico, político, histórico o sociológico, sus autores coinciden en definir las instituciones “como las reglas de juego en una sociedad o, más formalmente, los constreñimientos u obligaciones creados por los seres hu-

manos que le dan forma a la interacción humana” (North, 1990, p. 3). Estos patrones sociales tienden a reproducirse, porque tienen que ver con la manera en que los individuos hacen las cosas en su vida cotidiana, en la cual “los hombres actúan como si siguieran reglas; saben cómo hacer las cosas y ese saber incluye una experiencia práctica, una experiencia reflexiva y una orientación normativa” (Escalante, 1992, p. 30).

El origen de estos patrones de comportamiento es de gran importancia histórica porque contribuye a estructurar la política, tanto a nivel de las estrategias como de los objetivos mismos y las posibilidades de consenso y conflicto.

El nuevo institucionalismo aborda lo histórico como un proceso de cambio institucional continuo, en el que desde la división más elemental del trabajo, hasta la constitución de los Estados modernos, se han establecido cuerpos cada vez más complejos de rutinas de comportamiento o reglas de juego que surgen para reducir la incertidumbre existente en la interacción entre los entes sociales [...] la repetición durante periodos prolongados en el tiempo de estas rutinas constituye el mundo de las instituciones. (Powell y DiMaggio, 1999, p. 18)

Lo anterior, pese a que, como lo afirman posteriormente March y Olsen (2006) “las instituciones cambian con el tiempo en respuesta a la experiencia histórica, pero los cambios no son inmediatos y tampoco garantizan mejoramiento en su capacidad de adaptación y supervivencia, ni su eficiencia” (p. 11). Para comprender el cambio institucional, es preciso identificar el tipo de actores que existen en la sociedad y la relación que estos establecen con su entorno institucional.

En este estudio se abordará el campo organizacional que define la posibilidad de un cambio institucional y el papel que juegan en dicho proceso de cambio las transformaciones en los sistemas de creencias. El campo organizacional se estructura en cuatro etapas:

- 1) aumento de grado de interacción entre las organizaciones en el campo; 2) El surgimiento de estructuras interorganizacionales de dominio y de patrones de coalición claramente definidos; 3) Un incremento de la carga de información de la que deben ocuparse las organizaciones que participan en el campo; y 4) el desarrollo de la conciencia entre los participantes de un conjunto de organizaciones que están en una empresa común. (Muñoz, 2014, p. 413)

La importancia del concepto de campo, radica en que busca privilegiar los vínculos entre las organizaciones, los cuales solo pueden establecerse a nivel empírico. Los campos organizacionales se encuentran enmarcados en sistemas de creencias, cuyas ideas influyen “en la forma como los actores perciben sus intereses y opciones en primera instancia, incluyendo las instituciones que preferirían continuar y mantener bajo circunstancias diversas” (Campbell, citado en Muñoz, 2014, p. 490). De esta manera, “los actores dentro de un campo organizacional crean y reproducen las lógicas de un campo” (Yepes, 2017, p. 22). Estas lógicas expresadas en formas comunes de ver y entender problemas y modos de solución, van a estar soportadas en reglas, normas y hábitos de comportamiento idénticos o parecidos a otras organizaciones (López, 2009) cuya homogeneidad va a contribuir a la difusión unificada de las nuevas creencias que los actores del campo quieren establecer.

La adscripción en un sistema de creencias, permite aglutinar a las organizaciones a partir de puntos de vista e intereses comunes, generando, de esta forma, procesos de homogenización. Este proceso —en el que las organizaciones buscan parecerse a otras cuando comparten las mismas condiciones ambientales—, Powell y DiMaggio (1999) lo han definido como *isomorfismo*, entendido como “un proceso limitador que obliga a una unidad en una población a parecerse a otras unidades que enfrentan las mismas condiciones ambientales” (p. 108) se puede manifestar de dos formas a nivel competitivo o institucional. El competitivo asociado a “la competencia en los mercados, el cambio de nichos y las medidas de ajuste, y el institucional [...], al poder político y la legitimidad institucional tanto para los ajustes económicos como para los institucionales” (Yepes, 2017, p. 22).

El isomorfismo institucional supone mecanismos de presión de carácter coercitivo, mimético y normativo, que generan el cambio institucional: “1) el isomorfismo coercitivo, que se debe a influencias políticas y al problema de legitimidad; 2) el isomorfismo mimético, que resulta de respuestas estándares a la incertidumbre, y 3) el isomorfismo normativo, asociado con la profesionalización” (Powell y DiMaggio, 1999, p. 109).

Las actividades realizadas por las organizaciones y personas que conforman el campo organizacional generan cambios en dimensiones específicas de la organización como: la infraestructura, la estructura formal de la organización, la tecnología, los procesos, los servicios, la cultura organizacional y el comportamiento humano.

En este estudio la transformación del Asilo San Isidro en un hospital psiquiátrico moderno se entiende como un *cambio institucional* producto de las constantes denuncias de la prensa e instituciones del Estado, como

la Beneficencia Pública y la Dirección de Higiene del Valle del Cauca, sobre la falta de organizaciones adecuadas para la atención de los locos en la ciudad y principalmente en lo relacionado con los costos que debía pagar el gobierno a nivel local por el traslado de dichos enfermos a los Hospitales de Sibaté en Bogotá y San Rafael en Pasto. La identificación de este problema, permitió generar una *oportunidad de cambio* que se tradujo en la conformación de un *campo organizacional* (Junta pro-construcción del hospital), compuesto por una serie de actores, que representaban instituciones públicas y privadas de la ciudad.

La acción de la Junta que, inicialmente se centró en mejorar las condiciones del asilo, buscó la financiación para la construcción del nuevo hospital mediante la realización de una serie de actividades de consecución de recursos, la mayoría de ellas centradas en actividades benéficas, pero sobre todo, difundió —con el respaldo de la prensa local—, una nueva forma de entender el problema de la salud mental en la ciudad que fue generando cambios paulatinos en los procesos de atención y tratamiento de los enfermos en el asilo hasta el desarrollo de un hospital con una nueva infraestructura física y tecnológica, nuevos procesos de atención y servicio y funciones diferenciadas del personal médico y administrativo.

La difusión de información sobre el problema de la salud mental contribuyó, a la vez, a fortalecer la labor de la Junta y legitimar su acción entre las autoridades locales, al punto que consiguió involucrar a un alcalde entre sus miembros, pero sobre todo generó una nueva conciencia sobre el problema de la enfermedad mental, que influyó en los propios miembros de la Junta y en sus redes de relaciones, facilitando de esta forma el *cambio a nivel institucional*.

De los aspectos mencionados, el éxito más notable de la Junta es que supo involucrar a la recién creada Facultad de Salud de la Universidad del Valle en la asesoría científica de la construcción del hospital y, posteriormente, integró a su personal médico en la dirección administrativa y atención clínica de los pacientes.

El papel de los actores del campo organizacional generó un proceso de isomorfismo institucional, pues generó las condiciones para que el nuevo hospital adoptara fórmulas institucionales aceptadas y reconocidas, sobre todo en el ámbito de las instituciones de salud mental norteamericanas. En este aspecto, como ya se mencionó, jugaron un importante papel psiquiatras como el Dr. Carlos León, primer jefe del recién creado departamento de psiquiatría, que se formó en la Universidad de Tulane y cuyas ideas sobre la

atención hospitalaria forjadas en los Estados Unidos, influenciaron el diseño y posterior construcción del hospital psiquiátrico²⁷.

Del Asilo al Hospital

A diferencia de otras ciudades del país, donde existían instituciones asilares para el tratamiento de los enfermos mentales, en Cali, eran reclusos en la Casona San Isidro, la cual fungió como correccional de menores, hasta que en 1940 la Asamblea Departamental del Valle mediante la Ordenanza del 26 de junio de ese mismo año, designó un presupuesto de \$36.000.00 para la “construcción de un manicomio para la atención y mejoramiento de dementes del Departamento” (Asamblea Departamental del Valle del Cauca, 1940). En un texto dedicado al Dr. Carlos León, los psiquiatras José Ramón Jaramillo, Juan Manuel Valverde y Gloria de Jaramillo relatan sus propias impresiones del asilo hacia 1950:

El Asilo San Isidro era la misma casona de la correccional Meléndez con sus enormes salas de gruesas y altas paredes en las que se disponían hileras de camas de hierro más o menos destartadas por los “locos mansos” o “dementes inofensivos”, como los llamaban los inspectores de policía o los curas párrocos en las cartas de remisión que enviaban con los familiares de los enfermos. Para los “locos furiosos” o simplemente poco colaboradores, había varias hileras de celdas de ladrillo, de más o menos 1.80 cm de largo por 2 m de altura y 1 m de ancho, con una angosta cama de cemento desnuda que ocupaba casi todo el espacio y una puerta de reja de gruesos barrotes que se cerraba por fuera con un candado. La comida se les pasaba por entre las rejas y en la celda hacían sus necesidades fisiológicas como animales enjaulados. En el exterior de las celdas podían verse argollas empotradas en el piso, a las que estaban fijas las cadenas y los grillos con los que se aseguraban a “los locos bravos” cuando no estaban encerrados en las celdas. En el resto del edificio habían [había] amplios patios, hermosos jardines, un huerto bien cuidado y un chiquero con varios cerdos obesos y saludables. (Jaramillo, 1970, p. 1)

El Asilo Meléndez estuvo en manos de las hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, quienes eran las encargadas de la asistencia y sostenimiento de los enfermos y en general de su funcionamiento. En un contrato firmado entre las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul y la Alcaldía Municipal de Cali, en 1946 se les autoriza la total dirección del servicio

²⁷ En el capítulo 4 se describe con detalle esta relación institucional.

interno del Asilo Meléndez (Alcaldía Municipal de Cali, 1946). Entre las funciones asignadas están: recibir el dinero enviado por el municipio; hacer las compras y los gastos que requiera la asistencia de los enfermos y empleados; llevar los libros de cuentas; registrar las defunciones de los enfermos; suministrar la medicina y alimentación ordenada por los médicos; admitir o despedir los empleados a su cargo; velar por la moralidad, orden, aseo y policía del establecimiento; tener bajo su autoridad a los enfermos y empleados.



Figura 1. Mujeres pasean por la zona verde del Hospital Psiquiátrico San Isidro

Fuente: Araque (1974), Archivo privado El País.

Las hermanas, como lo relata Jaramillo (1970) “eran ayudadas por empleados de ambos sexos, algunos de ellos expacientes o pacientes inofensivos sin ningún conocimiento científico, pero a veces con bastante intuición respecto a los enfermos mentales” (p. 2).

Las condiciones de insalubridad del asilo eran complejas, pues este no contaba con alcantarillado, el agua era extraída de un pozo, el cual, según análisis posteriores, se pudo constatar estaba contaminado con parásitos. Se carecía de una adecuada asistencia médica y el principal tratamiento que se utilizaba eran los electrochoques. No había historias clínicas, solo notas improvisadas en algún papel sobre el número de electrochoques aplicados a cada paciente y su posible enfermedad.

Como era usual en este tipo de instituciones, la demanda de pacientes superaba la oferta. En 1940, el Asilo San Isidro contaba con una capacidad para albergar noventa pacientes, pero las solicitudes de hospitalización superaban las cuatrocientas personas. De acuerdo con los reportes de Salud Pública durante los años cuarenta, hubo un incremento progresivo en la cantidad de enfermos mentales en el Departamento del Valle. La Tabla 1 muestra la cantidad de personas que durante la década de los cuarenta consultaron el Asilo de Dementes San Isidro:

Tabla 1. Enfermos reportados Asilo San Isidro 1940-1950

Año	Cantidad
1940	468
1942	494
1944	532
1946	591
1948	686
1050	632

Fuente: adaptada de Orejuela (2014, p. 60)

En lo que respecta a la situación económica, el señor Fortunato Aljure, Director del Departamento de Higiene, le describía al Dr. Alex Cobo director del asilo en 1955, su punto de vista sobre la institución:

Usted que ha tenido la generosa preocupación de informarse e interesarse con inspecciones personales del estado actual del Asilo San Isidro, sabe a cabalidad la situación precaria de la institución y la penosa condición en que las limitadas condiciones físicas y económicas, obligan a mantener a sus 200 enfermos. El presupuesto con que cuenta la institución es de \$ 5.800 mensuales, incluyendo la nómina de las hermanas, choferes, enfermeros, etc., como solo parte de esta suma se invierte en alimentación, resulta que el presupuesto para la comida es muy inadecuado. Es evidente que con esta suma es imposible alimentar a los enfermos y el enfermo mental goza de buen apetito. Afortunadamente, contribuciones de alimentos por parte de particulares ayudan a calmar el hambre de los alienados. El presupuesto actual no contempla ni permite gastos de droga, haciendo necesario el uso de métodos crueles y anticuados para poder manejar enfermos agitados. Esta falta de elementos técnicos hace posible salvar de la rutina física y psíquica a hombres y mujeres que podrían ser mejorados. (Aljure, 1955)

El testimonio del director de Higiene, confirma el abandono en que se encontraban los enfermos mentales en el asilo, tanto por la falta de recursos para ofrecerles un tratamiento adecuado, como por la inadecuada planta física con que contaba. Esta situación obligaba permanentemente a trasladar a los enfermos a Pasto, Bogotá o Medellín, lo que suponía altos costos de transporte que provenían del erario.

Sobre la situación del asilo y la necesidad de contar con una infraestructura más adecuada, un Comunicado de la Beneficencia Pública en 1941, expresaba:

Para la Nación es de mucha conveniencia crear nuevos centros para la correcta atención de las enfermedades mentales, pues no todos los casos son de posible curación en climas altos, como está sucediendo al enviar a todos nuestros enfermos a Pasto o Bogotá y porque abre a la investigación científica, un nuevo medio para los profesionales de Cali, un campo cuya extensión beneficiaría a la raza colombiana. Para los familiares de los muchos enfermos mentales vallecaucanos será muchísimo más placentero saber que los tienen en sitios como Cali, cerca de sus hogares y con atenciones que ellos, como principales interesados, pueden comprobar, que en sitios distantes en donde la sola acción del gobierno no es suficiente para alcanzar los buenos resultados que con ella se persiguen. Económicamente al construir nuestro asilo, la Nación se libera de un pase que le significa el movilizar a los enfermos de la República a los sitios en donde ahora se concentran, aumentando, con los propios edificios que levantaremos, el patrimonio común de la República. (Beneficencia Pública, 1941)



Figura 2. Jóvenes sentados en el patio del Hospital Psiquiátrico San Isidro

Fuente: Guarnizo (1974). Archivo privado El País.

Las críticas que empiezan a hacerse al asilo, provienen de miembros de diferentes instituciones a nivel nacional y municipal. La opinión que generan dichas críticas, ligadas, sobre todo, a los altos costos que tiene que pagar el Departamento por el traslado de enfermos a otras ciudades del país y la emergencia de nuevas situaciones como la creación de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en 1950 y el nombramiento de un médico, Alex Cobo como director del Asilo de Dementes San Isidro el 27 de octubre de 1948 (Secretaría de Gobierno Municipal, 1948), generarán lo que March y Olsen (1997) llaman oportunidad de cambio.

La *oportunidad de cambio* se da en momentos en que los recursos acumulados por los actores, sus preferencias o necesidades de modificar sus costos de transacción, los conducen a apostar por una transformación mayor en las reglas de juego, en las estrategias de todos o buena parte de los actores relevantes. En el caso particular del asilo, las condiciones arriba mencionadas permitieron la creación de una junta, tal y como reza el Decreto 290 de 1950 de la Alcaldía de Cali, cuyo objetivo fue llevar a cabo la construcción del hospital psiquiátrico (Alcaldía de Cali, 1950).

LA EMERGENCIA DE UN CAMPO ORGANIZACIONAL: LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN

La Junta pro-construcción convocó un conjunto de organizaciones y de ciudadanos que se aliaron estructurando un campo organizacional encaminado a generar, inicialmente, una nueva infraestructura para la atención de los enfermos mentales de la ciudad, pero también para modificar la estructura de la organización, los procesos administrativos y en general, mejorar el tratamiento y la asistencia clínica a dicha población. En este último aspecto fue clave la creación del Departamento de Psiquiatría en 1956. Las organizaciones que estructuraron el campo organizacional fueron: la Universidad del Valle, el Ministerio de Salud Pública, la Beneficencia del Valle del Cauca y el Concejo Municipal.

La Junta sustituyó paulatinamente a las hermanas en el manejo del asilo y se dedicó inicialmente a conseguir dinero para mejorar la dotación y atención a los enfermos del asilo. Para ello realizaron actividades para recoger fondos (cenas, fiestas, etc.), pues los auxilios destinados por las instituciones públicas a la construcción del hospital no eran suficientes y rara vez se pagaban. Un ejemplo de este tipo de iniciativas es la carta dirigida por Mercedes Lloreda de Garcés y Elvira Hannaford (miembros de la Junta pro-construcción) a los miembros de la Junta Directiva del Club Colombia con motivo de la visita de la señorita Colombia a la ciudad:

La Junta Directiva del Asilo “San Isidro” [...] fue constituida para llevar a cabo la construcción de un hospital para enfermos mentales en esta ciudad. Como ustedes estarán informados no hay una Institución para el tratamiento de estos innumerables enfermos en todo el occidente de Colombia esta Junta con todas las atribuciones de Junta Directiva de tal establecimiento, con autoridad para solicitar y recaudar auxilios oficiales y particulares destinados a financiar su funcionamiento; acordar los presupuestos de gastos e inversión

de los auxilios citados; reglamentar su régimen disciplinario interno y tomar las medidas que sean propias para la mejor dirección y funcionamiento del actual Asilo de Dementes. (Lloreda y Hannaford, s.f.)

La obra proyectada por la junta para el nuevo hospital tendría capacidad para 300 enfermos distribuidos de la siguiente forma:

130 hombres y 170 mujeres: 30 camas de enfermería para pacientes que sufrieran de enfermedades agudas, para enfermos quirúrgicos y para aquellos enfermos cuya sicosis los hubiera llevado a un extremo deterioro físico; 150 camas para sicóticos, graves, agitados y convalecientes; 110 camas para enfermos crónicos: 50 hombres y 60 mujeres. [...] Continua además con: un equipo de rayos X, Electroencefalógrafo, aparato de electro choques, sala de cirugía con dotación modesta pero adecuada para hacer cirugía general y cirugía del sistema nervioso, sala para convulsoterapia con insulina, facilidades modernas para hidroterapia, departamento de drogas. Una capilla y el apartamiento del capellán. (Orejuela, 2014, p. 68)



Figura 3. Comedor del hospital psiquiátrico San Isidro

Fuente: s.f. (Década del 70 aprox.). Archivo privado El País.

El diseño del hospital con salas para distintos tipos de terapia y tratamiento, evidencia un cambio en el sistema de creencias sobre la enfermedad mental, que inicialmente no supuso un cambio en profundidad Grouard y Meston (1996) o de segundo orden Burke y Litwin (1992), sino un conjunto de pequeños y continuos cambios, en los que se mezclaban viejos y nuevos tratamientos para la demencia, pero que, ponen en evidencia cómo

estas pequeñas modificaciones a nivel “superficial” terminaron por generar cambios en profundidad, como lo muestra la tendencia en la que empezarán a prevalecer las nuevas drogas psiquiátricas, la Terapia Electroconvulsiva (TEC) y la psicoterapia.

Con las contribuciones realizadas por el gobierno nacional y departamental y las donaciones particulares, se construyó en 1956 la primera etapa del hospital, “un edificio destinado a la administración, consulta externa, laboratorio, rayos X, botica, servicio social, electroencefalografía, salas de cirugía, enfermería y salas de hospitalización para enfermos quirúrgicos” (Orejuela, 2014, p. 70).

Aunque a partir de 1956 se contó con un importante apoyo financiero por parte del Ministerio de Salud Pública, la Beneficencia del Valle, la Gobernación y la Alcaldía de Cali, el hospital tuvo dificultades económicas para continuar con la construcción de la sede. Según el Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1959, este contó con un monto de \$72.600.00 en auxilios y \$375.000.00 para la construcción del hospital.

En 1961 se lanzó una nueva campaña para recaudar fondos y terminar la edificación de pabellones para pacientes crónicos. Al igual que en otros momentos, se contó con el apoyo de la empresa privada de la región. Los aportes permitieron dotar ocho pabellones para enfermos, cuartos para médicos y empleados y camas para pacientes. En la Tabla 2 se presentan los pabellones construidos distribuidos en salas, el carácter de cada una de ellas y el número de camas.

Tabla 2. Número de camas Hospital Psiquiátrico San Isidro

Pabellón	Sexo	No. de camas
Sala 1	Pensionado mujeres	20
Sala 2	Pensionado hombres	17
Sala 3	Mujeres	34
Sala 4	Hombres	34
Sala 5	Mujeres	34
Sala 6	Hombres	34
Sala 7	Celda mujeres	19
Sala 8	Celda hombres	19
Total Camas Hospital		211

Fuente: adaptado de Orejuela (2014, p. 81)

Cambios a nivel administrativo

Paralelamente al trabajo desarrollado por la Junta en la construcción del nuevo hospital, empezaron a generarse cambios a la estructura administrati-

va y en la *praxis* médica. A nivel administrativo, el paso del asilo a hospital implicó, en menos de 4 años, un incremento del personal a nivel administrativo y del personal dedicado a la atención de los pacientes, tal y como se evidencia en las Tablas 3 y 4 que comparan los periodos de 1956 y 1960.

Tabla 3. Personal del Asilo San Isidro 1956

Cantidad	Cargo
1	Síndico administrador
1	Mecanógrafa secretaria
1	Capellán
1	Directora ecónoma
1	Chofer
1	Jefe de cocina
1	Portero vigilante
1	Peluquero vigilante
1	Repostero
3	Lavanderas
2	Enfermeras jefes
3	Enfermeras auxiliares
1	Hortelano
3	Costureras
5	Cocineras

Fuente: Resolución1 de noviembre de 1956

Tabla 4. Personal del Asilo San Isidro 1960

Cantidad	Cargo
Personal calificado, médicos y enfermeras	
1	Director
1	Sub director
4	Médicos de medio tiempo
4	Residentes
1	Psicólogo
1	Odontólogo
1	Técnico de laboratorios
1	Ginecólogo
1	Radiólogo
1	Internista
2	Asistentes sociales
8	Enfermeras graduadas
2	Laborterapistas

Cantidad	Cargo
Personal administrativo	
1	Administrador
1	Contador
1	Secretaria
1	Jefe de Estadística
1	Farmacéutico
2	Motoristas
1	Ecónoma
1	Peluquero
1	Empleado de información
4	Vigilantes
1	Empleado para reparaciones
1	Cajero
1	Portero
1	Mensajero
1	Capellán
Personal auxiliar y de servicio doméstico	
20	Auxiliares de enfermería
1	Jefe de cocina
6	Ayudantes de cocina
2	Reposteros
6	Aseadoras
4	Lavadoras
4	Costureras

Fuente: Plan de gastos Hospital Psiquiátrico San Isidro (1960)

Como lo muestran las Tablas 3 y 4, el paso del asilo a hospital significó transformaciones profundas y muy rápidas, en la estructura administrativa. La primera tiene que ver con la cantidad de personal de ambas instituciones. Mientras el asilo de dementes contaba para 1956 con 26 personas, dicha cantidad se triplicó en 1960, alcanzando 88 personas. Un segundo aspecto a reseñar, tiene que ver con la inserción de médicos, pues no se contaba en el asilo, salvo algunas enfermeras y el director, con profesionales de la salud y mucho menos con un especialista en la rama de la psiquiatría. En ese orden de ideas, un tercer aspecto a anotar es el cambio operado en la dirección de la institución, la cual empieza a recaer en personal científico y no en un síndico, como era usual en el esquema administrativo de los asilos. El síndico, como lo señala la Ordenanza 2 de junio de 1888 de la Beneficencia de Cundinamarca, era el encargado de administrar cada establecimiento (asilos, hospicios y

hospitales), adscritos a la institución. Entre sus funciones se encuentran presentar las cuentas mensuales a la junta de la Beneficencia, recaudar recursos provenientes de impuestos y presentar un informe al presidente de la junta.

La presencia de personal en distintas ramas de la salud, como psicólogos, odontólogos, radiólogos, internistas, enfermeras y laborterapistas, muestra no solo la diversidad de servicios que empieza a ofrecer el hospital, sino su carácter integrado, pues aborda diferentes dimensiones del problema de la salud, sin que el centro sea la enfermedad mental. Un cuarto y último aspecto en que vale la pena enfatizar, es la transformación del hospital en una institución para la formación de médicos, pues cuenta con residentes que están cursando la especialidad en psiquiatría y desarrollando su práctica en este lugar.

Otra situación, que sin duda fue clave para llevar a cabo las transformaciones señaladas, tiene que ver con, además, de las actividades desarrolladas por la Junta Directiva del asilo, con el papel desarrollado por el departamento de psiquiatría, que, como se señala más adelante, va a encargarse de la dirección científica del hospital a partir de 1956. Este reciente actor que va a insertarse en el campo organizacional conformado por la Junta, va a cambiar el modo de atención que hasta ese momento se impartía a los enfermos mentales en la ciudad, modificando, de esta forma —al menos a nivel de la institución—, los sistemas de creencias sobre la locura. Transformación en la que participan, no solo los psiquiatras sino la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, a través de sus políticas empiezan a cambiar la concepción sobre la enfermedad mental y el papel del personal médico y hospitalario en el tratamiento de este tipo de enfermedades.

Cambios en la práctica médica

En lo que respecta a la práctica médica, desde 1955 iniciaron las clases de psiquiatría en la Universidad del Valle y visitas de los estudiantes al asilo. En el Acta de la Junta Directiva del 6 de enero de 1956, los médicos Carlos León y Ernesto Zambrano son nombrados como médicos visitantes del asilo. En febrero del mismo año, el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle fue designado, por esta misma entidad, como encargado de la dirección científica de la institución. En este mismo periodo, la Junta, con el apoyo del departamento de psiquiatría, pudo organizar un servicio de consulta externa con ocho consultorios, una oficina de historias clínicas, archivo y un departamento de servicio social.

Entre las primeras tareas realizadas por médicos y estudiantes referentes a la práctica médica y que contribuyeron a la organización del hospital, fue la elaboración de historias clínicas. Para ello, utilizaron un modelo propues-

to por el doctor Carlos A. León, que para ese entonces ya se desempeñaba como Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad. En lo que tiene que ver con el enfoque teórico se integró al principio la perspectiva psicoanalítica y el enfoque psicodinámico de origen norteamericano. Al respecto, señalan los doctores Jaramillo y Zambrano: “El enfoque teórico era el psicoanalítico, modificado de acuerdo con la psicodinámica adaptativa de Sándor Radó (sic), y yo recuerdo haber escrito páginas tras páginas de interpretaciones psicodinámicas sobre la historia de un esquizofrénico, al que naturalmente tratábamos con electrochoques” (Jaramillo, 1970, p. 2).

Otro avance significativo fue la liberación de los pacientes de sus celdas y el retiro de cadenas y grilletes que los sujetaban a manos y pies. Sin embargo, estos cambios, generaron resistencia por parte de las mismas hermanas, quienes habían sido hasta ese momento las encargadas de manejar el asilo y habían implementado sus ‘propias’ prácticas, inspiradas en preceptos morales y religiosos, que reñían con las nuevas propuestas planteadas por los médicos. Lo anterior estuvo acompañado de la dificultad para obtener el apoyo de los familiares de los pacientes, quienes en principio consideraron que una vez ingresados al asilo, estos no volverían a salir, despreocupándose por la recuperación y bienestar, descartando incluso, la posibilidad de recibirlos nuevamente en sus casas.

A nivel terapéutico, la terapia de electrochoques fue diversificada con el uso de la reserpina y la insulino terapia. No obstante, estas dos últimas, fueron desplazadas por las fenotiazinas que, como se expuso anteriormente, hicieron parte del gran descubrimiento farmacológico que transformó el tratamiento de la enfermedad mental.

En 1960, fue nombrado por la junta directiva del hospital un médico adscrito al Departamento de Psiquiatría de la Universidad, el doctor Ernesto Zambrano. Su presencia le dio mayor control del hospital a la Universidad y se tradujo en un mejoramiento de los procesos de enseñanza y atención. Esto puede verse en la Tabla 5, que da cuenta del número de personas atendidas en el hospital por hospitalización y consulta externa.

La consulta externa y el hospital-día se convirtieron en una alternativa para tratar la enfermedad mental y sirvieron para descongestionar el hospital, que, siguiendo la antigua inercia del modelo asilar, tuvo dificultades de sobrecupo al comienzo, pues independientemente de la enfermedad, las personas eran internadas y se transformaban en pacientes permanentes de la institución. Esto fue posible, como se verá más adelante, por la revolución farmacológica, que transformó el modo de tratar la enfermedad mental.

Tabla 5. Pacientes hospitalizados y por consulta externa en el Hospital Psiquiátrico San Isidro

Año	Hospitalización	Consulta externa
1956	310	194
1957	369	148
1958	337	259
1959	557	529
1960	801	1775
1961	1109	2245
1962	1057	3334
1963	1117	5612
1964	1492	7192
1965	1377	8020
1966	1859	8300
1967	1798	8461
1968	1898	8833

Fuente: adaptado de Jaramillo (1970)

Las historias clínicas

Las historias clínicas son tan antiguas como la medicina, y para este estudio es uno de los aspectos que mejor permite describir los cambios operados en la *praxis* médica, especialmente por aquellas que empezaron a recogerse a partir de 1956. La información disponible en ellas ofrece datos de la manera cómo funcionaban las instituciones asilares y hospitalarias “y sugieren las características reales de una *praxis* clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o paradigmas imperantes” (Huertas, 2001, p. 8).

En las páginas que siguen se retomarán algunos de los análisis realizados, a una muestra de 308 historias clínicas del período comprendido entre los años 1956 y 1970.

Procedencia de los pacientes y clase de admisión

Aunque de las 308 historias registradas, 71 no tienen información sobre la procedencia de los pacientes, en las historias restantes, en un primer lugar, predominan aquellos procedentes de municipios ubicados fuera del Departamento del Valle, representado en 97 casos. Un segundo lugar lo ocupan 80 casos de pacientes originarios de otros municipios del Valle y, en tercer lugar, se ubican 58 casos de pacientes que proceden de la misma ciudad de Cali. Esta información es importante, en tanto muestra la amplia cobertura que empieza a ofrecer el hospital, frente a situaciones que debieron

enfrentar en épocas anteriores, cuando los enfermos debían ser trasladados a ciudades como Pasto, Medellín o Bogotá.

En lo que respecta a la admisión, la revisión realizada permitió establecer que el 58.8% de los pacientes, es decir, 180 casos, fueron llevados al hospital por familiares y amigos; el 7.8%, correspondiente a 24 casos, fueron remitidos por policías y extraños; y finalmente, un 4.9%, representado en 15 casos, se presentan por voluntad propia a consulta.

Diagnósticos

Tal como se puede apreciar en el capítulo cuarto de este libro las enfermedades más recurrentes durante el periodo estudiado son las siguientes: reacciones esquizofrénicas (en total suman 118 casos), principalmente la reacción esquizofrénica indiferenciada crónica (51) y la reacción esquizofrénica indiferenciada aguda (34). Le sigue después en su orden, el síndrome cerebral crónico (29 casos), la epilepsia, en la cual se incluye la psicomotriz (22 casos), la reacción depresiva (21 casos), con predominio de la reacción depresiva simple (20) y la reacción angustiosa, crónica, con rasgos depresivos y neuróticos, (20 casos). Es importante señalar que muchas veces un mismo paciente tiene dos diagnósticos.

El término *reacción* reflejó la influencia de la visión psicobiológica que caracterizó el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM I), en las que los trastornos mentales reflejaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. Los diagnósticos formulados por los psiquiatras muestran el peso que empieza a tener la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica frente a la tradición biológica. Peso que no es similar en otras instituciones psiquiátricas en el país que funcionaban en ese mismo momento. En el Instituto Psiquiátrico San Camilo, en Bucaramanga, por ejemplo, las enfermedades más recurrentes fueron la epilepsia, que representaba un 22.43% de las historias consultadas, las esquizofrenias 13.12% y las oligofrénicas con el 12.65% (Escobar, 2009). Después, como se verá más adelante, su terapéutica será desplazada por el uso de fármacos y de terapias de choque.

Cuando se observa cómo se distribuyen los diagnósticos por año, hay un importante predominio del diagnóstico de esquizofrenia. Después de 1965, es posible constatar una disminución de dichos diagnósticos. En el segundo periodo hubo 333 casos, de los cuales se seleccionaron 49.

Como lo plantea el psiquiatra Roberto Serpa Flores en Escobar (2009), es posible que una de las razones para la recurrencia del diagnóstico de la esquizofrenia en el periodo estudiado se deba a que en la década de los años cincuenta y principios de los sesenta “se usó mucho ese concepto de

esquizofrenia y se le trató de aplicar a todos los enfermos psicóticos, es decir a aquellos que tenían trastornos del pensamiento, afecto y conducta de cierta severidad” (p. 69).

Tratamientos

El principal tratamiento recetado por los médicos para enfrentar la enfermedad mental fueron las denominadas drogas psiquiátricas. Aunque durante el periodo estudiado hubo 65 casos en los que no se recetaron ningún tipo de fármacos, los más recurrentes fueron antipsicóticos, neurolépticos (usados para disminuir la actividad neurológica y lograr el enlentecimiento motor), y antiepilépticos, como el Largactil (clorpromazina) en 86 casos, el Sinogan (levomepromazina) en 51 casos, el Fenergán (prometazina) en 49 casos, el Stalazine (trifluoperazine) en 36 casos, Gardenal (fenebarbital) en 31 casos, el Stemetil (prochlorperazine) en 25 casos, Siquil (trifluopromazine) en 18 casos y el Epamin (fenitoina) en 18 casos. La mayoría de estos fármacos son derivados de las fenotiazinas y fueron introducidos en el campo psiquiátrico en la década de 1950, debido a sus virtudes antipsicóticas y neurolépticas, las cuales se descubrieron a medida que se utilizaban. Entre estos nuevos medicamentos, quizá, uno de los más importantes fue la clorpromazina, cuyo nombre comercial fue Largactil, pues produjo lo que muchos autores llaman una “auténtica revolución farmacológica” (López et al., 2002, p. 80).

La clorpromazina y los demás antipsicóticos se convirtieron en la principal alternativa para abordar los distintos tipos de esquizofrenia, y erradicó paulatinamente los viejos fármacos y las terapias biológicas y de choque, excepto, las terapias por electrochoques que fueron frecuentemente utilizados como complemento para el tratamiento de las esquizofrenias. Esto supuso un cambio profundo tanto en la terapéutica, como en la forma de diagnosticar las enfermedades y de definir las causas de la enfermedad mental.

Las drogas psiquiátricas fueron acompañadas por otro tipo de terapias, tal y como lo muestra la Figura 4, de las cuales la de uso más recurrente fue la terapia de electrochoques, utilizada en 87 casos, seguida por la terapia ocupacional aplicada en 16 casos y la psicoterapia, en 0 casos.

Tal como se señaló, el papel que desempeñó la terapia de electrochoques fue muy importante en el tratamiento de las esquizofrenias, las cuales frecuentemente eran tratadas con Largactil y TEC. Tal vez esto explique, la similitud en el número de pacientes que utilizaron dicho tratamiento, que corresponden a 80 y 87 casos respectivamente. Asimismo, vale la pena resaltar la importancia que tuvo la terapia ocupacional o ergoterapia, sobre

todo en pacientes que respondieron bien al tratamiento de fármacos y como una forma de preparar a los que están hospitalizados para una futura salida del establecimiento.

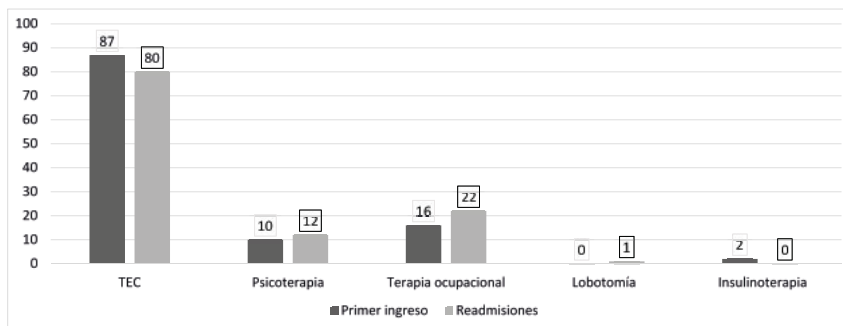


Figura 4. Otras terapias

Fuente: Elaboración propia basada en Historias clínicas
Hospital Psiquiátrico San Isidro

Los datos consignados en las historias clínicas acerca del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales, son una evidencia de las transformaciones operadas en la práctica clínica que empezó a aplicarse en el asilo y que se consolidó a partir de protocolos y seguimientos rigurosos en el nuevo hospital.

CONCLUSIONES

El paso del asilo al hospital psiquiátrico supuso un cambio institucional que fue posible gracias al papel que desarrolló la Junta Directiva del Asilo de Dementes San Isidro durante las décadas 1940 y 1950. Esta junta, convocada por el doctor Alex Cobo, director del asilo, permitió establecer alianzas con organizaciones privadas y públicas, que dieron origen a un campo organizacional durante el periodo estudiado. Las acciones desarrolladas por los actores del campo permitieron transformar la concepción que se tenía de la enfermedad mental, su atención y tratamiento en la ciudad.

Este proceso que se llevó a cabo en muy poco tiempo y en un contexto de profundas transformaciones a nivel internacional y nacional, entre las que vale la pena destacar: el desarrollo de una política sobre la salud mental desarrollada por la OMS, la publicación del manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-I) en 1952, y el descubrimiento de la clorpromazina, que revolucionó el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. A nivel

nacional se destaca la creación en 1946 del Ministerio de Salud Pública y un plan de desarrollo hospitalario para todo el país, que se pondrá en marcha en 1963 (Ley 12 de 1963), así como las visitas de dos misiones médicas, la misión Humphreys o Médica Unitaria (1948), y la Lapham (1953), las cuales aconsejaron la creación de nuevas facultades de medicina y el desarrollo de especialidades médicas en el país, crearon las condiciones para transformar la enseñanza de la medicina y el modo de tratar la enfermedad mental. Paradójicamente, todo ello se desarrolla en un momento de intensificación de la violencia en Colombia y del acceso al gobierno del General Gustavo Rojas Pinilla en 1954. Por último, a nivel local fue muy importante la creación del Departamento de Psiquiatría en 1956. Todos estos aspectos crearon una oportunidad de cambio que, como ya se dijo, se traduciría en la coalición de un grupo de actores, la Junta pro-construcción, los cuales se encargarían de impulsar transformaciones en el sistema de creencias sobre la salud mental, pero sobre todo, sus acciones fueron claves para la sustitución de un modelo asilar orientado a excluir a los locos de la sociedad, mediante su confinamiento en una institución, por un modelo hospitalario centrado en la atención clínica y científica de los enfermos mentales, lo que contribuyó a reducir la incertidumbre y a proporcionar una estructura confiable y eficiente para el manejo de la salud mental en la ciudad.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es sin duda el papel desempeñado por la Junta para desarrollar procesos de isomorfismo institucional, pues como lo plantea López (2016) “no son las instituciones por sí solas las que reducen la incertidumbre, son los comportamientos de agentes organizacionales dentro de un campo organizacional, una vez han sido influidos por un proceso dinámico de isomorfismo” (p. 2). En ese orden de ideas, los actores van a desarrollar un importante trabajo institucional a partir del cual se buscó legitimar las nuevas prácticas médicas que empezaron a implementarse en las instituciones mentales.

La presencia de los médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle y la creación del Departamento de Psiquiatría de este mismo centro educativo, jugaron un importante papel en las transformaciones que la Junta empezó a jalonar en la ciudad, pues ayudaron a que el nuevo hospital se ajustara a los estándares internacionales y tuviera los espacios y la tecnología de un hospital mental moderno. De igual manera, gracias al nombramiento de los profesores del departamento de psiquiatría como encargados de la dirección científica del hospital, se logró incidir también la estructura administrativa y la *praxis* médica.

En ese orden de ideas, es posible afirmar que el proceso de cambio institucional llevado a cabo en el hospital, fue resultado también del proceso

de profesionalización de la psiquiatría en la región, pues supuso “la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo [...] y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional” (Powell y DiMaggio, 1999, p. 113).

Así las cosas, la influencia política de los miembros de la Junta y el papel normativo desempeñado por los médicos psiquiatras que se vincularon al desarrollo científico y administrativo del hospital, contribuyeron al isomorfismo institucional que caracteriza el proceso de cambio institucional que significó el paso del asilo al hospital.

La revisión de las historias clínicas producidas en el Asilo y posterior Hospital Psiquiátrico San Isidro entre 1956 y 1970, constituyen una importante evidencia de las transformaciones realizadas en la *praxis* médica y en la base cognoscitiva de los psiquiatras durante el periodo estudiado. Particularmente, los cambios se centraron en la implementación de nuevas formas de clasificación de las enfermedades y del modo en que eran tratadas.

Estos nuevos tratamientos significaron una clara ruptura con el asilo para dementes que se instauró en 1940 y en donde, prácticamente no existían historias clínicas y los métodos utilizados para tratar a los enfermos se basaban en su confinamiento en un estado deplorable de hacinamiento y maltrato (muchos enfermos permanecían amarrados y encadenados). Todos estos cambios convirtieron al Hospital Psiquiátrico San Isidro en un importante centro de enseñanza para la formación de nuevos médicos y de atención para los enfermos mentales en el Suroccidente colombiano.

REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal de Cali. (26 de agosto de 1946). Contrato del Asilo de Meléndez con las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. (Libro: 7). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Archivo Central del Hospital Psiquiátrico San Isidro.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (11 de mayo de 1950). Decreto 290 de 11 de mayo de 1950. (Libro: Gerencia. Decretos Varios. Estatuto orgánico. 1943 a 1949). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle
- Aljure, F. (25 de octubre de 1955). [Carta para Alex Cobo]. (Libro: Correspondencia). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle
- Asamblea Departamental del Valle del Cauca. (1940). *Ordenanza 26 de 1940*. Cali: Asamblea Departamental del Valle del Cauca.

- Beneficencia Pública. (17 de junio de 1941). Ordenanza 64 de 1941 (Copia). (Libro: Gerencia. Decretos Varios. Estatuto Orgánico, 1943 a 1949). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle
- Burke, W., y Litwin, G. (1992). A causal model of organizational change: Building organizational change capacity. *Journal of Management*, 9, 9-21. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014920639201800306>
- Castro, B. (2007). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Seguridad e Intervención social*, (1), 157-188.
- Comedor del hospital psiquiátrico San Isidro Fuente. s.f. (Década del 70 aprox.). *El País*. Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.
- Cruz, O. M. (2006). *La enfermedad mental como patología orgánica y social en el Nuevo Reino de Granada durante el siglo XVIII*. [Trabajo de grado] Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Escalante, F. (1992). *Ciudadanos imaginarios*. El Colegio de México.
- Escobar, E. J. (2009). *La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967*. [Trabajo de grado] Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.
- Farfán, G. (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. *Polis*, 3(1), 87-124.
- Forero, H. (2011). *Momentos históricos de la medicina colombiana*. Academia Nacional de Medicina. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia.
- Grouard, B., y Meston, F. (1996). *Reingeniería del cambio*. Alfaomega.
- Henderson, J. (2006). *La Modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez 1889-1965*. (M. Holguín, Trad.) Universidad de Antioquia.
- Hernández, M. (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de la salud en Colombia 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, (27), 7-26.
- Hospital Psiquiátrico Universitario San Isidro. (1960). Plan de gastos. Archivo administrativo del Hospital.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, 1(2), 7-33.
- Jaramillo, R. (1970). *Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la Psiquiatría en Cali, dedicado a Carlos A. León*. Universidad del Valle.
- Jóvenes sentados en el patio del Hospital Psiquiátrico San Isidro. Foto: Guarnizo (1974). *El País*. Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.

- Lloreda, M., y Hannaford, E. (s.f). [Carta para los miembros de la Junta Directiva del Club Colombia]. (Libro: 4 Correspondencia). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- López, F., Alamo, C., y Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la Clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia*, 2(1), 77-107.
- López, I. (2016). Elección pública y análisis institucional de la acción gubernamental. *Economía Informa*, 396, 49-66. <https://www.sciencedirect.com/journal/economia-informa/vol/396/suppl/C>
- López, L. (2009). Instituciones e Isomorfismo: Implicaciones en la incertidumbre organizacional. *Revista Mundo Económico y Empresarial*, (7), 1-7. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/rmee/article/view/530/433>
- March, J., y Olsen, J. (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*, 78(3), 734-749.
- March, J., y Olsen, J. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública A.C., Universidad Autónoma de Sinaloa y Fondo de Cultura Económica.
- March, J., y Olsen, J. (2006). Elaborating the “New Institutionalism”. En R. Goodin (Ed.), *The Oxford Handbook of Political Science* (p. 159-175). New York: Oxford University Press.
- Montes-Martínez, M. (2016). *La participación de la Universidad del Valle en la constitución del asilo San Isidro como Hospital Psiquiátrico 1955-1970*. [Trabajo de grado, Universidad del Valle] <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/9303>
- Mujeres pasean por la zona verde del Hospital Psiquiátrico San Isidro. Fuente: Araque (1974). *El País*. Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.
- Muñoz, R. (2014). Un enfoque integrador del cambio institucional en los hospitales públicos. En *Departamento de Producción y Desarrollo (E) Instituciones y Desarrollo* (pp. 405-429). UAM-X, CSH.
- North, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.
- Orejuela, D. (2014). *La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970*. Universidad del Valle.
- Powell, W., y DiMaggio, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C., Universidad Autónoma del Estado de México y Fondo de Cultura Económica.

- Presidencia de la República. (4 de febrero de 1947). Decreto 408 de febrero 4 de 1947. “Por el cual se adiciona y modifica el Decreto número 25 de enero 9 de 1977”. Expedido por la presidencia de la República de Colombia. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1091919>
- Presidencia de la Republica. (28 de julio de 1950). Decreto 2554 de julio 28 de 1950. “Por el cual se organiza la asistencia hospitalaria en el país”. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1464644>
- Quevedo, E., Borda, C., García, J., Guzmán, M., Mejía, P., y Noguera, C. (2004). *Café y Gusanos, Mosquitos y petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Universidad Nacional de Colombia-Instituto de Salud Pública.
- Resolución 1. (1 de noviembre de 1956). (Libro: Presupuestos). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Horizontes.
- Rosselli, H. (2009). In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *Psimonart*, 2(1), 111-121.
- Secretaría de Gobierno Municipal. (27 de octubre de 1948). [Carta para Alex Cobo]. (Libro: 9). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico.
- Torres, E. (2015). El nuevo institucionalismo: ¿hacia un nuevo paradigma? *Estudios Políticos*, (34), 117-137. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162015000100006
- Vásquez, E. (2001). *Historia de Cali en el siglo XX. Sociedad, Economía, Cultura y Espacio*. Artes Gráficas del Valle.
- Yepes, C. (2017). Aportes teórico conceptuales acerca del cambio organizacional de la Industria cafetera colombiana. *Suma de Negocios*, 8(17), 19-30.

REDES CÍVICAS Y FILANTRÓPICAS: EL CASO DE LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN DEL ASILO SAN ISIDRO EN CALI, 1950-1961

*María del Pilar Peralta-Ardila*²⁸

INTRODUCCIÓN

Este escrito hace parte de los resultados de la tesis de maestría en Sociología titulado “*Élite cívica y filantrópica: La Junta pro-construcción hospital psiquiátrico San Isidro, Cali, 1950-1961*”. Para dar cuenta de esta transformación se identifican, en este capítulo, cómo la “Junta pro-construcción” y sus redes dieron lugar al cambio institucional, analizando el papel de las organizaciones públicas y privadas en la transformación del Asilo San Isidro al Hospital Psiquiátrico en Cali, durante el periodo comprendido entre 1950 y 1961.

A modo de contexto, es preciso mencionar que el proyecto modernizador de Cali se dio en medio de una gran turbulencia. De acuerdo con Escobar (2015), desde la primeras décadas del siglo XX, la clase dirigente asumió espacios del incipiente Estado, en particular, su participación se centró en dos propósitos: por un lado, en adecuar técnicas y tecnologías propias del entusiasmo industrial y por otro, en influir en la administración de instituciones de *atención, cuidado y bienestar de la ciudad* (Fayad y Arias, 2004).

²⁸ Magíster en Sociología, Socióloga de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Doctoranda de la Escuela de Posgrado de Lengua y Literatura en Ludwig-Maximilian-Universität (LMU), Alemania, con beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico/DAAD y miembro del Centro de Investigación Rachel Carson Center-LMU.

Las élites locales no solo dirigían el progreso material y vida económica de la ciudad, también buscaban un reconocimiento social, prestigio y honor de sí mismos y sus familias. Este propósito se lleva a cabo a través de la alianza entre élites y órdenes religiosas, así la caridad se convirtió en un deber social de la dirigencia local y dejó de ser una labor exclusiva de la Iglesia.

En este sentido, un interés conceptual de este texto son las *élites*. Sobre este debe aclararse que, para este trabajo se consideran los planteamientos de Frank Safford (1989), quien precisa que las figuras de élites son aquellas que sobresalen en alguna actividad, y desempeñan un papel fundamental en ámbitos de la política, educación, economía, etc. Cabe resaltar que este trabajo no aborda las diferencias conceptuales e ideológicas del término, sino que entiende la existencia de una minoría que influye en el desarrollo social, económico y político de sus regiones y/o países.

Además, se retoman los planteamientos de Lipset y Solari (1971), quienes entienden la élite en su uso más general, refiriéndose “a las posiciones de la sociedad que están en la cumbre de las estructuras sociales principales [economía, gobierno, fuerzas armadas, política, religión, organizaciones populares y educación]” (p. 9). La perspectiva de Lipset y Solari (1971), concibe las élites en tanto grupos funcionales, es decir, grupos diversos con carácter empresarial, político, religioso, cultural, militar, obrero, entre otros. En el caso particular de la Junta pro-construcción del hospital esta se caracterizaba por ser una élite cívica y filantrópica que dinamizó procesos de modernización y transformación de la ciudad.

La filantropía como concepto, a nivel general, se refiere a las actividades orientadas a aliviar la situación de grupos menos favorecidos o marginados. De acuerdo con Castro (2007), durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, en la sociedad colombiana, las acciones y/o actividades preocupadas por el bien de sus semejantes eran valoradas como *caritativas*. Estas eran esenciales en las formas de ayuda a los pobres y población *desvalida*, pues definía a la caridad como una virtud “*abnegada, paciente, benigna, humilde y desinteresada*” (p. 5). A pesar de esta acotación sobre el legado histórico de las acciones caritativas en el país, este trabajo retoma el término filantropía, referido a aquellas actividades voluntarias y cívicas que buscan bienestar hacia quienes se ayuda, sin que implique transformar un *status quo* desigual o injusto.

De esta forma, se entiende la Junta como élite cívica y filantrópica, en la que los sujetos no son espectadores, sino que anudan esfuerzos, por un lado, para dar respuestas a problemas sociales que no son atendidos por el Estado o que son mínimamente subsanados por la Iglesia y, por otro lado, sus acciones

construyen un relato de modernización y transformación de la ciudad que van más allá de arreglos estéticos de los espacios públicos (parques, calles, etc.). De este modo, la dirigencia local participó en la atención a personas, siendo voluntaria en diferentes funciones, juntas directivas o al patrocinar instituciones de *atención, cuidado y bienestar* (Fayad y Arias, 2004).

En este sentido, se destaca que en esta época aparecieron liderazgos que produjeron y daban sentido a ciertas realidades. En particular, anhelos por construir una ciudad moderna, pues a raíz de la reciente constitución del Departamento del Valle en 1910, las élites locales se organizaron y dotaron de estructura a la ciudad de Cali para proyectarla como ciudad capital. Por tanto, la construcción y gestión de instituciones o proyectos locales se articulaban a diversos hechos que materializaban y “mostraban” los liderazgos de la región, en el que, incluso, mujeres de la dirigencia encontraron un espacio para objetivar su participación en asuntos públicos.

El punto de partida de estudio es 1950, pues en ese año por decreto municipal se designó una “Junta pro-construcción” encargada de la transformación del asilo. El punto de corte se escoge porque al inaugurarse el Hospital Psiquiátrico San Isidro en 1961, la Junta se desdibuja y se convierte en Junta Directiva del Hospital.

La estrategia metodológica del trabajo se basa en el análisis documental. Las fuentes de información para este análisis están compuestas por: (1) registros digitales del archivo del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle recolectada y organizada en el marco del proyecto de investigación: “*Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970*”, de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle; (2) Concejo de Cali 1960-1968, *Diario del Pacífico*, diario matutino que perteneció al partido conservador y vociferó la catolicidad entre sus habitantes, 1950-1954; *El País*, diario matutino que perteneció a una fracción conservadora, 1950-1961; *Relator*, publicación vespertina de línea liberal, 1950-1960 y la *Revista Club Colombia*, órgano informativo para los miembros de este Club, 1955-1958. El universo de información de estas fuentes se distribuye de la siguiente forma: *Relator*, 246, *El País*, 143, además de 25 fotografías originales con derechos reservados de autor, *Diario del Pacífico*, 25 y *Revista Club Colombia*, 39; (3) Fotografías de álbumes personales de familiares de los integrantes de la Junta pro-construcción²⁹; (4) Entrevistas a las hermanas de la Congregación de Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

²⁹ Entre las personas entrevistadas se encuentran: Olga Sefair de Cobo, viuda de Alex Cobo, Ángela Zawadzki, hija de Clara Inés Suárez de Zawadzki, Humberto Ascione y María Consuelo Díaz,

El relato histórico a lo largo de 11 años se compone de varios apartados que ofrecen una descripción y análisis sobre las redes de influencia de la Junta en el paso del asilo al hospital. Primero, se abordan aspectos generales del problema sobre los antecedentes del Asilo San Isidro. Segundo, se considera la intervención de las autoridades e inauguración de la Junta, así como quienes participaron y sus redes de poder. Tercero, se retoman reportajes periodísticos sobre la situación del asilo, la dirección de la Junta y relaciones con el periodismo local, las autoridades públicas y las asesorías médicas y psiquiátricas. Cuarto, se enfatiza en la inauguración del Hospital Psiquiátrico San Isidro y quinto se plantean las consideraciones finales del trabajo.

ANTECEDENTES DEL ASILO:

INSTITUCIONES ENTRE LA CONTENCIÓN Y EL REFUGIO EN LA CIUDAD

Si bien, durante las primeras décadas del siglo XX no existía una preocupación pública en relación al “manicomio”, “asilo de dementes” o lo conocido hoy como “hospital psiquiátrico”, es posible rastrear lugares de encierro para poblaciones marginales como dementes o alienados. De acuerdo con Hurtado (1996), desde la construcción de la primera cárcel pública de Cali en 1845 se identifican: lisiados, incapacitados para trabajar y dementes.

Esta cárcel funcionó a la orilla del río Cali hasta 1910, año de conmemoración del centenario de Independencia de Colombia. Durante los días 19 y 23 de julio, según Arroyo (s.f) se desarrollaron actos culturales y protocolarios. El autor destaca entre los hechos más significativos de esta conmemoración, la instalación de la Biblioteca el Centenario, la sesión de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales del Cauca. Además, dos recorridos a lo largo de la ciudad, con rituales simbólicos de:

Bendición religiosa y ‘colocación de piedras conmemorativas’, en dos de los proyectos más importantes para el imaginario urbano y de progreso de las élites de ese entonces: la Casa de corrección y asilo de locos, en construcción, y la estación del ferrocarril. (Arroyo, s.f., pp. 3-4)

sobrinos de Clara Inés; Doris Eder de Zambrano y Ernesto Zambrano —primer psiquiatra director del hospital—; Agatha León, hija de Carlos León —psiquiatra pionero en Cali— y se sostuvieron algunas conversaciones o correos electrónicos con Alberto Castro Zawadzki, nieto de Clara Inés Suárez, Diego Martínez Lloreda, sobrino de Mercedes Lloreda de Garcés, este último facilitó el permiso para ingresar al centro de consulta del archivo privado de El País. También se sostuvo conversación con Gabriela Martínez y María Eugenia Lozada, sobrinas de Jaime Lozano Henao y con Cristina Lozano, hija de este último personaje de Cali.

Una de las crónicas del periódico *Relator* registra que en 1910 se inaugura en la ciudad un lugar llamado “manicomio-cárcel” ubicado en la Avenida Uribe, entre las calles 20 y 21. Aunque este edificio se proyectó como asilo de dementes, se discutió que “las condiciones climatéricas (*sic*) de la ciudad no eran propicias para el establecimiento de un hospital de esa naturaleza y entonces se resolvió convertirlo en cárcel. Un edificio construido a la loca, sin método alguno” (Una pavorosa y horripilante visión del manicomio de Cali, 1935). A este lugar eran enviadas personas en conflicto con la ley, pero, además, ancianos, menores de edad, mendigos, desocupados y dementes.

En 1932, *Relator* recopila la dolorosa situación de los dementes que están reclusos en el manicomio y señalan que algunos dementes permanecen desnudos y no disponen de elementos para su curación. En la crónica se lee que “María Reyes Manzano permanece asegurada con una cadena a un grueso trozo de madera. Casi siempre permanece desnuda, pues no ha sido posible que le provean de una camisa de fuerza [...]” (La dolorosa situación de los dementes que están reclusos en el manicomio de esta ciudad, 1931).

De acuerdo con Rodríguez y Sáenz (2016), esta emblemática institución carcelaria funcionó como manicomio y cárcel. Según la investigación de los autores, entre 1922 y 1934, las publicaciones de *Relator* y *Correo del Cauca* aludieron a estos sin distinción alguna. Tan solo a mediados del siglo XIX —de la mano de ideas liberales sobre el progreso y la ciudadanía— se desarrollan instituciones de confinamiento en Cali, “materializadas en la construcción del manicomio y la cárcel, y más tardíamente en el asilo” (p. 18). Estas instituciones establecen una pauta de clasificación de las poblaciones en la ciudad (enfermos/delincuentes, hombres/mujeres, niños/adultos, etc.).

Entre 1937 y 1938 las personas con trastornos mentales son trasladadas a otro lugar. Durante esos años, a las afueras de la ciudad funciona una rudimentaria casona, correccional de menores que custodiaba además “a sociópatas y a enfermos mentales rechazados y estigmatizados por la sociedad caleña, mientras era posible adelantar su traslado a uno de los asilos de Bogotá o Pasto” (Campo, 2005, p. 483).

Por medio del periódico *Relator*, uno de los alcaldes del Valle comentaba que se ha dirigido en diversas oportunidades a la gobernación del departamento para solicitar la apertura de cupos en los manicomios de Bogotá y Pasto. Este alcalde detalló el problema que enfrentaba su región y cuenta que “hay locos de toda clase, que están causándole un serio prejuicio a la tranquilidad pública” por tanto, según él es “preciso buscarles algún lugar seguro para que no continúen en su tarea de escandalizar a las gentes de bien y de sembrar zozobra entre los habitantes” (El problema de los locos

de Palmira, 1940). De esta manera, tanto autoridades públicas como periódicos locales ejercieron una fuerte presión hacia la Gobernación del Valle para que tomasen medidas de contención frente a esta población. De ahí que esta situación se convirtiera en una problemática de interés público y gubernamental.

LA INTERVENCIÓN DE LAS AUTORIDADES: URGE LA CONSTRUCCIÓN DE PABELLONES EN EL ASILO

Una de las situaciones que aceleró la intervención de las autoridades públicas en la constitución del “sanatorio mental” es que, de acuerdo a los asuntos presupuestales,

Buena parte los dineros públicos se filtran [al] sostenimiento de los locos en los asilos de San Rafael, en Pasto y Sibaté en Bogotá. Locos de Cali, de Palmira, de Tuluá, de Buga, del Caldas, de Antioquia, están siendo atendidos con los dineros del Valle del Cauca. (Por partes iguales serán costeados los alienados en el Valle, 1951)

Pero estos no tienen un lugar adecuado para ser atendidos en la capital del Valle.

Si bien, el nuevo edificio buscaba ejercer una atención central a los enfermos del departamento, también se buscaba con este un foco de interés científico para el cuerpo médico del Valle. Este además sería “desde el punto de vista familiar, más humano, pues así la ciudadanía tendría fácil acceso a sus miembros de la familia que cayeron en el momento de desgracia de sufrir desviación mental”. Pues con este tipo de servicios médicos, “la higiene [sería] la base del progreso de nuestro departamento” (Por partes iguales serán costeados los alienados en el Valle, 1951).

Desde los inicios del asilo, las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl asumieron las riendas a nivel caritativo y espiritual (Acuerdo 300, 1945). De acuerdo a una reseña de esta congregación, San Isidro fue confiado a las hijas de la Caridad en 1946 (González, s.f.). En este se nombra una Superiora y un Capellán. Ella, Sor Rosalina Mejía Gutiérrez; Él, el Padre Francisco Pehau (francés), “el nervio espiritual de los enfermos, hermanas y empleados” (Acuerdo 300, 1945). Este padre según González (s.f.), el historiador de la provincia de esta congregación, describe al asilo como un “viejo caserón húmedo; que no ofrece sino incomodidad por todas partes; hay promiscuidad difícil de corregir, ciertos días la barahúnda es desespe-

rante”. Según el relato de este historiador, el Padre Pehau “todos los días a las cinco y cuarto de la mañana, viajó desde la carrera 4ª a Meléndez durante 10 años, y luego, en 1956, desde la carrera 19 5-19, [para] celebrar la Santa Misa y atender las necesidades espirituales” (González, s.f.).

Las hermanas de la caridad eran responsables de la dirección plena de los servicios internos del asilo. Sus deberes y obligaciones se acompañaban de los encuentros con las visitadoras, hermanas de congregaciones extranjeras, quienes visitaban varias de las instituciones a cargo de estas hermanas —asilos de mendigos, orfanatos, hospitales, etc.—. En uno de los registros de la congregación, la hermana visitadora narra que en “Meléndez tampoco se priva a los alienados de la visita maternal. Muchos saben apreciar la gracia; uno de ellos pronuncia un hermoso discurso sobre la caridad, que provoca el entusiasmo general”. Según el texto, las visitas concluyen como en todas partes, las hermanas “encuentran en su elemento, abnegándose a favor de los pobres más necesitados” (Eco de la Casa Madre de las hijas de caridad, 1950).

LA INAUGURACIÓN DE LA JUNTA DEL ASILO SAN ISIDRO

En 1948 a través del Decreto 367, la alcaldía designa a Alex Cobo, médico cirujano, como “médico jefe-director del Asilo San Isidro” (Alcaldía Municipal, 1948), cargo que ejercerá *ad-honorem*. Después, en 1950, por medio del Decreto 290, Gustavo Lloreda Caycedo, Alcalde de Cali, crea la Junta pro-construcción del Asilo de Dementes de Cali. Alex Cobo, presidente de la Junta, logra reconocer la personería jurídica del Asilo de Dementes de San Isidro mediante la escritura pública 2599 del 26 de noviembre de 1951 y hace un llamado al Concejo Municipal como a los encargados de higiene para desarrollar una amplia política social hacia los enfermos mentales de escasos recursos (Orejuela, 2014).

En 1950 se organiza una Junta directiva pro-construcción del Asilo San Isidro para “la construcción del edificio del asilo de dementes de Cali” (Decreto 290, 1951). Si bien, se había proyectado la construcción de un asilo “hacía falta una entidad que se pusiera al frente de la obra y que procediera a activar esa construcción” (Junta para la construcción de asilo de dementes en Cali, 1950). Esta Junta estaba compuesta por las señoras Clara Inés Suárez de Zawadzki, Mercedes Lloreda de Garcés y los señores Alex Cobo, Jaime Lozano Henao e Ignacio Gutiérrez, como se puede apreciar en la Tabla 1. A lo largo del tiempo, otros personajes de Cali se interesarán por las labores de la Junta y participarán en esta durante algunos momentos o en ac-

tividades particulares. En los primeros años de la década del cincuenta integraban también la Junta: Mauricio Hannaford, Elvira Garcés de Hannaford, Clemencia Fajardo, Germán Holguín Hurtado y Clarita Restrepo Delgado³⁰.

Tabla 1. Junta directiva del Asilo 'San Isidro', 1954

Cargo	Nombre
Presidente	Alex Cobo
Vice-presidente	Clara Inés Suárez de Zawadzki
Tesorero	Germán Holguín
Secretaría	Clemencia Fajardo
Revisor fiscal	Rubén Orozco Micolta
Vocales	Ignacio Gutiérrez
	Jaime Lozano Henao
	Mauricio Hannaford
	Mercedes Lloreda de Garcés
	Clarita Restrepo de Delgado

Fuente: adaptado de *El País*. (5 de abril de 1954). pp. 1-14.

La red de filiación política de quienes participan en la Junta la predomina el partido conservador liderando este proceso de transformación del asilo al hospital. Aunque hay un matiz político diferente entre algunos integrantes de la Junta el tema asistencial y filantrópico constituye un propósito de formar ciudad alrededor de proyectos de modernización de la sociedad y sus instituciones. Por medio de la Junta, y miembros tanto del partido liberal como el conservador, se involucraban en el proceso de modernización de la ciudad e inclusive, encontraban en la filantropía y el asistencialismo formas de construir ciudad por encima de las diferencias partidistas.

Los integrantes de la Junta quedaron facultados para solicitar auxilios oficiales; acordar planes de financiación para la futura obra y someter proyectos de localización y construcción a las autoridades de Higiene y Obras Públicas (Decreto 290, 1951). La Junta de igual forma, podía “reglamentar un régimen disciplinario interno y tomar todas las medidas que se consideren necesarias para lograr la cristalización de este admirable proyecto” (Junta para la construcción de asilo de dementes en Cali, 1950). Así, quie-

³⁰ Otros integrantes de la Junta después de la segunda mitad del siglo XX eran: Rubén Orozco Micolta, Eduardo Anzola, Olga Rojas de Bevan, Rómulo Mejía, Alfonso Bonilla Aragón, Aymer Narváez y Gilberto Gómez Trujillo. Estos últimos tendrán la particularidad de representar instituciones públicas o entidades privadas y no, títulos personales, como sucedía en los primeros años.

nes componían la Junta movilizaban alianzas y recursos para obtener donaciones privadas y auxilios con entidades públicas para anticipar fondos y donaciones de camas, equipos tecnológicos e incluso, la gestión del espacio y servicios religiosos.

En 1952, de acuerdo con una crónica del *Diario del Pacífico*, la Junta posee ya la suma de \$ 75.000 que recibió del departamento y de ayudas particulares (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952). Entre las primeras hojas de presupuesto dirigida a Libardo Palau, Secretario de Higiene Municipal, Alex Cobo, presidente de la Junta Directiva del Asilo San Isidro, solicitó una suma de ciento cuatro mil pesos M/CTE (\$104.000.00) para costear las reparaciones y elementos de necesidad más urgentes para el desvencijado y desprovisto asilo-hospital “San Isidro” para enfermos mentales de Cali (Cobo, 1952a).

Como se puede apreciar en la Figura 1, el 42% de las prioridades presupuestales se concentran en el instrumental médico-quirúrgico, el 37% en elementos de infraestructura, el 11% en servicios básicos de vida y el 10% se distribuye en varios u otros enseres. Dos aspectos a destacar de esta Figura se relacionan con el tipo de prioridades que concentra el presupuesto. Por un lado, los instrumentos médicos-quirúrgicos, que responden a la necesidad de dotar al asilo de elementos hospitalarios seleccionados por el Dr. Cobo —con formación en cirugía— y que, además, comprendía un “aparato de electrochoques” (42%). Por otro lado, el resto del presupuesto (58%) apunta a suplir las necesidades básicas, así como dotar de enseres elementales al asilo.

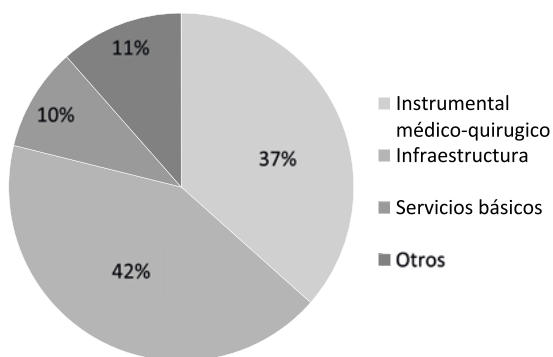


Figura 1. Presupuesto de donación del Asilo San Isidro, 1952

Nota. Firman el presupuesto, el Presidente de la Junta Directiva del Asilo San Isidro, Dr. Alex Cobo Ashroaui y Clemencia Fajardo, secretaria. Fuente: adaptado de “Carta a Libardo Palau S. Secretario de Higiene Departamental”. 28 de enero de 1952. Libro: Correspondencia. Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

Aunque, como se mencionó, las hermanitas de la caridad asumían las riendas del asilo a nivel caritativo y espiritual (Acuerdo 300, 1945), la Junta participó en el cambio del enfoque espiritual y caritativo del asilo a uno médico-científico del hospital. Entre los reconocimientos jurídicos que logró la Junta “integrada por prestantes damas y caballeros de Cali” (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952) sobresale la figura del hospital en el Departamento del Valle del Cauca, los recaudos ante el Gobierno Nacional, el rol de los bancos y las beneficencias.

¿QUIÉNES PARTICIPABAN EN LA JUNTA?

Si bien, la Junta estaba compuesta por diversos miembros durante la década de los cincuenta, algunos se destacaron por su influencia interpersonal en las decisiones de este organismo y la comunicación con la sociedad caleña. El propósito de contextualizar las trayectorias de vida de estos personajes es identificar los actores que facilitaron la dinámica del cambio institucional a través de su participación en esta Junta.

Los criterios de selección de estas personas tendrán en cuenta los conceptos de Robert Merton (1964) sobre el *influyente local y cosmopolita*³¹; que señalan las características para identificar los tipos de influencia que no solo conciben la alta posición social (riqueza, poder y clase) sino también la movilidad geográfica, las relaciones personales, la participación en organizaciones voluntarias y sus conductas respecto a las comunicaciones. De acuerdo al autor, los influyentes son eficaces dentro de sus comunidades y son en quienes se busca consejo; por tanto, las características que serán descritas a continuación conservan cuatro rasgos principales: (a) los focos de intereses de los influyentes, (b) los tipos de comentarios, (c) las maneras en las que ayudan (asistencia) y (d) los espacios sociales donde están representados.

Además, se tendrán en cuenta los trayectos que recorren estas personas hacia las posiciones de influencia, las estructuras sociales en las que

³¹ Merton (1964) distingue dos tipos de influyentes: los locales, aquellos que tienen sus raíces en la comunidad y por tanto tienen más redes y conexiones personales, “los locales tienden a tener puestos políticos – comisarias de calle, relaciones políticas y de alcalde, consejeros municipales, etc.” (p. 399). Mientras los cosmopolitas, son más móviles y “aparecen con más frecuencia en puestos públicos que implican funciones no meramente políticas, sino la utilización de pericias y conocimientos especiales (por ejemplo, junta de sanidad, la comisión de viviendas, la junta de educación)” (p. 399). Las influencias de estos dos “tipos ideales” pueden ser monomórficas (zonas de influencia limitada como la política, la moda, el buen gusto) y polimórficas (de influencia diversa).

participan (redes) y las maneras en las que se consolidó una distancia social asimétrica con su comunidad.

Clara Inés Suárez de Zawadzki, 1902-1982

Clara Inés desempeñó las funciones de vicepresidencia y en eventuales casos, la secretaria de la Junta pro-construcción del Asilo-Hospital Psiquiátrico de San Isidro. Vivió su infancia en Ibagué y vida adulta en Cali. Contrajo nupcias en Bogotá con Jorge Zawadzki (1884-1966), empresario, líder cívico y político, quien presidió el periódico *Relator*, propiedad de los hermanos Zawadzki³². Este periódico llegó a “construirse y afianzarse al lado de ese conjunto de empresas, que fueron impulsadas por la atracción de capitales producto de la economía cafetera” (Candela, 2015).

Clara Inés, ejerció el periodismo en este diario durante 30 años consecutivos, se encargó de crónicas, artículos de opinión, reseñas de libros, ensayos, comentarios y otros diversos escritos. De acuerdo con los datos biográficos reseñados por Ortiz y González (2008), Clara Inés escribió en otros diarios como: *La Patria* (Manizales), *La República* (Bogotá) y *Diario Occidente* (Cali). Clara Inés incursionó en campos políticos, culturales y periodísticos de Cali; tenía además un profundo interés por la vida cívica y se posicionó entre las primeras mujeres en participar en la vida pública de la ciudad.

Entre los cargos desempeñados por Clara Inés se destacan: la presidencia de la Comisión Nacional de Prensa Colombiana desde el que asistió a diferentes congresos periodísticos y a reuniones de la Sociedad Interamericana de Prensa (SIP); la Dirección de la Extensión Cultural del Departamento del Valle de 1947 a mayo de 1951; la vicepresidencia de la Organización Nacional Femenina de Colombia (1954) desde el que se posicionó como aliada del movimiento sufragista y feminista (González, 2012); el Consulado General de Colombia en Ámsterdam, Holanda (1959-1965) y el Consulado de Roma, Italia (1965-1981). Clara Inés estuvo radicada en México durante la participación de su esposo como Embajador de Colombia en este país (1939-1945), ahí ella estableció amistad con diversos personajes del mundo artístico como los que se ven en la fiesta organizada por la actriz mexicana, Dolores del Río al director y productor de cine estadounidense, Orson Welles (Figura 2).

³² Jorge Zawadzki estuvo en el Concejo de Cali en cinco oportunidades (1909-1911; 1917-1919; 1925-1927; 1928-1930; 1938-1940), bajo el régimen liberal fue Representante a la Cámara (1911-1922; 1926-1927; 1935-1939), Diputado de la Asamblea del Valle (1917-1922; 1926-1930; 1938-1940), fue Ministro Plenipotenciario entre 1938-1942 y miembro del Directorio Liberal en casi ocho ocasiones (Candela, 2015). Ayudó a organizar la primera Junta de Ornato en Cali, Consejero Municipal, gerente de la Empresa de Teléfonos de Cali y participó en la fundación de la Academia de Historia de Cali, el Club de Leones e instituciones de beneficencia.



Figura 2. Paulina Suárez, Frida Kahlo, Clara Inés Suárez, Diego Rivera

Nota. Aparecen en el grupo, de izquierda a derecha: Paulina Suárez –hoy señora de Díaz– Frida Kahlo, primera esposa del insigne maestro; Clara Inés Suárez de Zawadzki y Diego Rivera. La publicación dice: Como un homenaje de afecto a dos amigos que ya no existen, se publica esta fotografía, tomada en México en el año 42, en una fiesta ofrecida por Dolores del Río a Orson Welles, su prometido de entonces, pero con quien no llegó a casarse. Fuente: (27 de noviembre de 1957). Relator, p. 4. © Todos los derechos reservados.



Figura 3. Exposición artística en el Museo La Tertulia

Nota. De izquierda a derecha: Mercedes Lloreda de Garcés, Clara Inés Suárez de Zawadzki (y otras personas sin identificar). La publicación dice: “La Tertulia”, un centro cultural admirable- Ocupa un local muy simpático, en el que impera el buen gusto en todos sus aspectos y los cuadros que lo decoran son especialmente escogidos, en cuanto a su valor artístico. En fin, es el centro que le hacía falta a Cali. Ayer, por ejemplo, tuvo lugar una charla sobre Teresa de la Parra, con motivo del aniversario de su muerte, charla que sustentó en forma amena nuestra colaboradora Clara Inés. En la gráfica la vemos en momentos en que hacía su exposición. Fuente: (11 de octubre de 1956). Revista Club Colombia. © Todos los derechos reservados.

El interés de Clara Inés por el mundo cultural la llevó a participar en diversos eventos, actividades y patrocinio de espacios culturales en Cali tales como el Conservatorio de Bellas Artes, el Teatro Municipal, el Gimnasio Olímpico, ciertos clubes sociales y el Museo La Tertulia (Figura 3). En la entrevista *Una vida consagrada a la prensa* publicada en la *Revista del Club Colombia*, Clara Inés menciona su predilección por la literatura y menciona que es admiradora de poetas como “Maruja Vieira, Dora Castellanos y Silvia Lorenzo [...] Matilde Espinosa de Pérez y Carmelina Soto”. Al final de la entrevista se enorgullece de haber acompañado en el lecho de muerte “a un gran poeta de América: Porfirio Barba- Jacob”.

En Cali, Clara Inés se destacó por ser la primera mujer periodista que escribió en el *Relator*³³. Entre sus escritos sobresalen dos columnas de opinión: *Ballet por Clara Inés* y *Reflector Social*. Estas circulaban varias veces por semana en las páginas cuatro y nueve de este periódico. En el caso del *Ballet por Clara Inés*, el contenido se torna político y social, aunque en algunos casos aparecen reseñas de obras literarias contemporáneas y obras cinematográficas. En esta columna, Clara Inés abogó por el derecho al voto femenino e incluso publica cartas de críticos y simpatizantes de sus ideas. En una entrevista realizada por una corresponsal del periódico *El País*, Clara Inés comenta sobre las mujeres y la política que es necesaria la intervención de la mujer en problemas como “la protección de la infancia, las escuelas, las casas de maternidad, en fin, toda la gama amplísima y multiplicada de la asistencia social en Colombia” (Quintero, 1954).

Los escritos de Clara Inés además celebran las labores de mujeres dedicadas al servicio social, en particular aquellas que se hacen cargo de instituciones de la ciudad como: albergues infantiles, hospitales, asilos, reformatorios de menores, espacios culturales, entre otros. Las actividades con fines benéficos son exaltadas por ella e incluso acompaña algunas de estas obras, como, por ejemplo, la adjudicación de terrenos en Juanchito a familias de bajos recursos (Figura 4).

En 1954, *Relator* publicó una visita de Clara Inés a barrios como Saavedra Galindo, La Floresta, Primitivo Crespo, Villanueva y Uribe Uribe (Figura 4). La noticia registra que el presbítero Penilla expuso “a la concejal las más urgentes necesidades de ese sector de Cali” a quien le fue entregada una resolución aprobada por la Federación de dichos barrios nombrándola

³³ De acuerdo con González (2012) “el primer escrito de Clara Inés en *Relator*, se registra en la edición dominical del 26 de mayo de 1929, artículo centrado en una entrevista realizada a María Teresa Herrera Córdoba, madre de los poetas Isaías Gamboa y Francisco Gamboa” (p. 270).

vocera (Doña Clara Inés de Zawadzki visito un barrio Progresista, 1954). Junto al señor párroco y de los miembros del comité de recepción “doña Clara Inés recorrió los citados barrios y observó algunas obras en construcción y varios lotes de tierra para obras de extensión cultural, de que carecen más de cuarenta mil habitantes de los nueve barrios orientales” (Doña Clara Inés de Zawadzki visito un barrio Progresista, 1954).



Figura 4. Los consejeros del Municipio de Cali visitaron en el día de ayer al Gobernador del Valle

Nota. La publicación dice: Los consejeros del Municipio de Cali visitaron en el día de ayer al Gobernador del Valle, con el fin de tratar con él asuntos relacionados con la tragedia que agobia a la ciudad. En la foto aparecen el Gobernador Brigadier General Alberto Gómez Arenas; el Alcalde de Cali, Teniente Coronel Andrés Mejía, doña Clara Inés de Zawadzki, doña Mercedes Carvajal y el doctor Eduardo Buenaventura Lalinde. Fuente: (11 de agosto de 1956). Relator, p. 8. © Todos los derechos reservados.

En esta columna también se encuentran diversas menciones de Clara Inés sobre casos de racismo, la indiferencia oficial y ciudadana frente a problemáticas de la ciudad. En el caso del *Reflector Social*, Clara Inés firma con el seudónimo “Iskra” —en ruso: Chispa—. Esta columna por lo general estaba compuesta por fragmentos de opinión sobre diversos temas; en esta escribe comentarios sobre eventos culturales como recitales, conciertos de música clásica, danzas populares, exposiciones de artistas plásticos locales, desfiles de moda, almuerzos privados, gastronomía, inauguraciones de obras en la ciudad —calles, avenidas principales o industrias caleñas—.

Desde esta columna, Clara Inés invitaba en repetidas ocasiones al público a leer, escuchar música, conocer las expresiones culturales de artistas locales y nacionales. En consecuencia, estas noticias y opiniones eran una cadena de difusión y transmisión de prácticas culturales que reflejan sus estilos de vida. Ella se convierte así en líder de opinión e intérprete del “buen gusto y la cultura”.

Esta serie de opiniones y espacios frecuentados por Clara Inés la posicionan como una persona que señalaba problemáticas de Cali y, además, la perfila como una vocera de las políticas de la ciudad. Clara Inés hacía parte de una cúpula de personajes de Cali a quien se le encargaba el trámite de consejos para administrar la ciudad (Figura 5).



Figura 5. La entrega de lotes en “Juanchito” el sábado pasado

Nota. La publicación dice: La presente gráfica muestra el instante en que doña Leonor v. de Domínguez firmaba las escrituras de los lotes de terreno que adjudicó a un centenar de ciudadanos pobres, en Juanchito. La acompañan doña Clara Inés Suárez de Zawadzki (segunda de izquierda a derecha), quien presenció este nobilísimo de tan apreciable matrona, y el señor Elías Calero (de pie), meritorio gestor de esta magna obra filantrópica. Fuente: Suárez. (9 de enero de 1956). Relator, p. 12. ©

Todos los derechos reservados.

Mercedes Lloreda de Garcés, 1925-1992

Mercedes Lloreda de Garcés participó en la Junta pro-construcción con el cargo de vocal. Fue designada como miembro de la Junta por su padre y Alcalde de Cali, Gustavo Lloreda, quien era un abogado y político conservador, “que llegó a ocupar la alcaldía en tres oportunidades (1925, 1949, 1950), al igual que su hermano Álvaro Lloreda Caicedo (1946-1948)” (Arroyo, 2006, p. 312). Este último, fue un empresario y político que ocupó cargos en el Senado, Cámara de Representantes y Embajada de Colombia en España. Junto a sus hermanos Mario y Alfredo Lloreda consolidó un emporio empresarial en la región constituido por una fábrica de hielos, jabones, velas, acero, exportaciones de café y un importante periódico del suroccidente colombiano.

Mercedes Lloreda, se graduó como abogada y se especializó en derecho civil (Murió Mercedes Lloreda de Garcés, 1992). Destacó por ser una líder conservadora y una de las primeras mujeres en participar en política en la

región (Figura 6). Además, ocupó “la Presidencia de la Asociación de Municipalidades, la Cámara de Representantes y el Concejo Municipal” (Melo, 1966, p. 435). Desde esta última instancia, trabajó en las comisiones de Educación, Delincuencia Infantil y Extensión Cultural (1958), de Ejidos y Vivienda Popular (1958) y Salud Pública y Asistencia Social (1959-1960). Este concejo estuvo presidido por su cónyuge y Alcalde de Cali, Carlos Garcés Córdoba (1957-1959)³⁴, quien tomó posesión de su cargo en compañía de su esposa Mercedes Lloreda y su suegra, Cecilia Cabal. Este hecho fue motivo de publicación de las páginas de la *Revista Club Colombia*, pues Carlos Garcés fue objeto de numerosas atenciones por parte de sus amigos personales y políticos. Entre tales atenciones consistió en un almuerzo servido en los comedores de ese Club (Figura 7).



Figura 6. Mercedes Lloreda de Garcés, dirigente conservadora en Buenaventura

Fuente: Stanley (6 de julio de 1957). El País. © Todos los derechos reservados.

Mercedes Lloreda, se lanzó como candidata a la Alcaldía por voto popular en Cali y durante su actividad política emprendió diversas campañas en temas de vivienda para sectores de bajos recursos. Se interesó por diversos espacios de la ciudad como: asilos, hospitales y centros culturales; en los que incluso, participó en las juntas administrativas del Teatro Municipal y del Hospital San Juan de Dios.

Fue representante del *Comité de la Acción Católica* del Comité Central de Recuperación Económica Social de los Damnificados de Cali (del

³⁴ Carlos Garcés Córdoba “perteneció a la primera Junta Directiva de la Cámara de Comercio de Cali (1916), fundador y propietario de cien acciones del Banco Hipotecario del Pacífico (1919) [contribuyó] a la construcción del acueducto moderno de la ciudad de Cali y formación de la sociedad Alejandro Garcés Patiño & Cía. S.A., a través de la cual manejó la venta de automóviles importados, y los negocios de agencia y representaciones” (Arroyo, 2006, p. 142).

Comité Central renuncia doña Mercedes Lloreda de Garcés, 1957) luego de la explosión del 7 de agosto de 1956, ella estuvo encargada de “una caravana de camiones de gran tonelaje [cargados de dinamita] al mando de unidades del ejército” (Ayala, 2012, p. 59). “La Acción Católica organizó los primeros auxilios y después se desenvolvió en la defensa de los pobres, en la consecución de dineros y en las propuestas para solucionar las calamidades”, (Ayala, 2012, p. 64). En esta fue destacada la labor del padre Appeltons, sacerdote belga y la del padre Alfonso Hurtado Galvis (Ayala, 2012). Los acontecimientos del 7 de agosto impactaron la ciudad no solo por la cantidad de muertos que dejó en las familias caleñas, sino por las consecuencias en términos de los cambios urbanos de la ciudad. Pues a partir de esta fecha surgió la necesidad de vivienda para las personas afectadas y la reubicación de las mismas en la zona oriente de la ciudad.



Figura 7. Mercedes Lloreda de Garcés, dirigente conservadora en Buenaventura.
Fotografía tomada del archivo privado de El País (6 de julio de 1975. Cortesía de El País. Foto Stanley. © Todos los derechos reservados.

La labor pública de Mercedes en el Comité de Acción Católica le permitió ser una intérprete de las problemáticas de Cali al escribir sobre el socorro a personas damnificadas (Lloreda, 1956c), la enseñanza local (Lloreda, 1956a), temas ambientales, actividades culturales y la inmigración en la ciudad. En uno de sus escritos, llama la atención al alcalde para que tome medidas sobre las continuas quemadas en el cerro de Las Tres Cruces, pues asegura que estas son una “costumbre bárbara y de poca civilización” y que por tanto “Cali no debe dar esa nota de incultura y salvajismo” (Lloreda, 1956b). Para ella, es primordial la cultura y educación del pueblo “único camino hacia la salvación de la patria, que agoniza por culpa de la indiferencia, de la incultura, del esnobismo, de la materialización y la ambición personal” (Lloreda, 1956b).

Otro de los problemas señalados por Mercedes, es la “escasez de viviendas y el hacinamiento de gentes del cual desprenden los más serios problemas sociales, económicos y morales” (Lloreda, 1956d). Las masivas olas de inmigración que llegan a Cali son para ella “la amenaza progresiva de un pueblo hacinado, sin techo, sin higiene, sin educación, sin moral y con hambre” (Lloreda, 1956d). Por tanto, como vocera de esta problemática aconseja a las autoridades de higiene a que proceden a aplicar sus reglamentos, “que equivaldría a controlar la inmigración constante de gentes, sin oficio y sin beneficio que se nos arriman” (Lloreda, 1956d).

Durante el apogeo industrial de Cali en los años cincuenta, Mercedes apoyó las actividades de las industrias para promocionar las mercancías de estas ante el público caleño y, además, para patrocinar y liderar actividades con fines benéficos. La participación de Mercedes en las actividades económicas prevaleció en la madurez de su actividad política, en la que acompañó a pequeños industriales y posicionó la dirigencia conservadora en la región.

Alex Cobo Ashroai, 1922-1996

Alex Cobo asumió la presidencia y liderazgo de la Junta pro-construcción del Asilo-Hospital Psiquiátrico de San Isidro. Fue un médico cirujano que cursó estudios de Artes y Ciencias en la Universidad de New York; obtuvo el título de medicina y cirugía en el Colegio de Medicina de Long Island. Realizó estudios de especialización en el hospital de St. Clare como médico-cirujano interno; posteriormente, cursó estudios de maestría en cirugía en la Universidad de Chicago (Falleció el Médico Alex Cobo Ashroai, 1996). Alex Cobo se destacó en el campo de la medicina y docencia universitaria. Participó en la fundación de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad del Valle, siendo decano de esta división en diversas oportunidades y Jefe del Departamento de Cirugía de esta facultad.

Asumió el liderazgo del Asilo San Isidro cerca de once años y gestó su futura transformación como hospital psiquiátrico. Ocupó la dirección del Hospital Departamental Evaristo García e hizo parte del grupo fundador de la Fundación Valle del Lili, proyecto que buscaba brindar a la ciudadanía servicios de medicina de alta complejidad y dar apertura para el desarrollo y práctica de nuevas tecnologías médicas (Falleció el Médico Alex Cobo Ashroai, 1996). De igual forma, participó en el grupo fundador de la Clínica Imbanaco en Cali y al final de su vida, perteneció al Consejo Superior de la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES). Alex Cobo presentó diversas disertaciones en clubes sociales y espacios académicos sobre la educación médica y su función en la comunidad. Su experiencia médica quedó plasmada a lo largo de sus publicaciones y en diversos trabajos de investigación.

Olga Sefair de Cobo, viuda del doctor Cobo, recuerda sobre la participación de él en la transformación del Asilo San Isidro que hubo “gente muy pudiente que ayudó para que eso se llevara a cabo” (O. Sefair de Cobo, comunicación personal, 2017) y comenta que el Dr. Cobo “trató [de] conseguir donaciones para poder construir un hospital en forma y lo primero fue que en ese tiempo era Alcalde Jaime Lozano Henao entonces él le ayudó para que las cosas se pudieran llevar a cabo [...]” (O. Sefair de Cobo, comunicación personal, 2017). Situación que esboza una idea sobre la red de relaciones de este médico con personas influyentes en las decisiones políticas y administrativas de la ciudad que posibilitaban la viabilidad de sus iniciativas.

Sobre la primera visita de Olga Sefair al Asilo San Isidro ella recuerda que “era una cosa bien pobre y también conocí toda esta gente que Alex conocía y que le estaba ayudando con esto, que era gente muy importante aquí del Valle [...] mejor dicho, era gente que era como cabezas de la ciudad” (O. Sefair de Cobo, comunicación personal, 2017).



Figura 8. Elegante despedida de solteros en el Colombia

Nota. La publicación dice: Los apreciables esposos de nuestra sociedad, Víctor Dager y Emma Daccach de Dager, ofrecieron en el nombrado centro social una magnífica comida para despedir de su vida de solteros al doctor Alex Cobo y su bella prometida Olga Sefair Nami. La elegante boda se cumplirá en la capital del país. Durante el agasajo fue logrado el presente aspecto, en el cual figuran de izquierda: Emilio Aljurre, Emma Daccach de Dager, Olga Sefair, Dr. Alex Cobo y Malbina Aljurre.

Fuente: Foto: Venegas. (26 de octubre de 1957). Relator, p. 9. © Todos los derechos

Ernesto Zambrano, primer psiquiatra director del Hospital Psiquiátrico San Isidro con su nueva infraestructura, recuerda sobre su primera visita al Asilo San Isidro que esta se dio por invitación de Alex Cobo y relata que “él [Alex Cobo] iba allá a dar electrochoques, antes de que viniera Rómulo [Mejía] [...] él trajo la primera máquina de electrochoques, la trajo a Cali, él iba personalmente y hacía los electrochoques allá”.

Las menciones a Alex Cobo a través de los periódicos consultados, lo catalogan como un distinguido médico con estudios en el extranjero. En ciertas ocasiones, se refieren a su participación en copas de champaña, elegantes comidas privadas en clubes, residencias y reuniones de empresarios de la ciudad. Las redes de amigos, conocidos o colegas de este médico gozaban de un prestigio como figuras públicas y facilitaban la convocatoria para encaminar las actividades que se proponía (Figura 8)³⁵.

Jaime Lozano Henao, 1913-1975

Participó en la Junta pro-construcción en el cargo de vocal. Fue un empresario y político nacido en Tuluá-Valle. Ocupó la Alcaldía de Cali entre los años 1953-1955. Desempeñó la primera presidencia de la Asociación de Cultivadores de Caña de Azúcar de Colombia (ASOCAÑA) durante 1954-1975, entidad gremial interlocutora de todos los ingenios azucareros del Valle. Fue uno de los impulsores y organizadores de la primera Feria del Azúcar de Cali (Figura 9), que buscaba exaltar este producto de la economía del Valle del Cauca. Estuvo casado con Fanny Osorio de Lozano. Durante su presidencia en ASOCAÑA, esta agremiación recibió la personería jurídica ante el Gobierno Nacional en 1959, año de fundación oficial.

Jaime Lozano, ejerció la presidencia del Directorio Conservador del Valle, fue representante a la Cámara por cuatro periodos consecutivos y presidente de la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Representantes. Fue designado Personero Municipal, Consejero Municipal, diputado de la Asamblea, representante al Congreso y representante de la Junta Administradora de las Empresas Municipales de Tuluá.

En Cali, Jaime gozó de un caudal de amistades y prestigio político. De acuerdo a los registros de los periódicos, es el anfitrión de reuniones privadas y también se ve agasajado en “exquisitos almuerzos”, “elegantes banquetes”, reuniones con “distinguidas” personas de la ciudad o figuras públicas como secretarios de gobierno, diplomáticos, militares, capellanes y empresarios de la región, Jaime Lozano participó además en la Junta Departamental Taurina que consolidó el proyecto de construcción de la Plaza de Toros Cañaveralejo (Figuras 9 y 10), durante su mandato como Alcalde cedió los terrenos de “El Pailón 70” para la construcción de esta Plaza.

³⁵ La participación y apoyo de Miss América a la Junta pro-construcción se aborda en el apartado sobre “La dirección y visitas de la Junta”. En este apartado se señala las maneras en que las reinas de belleza dinamizan las iniciativas de la Junta para recaudar fondos para el Asilo San Isidro por medio de cócteles, fiestas privadas, desfiles de moda en los que confluían personas de la élite caleña de la época y por supuesto, quienes encabezaban la Junta Pro-construcción.



Figura 9. Cali celebrará la feria del azúcar en diciembre próximo

Nota. La publicación dice: El grupo de distinguidos hombres de empresa e iniciativa de la capital del Valle, que aparecen en la gráfica, han sido los abanderados de la Feria del Azúcar que ayer quedó, en reunión que se celebró en el Club San Fernando, decidida en sus bases esenciales: Plaza de Toros y realización de obras públicas urgentes. Están presentes, doña Evelyn de Caicedo, el Alcalde de Cali, coronel Andrés Medía Muñoz; el secretario de obras públicas teniente Fonseca; el doctor Eduardo Buenaventura Lalinde; don Joaquín Paz; don Alfonso Roa Caicedo; don Germán Tafur; don Jaime Lozano Henao, don Hernando Domínguez, el Dr. Ramiro Guerrero y don Gustavo Lloreda.

Fuente: Foto Mult. (2 de febrero de 1957). El País, p. 13. © Todos los derechos reservados.



Figura 10. Acción relámpago sobre la Plaza de Toros

Nota. La publicación dice: En el Club San Fernando, los doctores (de izquierda a derecha) Germán Tafur, Carlos Garcés Córdoba y Jaime Lozano Henao, discutieron la fórmula de desarrollar una acción “relámpago”, a fin de poder inaugurar en diciembre entrante la Plaza de Toros que se construye en esta ciudad. También se discutió respecto a la celebración de la Feria de la Caña.

Fuente: Foto Suárez. (27 de agosto de 1957). Relator, p. 1. © Todos los derechos reservados.

En uno de sus escritos publicados por la *Revista Club Colombia*, Jaime Lozano, expresa sus preocupaciones y opciones administrativas frente a las masivas olas migratorias en temas de fuerza eléctrica, provisión de aguas,

servicios telefónicos y la adjudicación de terrenos para la construcción de viviendas. En su texto, busca reflexionar sobre qué medios, qué recursos y qué dificultades será necesario combinar, aprovechar y vencer para afrontar el crecimiento de la población de Cali. Según él, aquellos que llegan “no podrán venir ni vivir del aire ni del paisaje ni mucho menos acomodarse en la superficie de que disponemos” (Lozano, 1956).

ASPECTOS RELEVANTES DE LA INFLUENCIA INTERPERSONAL EN LA RED DE LA JUNTA

Si bien este trabajo no explora las trayectorias de vida de todas las personas que participaron en la Junta, es posible identificar algunas características comunes entre las mencionadas. El primer aspecto relevante se relaciona con el reconocimiento de los medios escritos de la época a estos personajes. Más aún, su vocería era pública, respetada y valorada al destacar su participación voluntaria en eventos y/o proyectos filantrópicos.

La Figura 11 muestra los vínculos de las cuatro personas mencionadas (cuadros negros). En la red se destacan tres tipos de vínculos: singulares, duales y plurales. Los vínculos singulares se refieren a la participación particular o individual de estas personas en espacios relevantes en su trayectoria de vida y las iniciativas de liderazgo en la ciudad (cuadrados grises con líneas). Los vínculos duales se refieren a los espacios en común entre dos de las personas de la Junta (triángulos grises). Por último, los vínculos plurales se refieren a los espacios de encuentro donde las cuatro personas convergen (círculos con recuadros negros).

En la Figura 11 sobresalen los eventos privados, tales como almuerzos, meriendas o cócteles en residencias de estas personas, el Concejo Municipal, clubes sociales, tales como el Club Colombia, el Club San Fernando o el Hotel Aristi, la Cámara de Representantes y la figura de Consejeros Administrativos Municipales. Esta última, son a quienes se consultaba los programas para ayudar damnificados, resolver el tema de servicios públicos, vivienda popular y en general, iniciativas de la ciudad a nivel administrativo. Tanto los eventos privados, los clubes sociales y la Consejería Administrativa Municipal son espacios de sociabilidad donde los integrantes de la Junta buscaban conseguir fondos para el sostenimiento del asilo y posterior, hospital psiquiátrico.

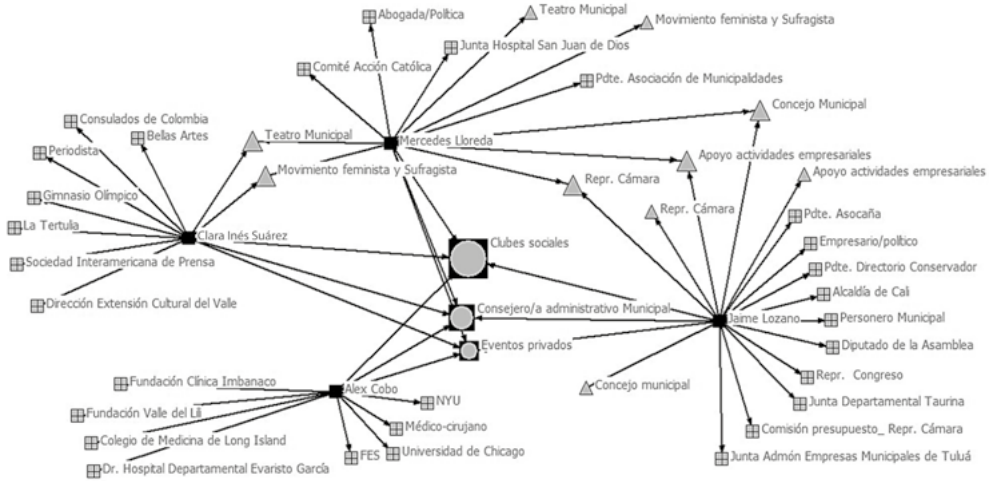


Figura 11. Vínculos y espacios de convergencia de los personajes de la Junta pro-construcción

Fuente: Adaptación propia

Los personajes de la Junta pertenecían a familias influyentes en la región que, desde la producción y acción privada, convergieron con el sector público para encaminar proyectos de modernización de la ciudad. De acuerdo con Rodríguez (2013) desde la década del cuarenta, frente a las demandas para organizar y controlar ciertas poblaciones de la ciudad, la administración municipal tiene una limitada acción en relación con los precarios recursos y personal capacitado para atender dichas demandas pues cuenta con una incipiente burocracia e institucionalidad. De modo que la red particular de interrelaciones configura una dirigencia que otorga importancia a las actividades filantrópicas con las que el “grupo social de élite asume el liderazgo respecto aquellos pobres y ‘desprotegidos’ para promover una idea de homogeneidad, civismo y solidaridad de la sociedad caleña” (Sáenz, 2012). Esta idea coincide con el análisis de Álvaro Camacho y Álvaro Guzmán (1990) al hablar de una *hegemonía filantrópica* por parte de sectores de élite, que contrastan la imagen de “ciudad armónica, pacífica y cívica” (p. 223) en contraposición a la pobreza, anomia y violencia en Cali.

En este sentido, las prácticas paternas enfatizaban el valor de la solidaridad, y al recurrir a esta noción aparecen nombres de empresas o instituciones de Estado ante las cuales estos personajes logran donaciones, pues encabezan familias o apellidos influyentes en la región. Esto terminaría convirtiendo el fomento de instancias del Estado alrededor del tema de la asistencia y la beneficencia.

El segundo aspecto se relaciona con la movilidad geográfica de quienes integran la Junta a la capital del país, Europa y Estados Unidos. Estos viajes eran insumo de sus opiniones respecto a proyectos de liderazgo local en temas políticos, económicos, educativos, sanitarios y científicos, que se convirtieron en consejos públicos dentro de la sociedad caleña.

El tercer aspecto respecto a los focos de interés y los tipos de comentarios públicos que hacen: planificación urbana, economía regional, servicios públicos, pobreza, mendicidad, política, educación y cultura. A modo de ejemplo, la Figura 12 muestra el tipo de relación con espacios políticos, culturales, empresariales y otros del campo médico, que tuvieron estas personas a lo largo de su trayectoria de vida. En la red predominan las relaciones políticas (círculos grises) y las relaciones culturales/cívicas (cuadrados grises). En las primeras sobresale un liderazgo político conservador, en las segundas, estos espacios culturales marcan una distinción entre unos sectores y otros; además facilita la reproducción de identidad de los grupos dominantes.

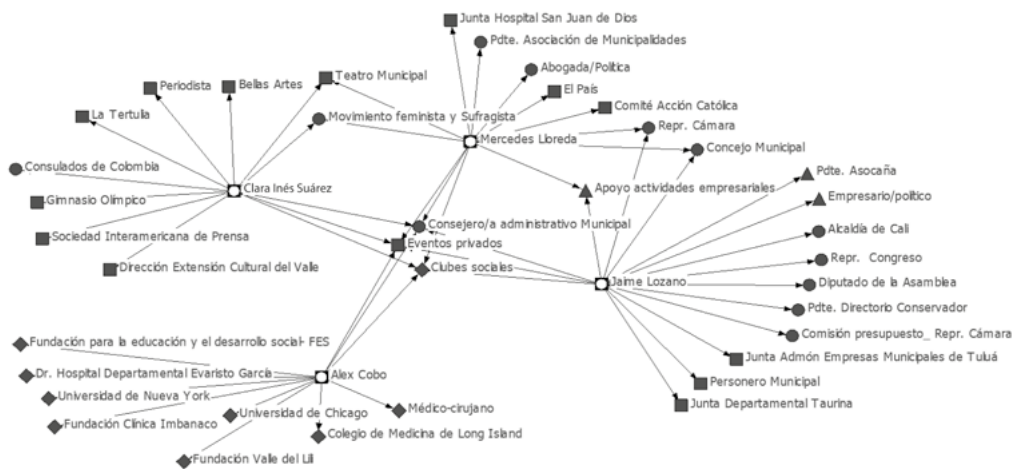


Figura 12. Naturaleza de las relaciones de los personajes de la Junta pro-construcción

Fuente: Adaptación propia

Conviene mencionar que estos grupos de élite “por las posiciones y la autoridad que gozan, construyen ideas y conceptos de ciudad que tienen impactos y eficacia en los grupos de opinión informativo, en las redes institucionales educativas, empresariales, gremiales para la construcción de ciudad” (Sáenz, 2012, p. 71). Al preocuparse por los problemas sociales estas personas construyen un “capital simbólico y social” (Bourdieu, 1996) en términos de redes, opinión pública, privilegios y *buenas* relaciones con el Estado.

El cuarto aspecto son las maneras en que ayudan. Por lo general, estas se daban a través del patrocinio de sectores empresariales o personas de alta posición económica, clubes privados y la gestión financiera frente la administración municipal, las secretarías departamentales y el gobierno nacional. En este sentido, las relaciones de influencia de estas personas no solo se rigen por su posición en el mercado sino también por la *organización estamental* (Weber, 1964).

Sin embargo, el caso de Mercedes Lloreda y Clara Inés Suárez se vio limitado por la legitimidad y restricción de la autoridad patriarcal en las redes institucionales y espacios burocráticos locales, tal como se evidencia en la limitación que tienen al aspirar a la alcaldía de la ciudad. De alguna manera, prevalecía un poder excluyente y patriarcal que vedaba a estas mujeres “de una manera no explícita el ejercicio de actividades significativas y que comparten poder” (Varcárcel, 1997, p. 96) aunque hicieran parte de las redes del poder del momento.

Por último, el quinto aspecto relevante son los “espacios sociales” (Bourdieu, 1996) donde están representados. Estos espacios demarcan una distinción anclada a distancias simbólicas de capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos que expresan una posición social y estilos de vida que marcan diferencias (Bourdieu, 1996). Por lo general, los espacios de encuentro de estos integrantes de la Junta configuran un orden y jerarquía en la ciudad: reuniones con diplomáticos extranjeros, sacerdotes y monjas, militares, presidentes de la república, funcionarios públicos, sectores empresariales e industriales, agremiaciones de periodistas, distinguidos profesionales y artistas locales o extranjeros.

De cualquier manera, la Junta reguló el asilo por iniciativa y designación del gobierno local, en esta convergieron funcionarios de Estado y formas de liderazgo cívico desde las élites locales que tejieron redes en nombre de la asistencia. De este modo, es posible identificar a lo largo de las trayectorias de vida de estas personas cómo eran reconocibles para el poder del Estado y empezaban a ocupar un lugar de influencia frente a la opinión pública, bien sea por sus saberes empresariales, políticos, profesionales o liderazgo cívico y honorífico.

LA JUNTA Y EL PERIODISMO LOCAL

El hecho de que varios miembros de la Junta tuvieran contacto directo con redactores, gerentes o directores de los principales medios de comunicación escritos del momento facilitó que sus actividades y propósitos se insertaran

en la agenda de noticias de estos. Además, aunque los medios representaban tendencias políticas liberales o conversadoras, mantenían una unidad respecto al particular oficio del periodismo. Por eso, los personajes de la Junta gozaban de una amplia gama de contactos y fundamentaron una red de interrelaciones y una “comunidad de intereses materializada en la dinámica social, económica y política de los llamados grupos de capital” (Collins, 1981, p. 153). En el caso de la prensa y la política en la ciudad, de acuerdo con Collins (1981), esta relación conforma una red de poder compuesta por la “interrelación de sus miembros con otros grupos económicos por medio de las posiciones en juntas directivas, acuerdos y contactos económicos y publicitarios” (p. 61).

Ahora bien, desde la perspectiva neoinstitucional, desarrollada ya en el primer capítulo, este apartado retoma las nociones sobre el incremento de la *carga de información en el campo* y el *desarrollo de conciencia de los participantes* que influyen en el cambio de la estructura y misión de una institución. Tal como lo plantean Meyer y Rowan (1999), las actividades organizadas de los actores “tienen un significado ritual: mantienen las apariencias y dan validez a una organización” (p. 96), creando así *mitos* que son cimentados por medio de la opinión pública. Además, se enfatiza en la importancia de los liderazgos de las *élites organizacionales* para adoptar procesos, que, en el caso de la Junta pro-hospital, sirven de guía para entender las redes de influencia que tejieron sus participantes y facilitaron la legitimidad y gestión de recursos ante las autoridades públicas y la sociedad caleña.

Con esta aclaración, se presenta en este apartado el rastreo de los casos alrededor de los “locos”, “dementes” o “enfermos mentales” publicados por los periódicos, a partir del proyecto institucional para la construcción de un sanatorio mental. Algunas de estas discusiones utilizan un lenguaje cargado de misterio y misticismo; otros enfatizan su relato en la custodia de la autoridad policial o jurídica; algunos más señalan compartimientos violentos, agresivos o furiosos; aquellos relacionados con la desventura y compasión hacia ellos; y ciertos otros, en relación a la disonancia que ellos generan en sus vecindarios e incluso en sus familias. Cada tipo de discurso no resulta excluyente entre sí, sin embargo, la tipología tan solo funciona para ilustrar un caso particular del discurso de la prensa³⁶.

³⁶ Cabe resaltar que este trabajo considera la perspectiva de Howard Becker y los outsiders del comportamiento “socialmente apropiado”, las diferentes acciones “correctas”, “equivocadas” y “prohibidas” (Becker, 1963, p. 21) en relación al incumplimiento de normas. Desde esta, el comportamiento socialmente apropiado aquí es regulado y sancionado por lo legítimo. Es decir, el outsider, infringe y rompe normas que otros les imponen y frente a este incumplimiento emergen sanciones.

Según el *Diario del Pacífico*, locos, dementes o enfermos mentales, forman en la época “un antiestético conjunto de miseria y atraso en las calles principales de la capital vallecaucana” (Locos, bobos y mendigos, invaden la ciudad de Cali, 1951). Sin embargo, algunos eran calificados de *desventurados*, al estar sometidos por quienes gozaban de razón “Lozada Caicedo, un modesto trabajador del servicio doméstico, atrasado mental, [...] tuvo la mala suerte de golpear un florero, lo que ocasionó una furibunda reacción de aquellos [sus patronos] [...] propinándole la más espectacular paliza del año” (Porque quebró un florero querían matar a un enfermo mental, 1951).

En 1953, *El País* narra lo acontecido con Georgina Correa, de 53 años de edad, a quien unos agentes de policía, al verla en la calle, la recogieron para llevarla a San Isidro “pues sus maneras eran las de una loca”. Según la prensa, aunque a este tipo de personajes siempre deba dárseles el trato más adecuado y considerado; ellos son enfermos mentales que viven en sociedad y se trata de “seres inferiores al fin y al cabo diferentes al normal [...] De ahí la necesidad de luchar a toda costa contra esta pésima costumbre, ya que representa un grave problema para la higiene mental” (Algunos muy interesantes aspectos de higiene mental, 1953).

Las denuncias a las oficinas de los diarios de la época alertaban sobre los “peligros” que ofrecen estos bobos o tontos que habitan en los barrios. El caso del “tonto Francisco”, quien “suele acercarse a las personas y golpearlas duro sobre las espaldas al menor descuido” (El loco por la pena es cuerdo, 1952). En las noticias también se destaca la figura del *bobo del pueblo*, que por lo general, es “perseguido por los niños del pueblo quienes lo insultan en todos los términos y hasta le pegan” (El loco por la pena es cuerdo, 1952).

El discurso modernizador ante estas situaciones es registrado por los periódicos. En 1954, aconteció el Segundo Congreso de Neuropsiquiatría y Medicina Forense en Medellín, ante este, *El País* publica una columna de opinión que relaciona el consumo de alcohol, marihuana y la locura en la que el autor de la columna, “refiriéndose a los manicomios, pidió al gobierno la modernización de los pocos existentes y construcción de nuevos para dar albergue a los desamparados por la razón, pues considera que sin verdaderos Frenocomios no se podrá combatir eficazmente la enfermedad” (Guzmán, 1954).

El consumo de marihuana es también una práctica asociada a la locura de acuerdo con las noticias de los periódicos consultados. El caso de Manuel Millán, “agregando a su desquiciamiento cerebral una buena dosis de marihuana [...] extendió sus brazos al aire, impidiendo con su cuerpo que los coches siguieran por su calzada”, ante los hechos llegó un carro de

presiones, “vehículo en el que los condujeron hasta el permanente” (Locos, bobos y mendigos, invaden la ciudad de Cali , 1951). De igual forma, en el caso de “Margarita la loca”, *El País* registra que esta mujer:

Bajo los efectos de la marihuana, había estado [...] en una cantina [luego] pasó a una funeraria, donde [admiró] varios ataúdes. Al salir de la funeraria vio el tractor que avanzaba por la calle y [...] se arrojó a su paso. (Se lanza al paso de un tractor en Palmira Margarita La Loca, 1954).

En 1957, *El País*, informa que un “alucinado” de 19 años arrebató la espada de la estatua de Simón Bolívar en el paseo de su nombre. Según el relato, “un Cabo del ‘Batallón Pichincha’ se dio a su persecución y lo detuvo” (Un demente le arrebató ayer la espada de Simón Bolívar, 1957). La noticia narra que el sujeto fue detenido en los calabozos del Servicio de Inteligencia Colombiana (SIC) y luego permaneció a órdenes de la sección penal de la alcaldía. En este último lugar, es sometido a un examen de los médicos legalistas de Cali “pues las autoridades no descartan la posibilidad de que el profano pueda ser un marihuanero en lugar de un alienado habitual. Las autoridades encerraron con todas las seguridades en un calabozo al desconocido audaz” (Un demente le arrebató ayer la espada de Simón Bolívar, 1957).

Por otro lado, la intervención de autoridades jurídicas también es recurrente. En ciertos casos, los enfermos mentales están involucrados en asesinatos. En el caso de Pedro Quintero, *El País* informa que este hombre “dio muerte a su legítima esposa, Teresa Ibarra de Quintero de 28 años de edad” (Dentro de un colegio de señoritas un “loco” mato a puñal a su esposa, 1955) (Figura 13). En el seguimiento posterior que hace *El País* a este mismo caso publican que el hombre es llamado a juicio criminal y que, además, este es un *paranoico* que cometió el asesinato en “estado delirante obsesionado por la infidelidad de su esposa”. La noticia narra que el sujeto “se dedicó a abundantes libaciones alcohólicas, en presencia de una obsesión infundada, y luego degeneró en la demencia”. Otro de los aspectos que mencionan es que el hombre ha estado “recluido por tres ocasiones diversas en el Asilo San Isidro” (Residenciado en juicio criminal el paranoico que mató a su esposa, 1956).

Otra de las figuras recurrentes son los *locos furiosos*, a quienes se les acreditaba una fuerza descomunal y una agresividad sin límites. El periódico *Relator* denuncia la acción de dos personajes que “furiosos atacaron a piedra la casa de habitación de doña Jesusita Zorrilla”. La noticia registra que, “numerosas familias, ante el tremendo escándalo, llamaron telefóni-

camente al cuartel de la policía que con prontitud envió un radio patrulla”. La preocupación planteada por esta noticia expone que, dichos personajes constituyen una “permanente amenaza para el denso núcleo social” (Dos locos furiosos asaltaron una casa, 1955).



Figura 13. Loco mató a puñal a su esposa

Fuente: Foto Delgado (19 de enero de 1955). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.

El País publica como titular que *Una loca le dio una cuchillada en el abdomen a un trabajador, en Juanchito*. En la noticia se lee que el herido, Rafael Antonio Chica, informa que la mujer “lo atacó con gran fiereza con un cuchillo en la mano derecha, que si no hubiera sido por la ligereza de sus piernas para huir, habría sido víctima de la enfurecida loca, a quien costó lucha detener” (Una loca furiosa le dio cuchillo a un trabajador en Juanchito ayer, 1954). La denuncia pública de la prensa, en este caso del diario *Relator*, frente a este tipo de situaciones hace un llamado para que “la autoridad ponga remedio o en la casa del tonto se le impide andar suelto” (José María Rodríguez condenado como enfermo mental, 1953). Es decir, la responsabilidad de cuidado y contención se relega en la autoridad (policial y/o judicial) pero también en la familia.

En el primer caso, tanto las autoridades policiales como judiciales son claves para contener o judicializar algún desviado mental. Por ejemplo, en el caso de Jorge Enrique Ortiz, señalado como único culpable del choque de dos locomotoras, [estaba] detenido en el cuartel de policía ferrocarrilera. Pero, tal como narra *Relator* “[él] ha perdido la razón, no hay causa para que se le tenga detenido por más tiempo”. Por ello, sugieren al final de la noticia que “si quieren hacerle el servicio, que lo envíen al sanatorio de Pasto o al de Sibaté” (José María Rodríguez condenado como enfermo mental, 1953).

En el segundo caso, también reseñado en *Relator*, la familia también presenta denuncias a la prensa porque alguno de sus familiares lo califican de sufrir desviación mental. En este caso reportan que uno de sus familiares le “dio garrotazos por el estado en que se encuentra [desviación mental], ocasionándole graves heridas en el cuerpo, que le obligaron trasladarse al hospital, para recibir las curaciones médicas de urgencia” (Recibe garrotazos de un hermano loco en su casa, 1953).

La participación de la familia no se reduce a la presentación de denuncias ante la presa local, sino que se convierte en una importante red de apoyo de aquellas personas que sufrían enfermedades mentales en la época. En la sección de peticiones a “Nuestra Señora de Fátima” de *El País*, una señora relata que una hija suya sufrió de locura maníaco depresiva y que le pidió a Nuestra Señora de Fátima curarla, la cual “curó de su enfermedad sin haberse sometido a ningún tratamiento de los que acostumbra en tales casos” pues puso su “esperanza y mi fe en el poder inefable del Corazón Inmaculado de María y no fui desatendida por la Santa Madre de Dios” (Enfermedad mental es curada por favor de nuestra señora, 1955).

Por otro lado, la gestión de la Junta dio a conocer por medio de crónicas, noticias, columnas, reseñas especiales, fotografías y entrevistas algunas de las situaciones del asilo/hospital través de los diferentes medios impresos de la ciudad como el *Diario del Pacífico*, *Relator* y *El País*.

De acuerdo al *Diario del Pacífico*, en 1952 San Isidro alberga 146 personas y está a cargo 15 hermanas de la caridad y 2 enfermeros. La cifra de los asilados registrada por *Relator* en 1953, indica que “los enfermos recluidos allí sobrepasan los 150; con el personal religioso y el de servicio, en general se aproxima a 200”. Según esta noticia, a la entrada del asilo se lee “no recibimos más enfermos porque no hay dónde acomodar uno solo” (Urge la construcción de pabellones en San Isidro, 1953). El diario *El País* en una de sus crónicas del asilo registra que “hay 205 personas en 1956; 123 mujeres y 82 hombres, entre ellos 60 asilados duermen en el suelo y otros 30 permanecen en celdas antihigiénicas estrechas, apenas para animales” (Suárez de Zawadzki, 1956). En 1961, con la inauguración del nuevo edificio del hospital, *El País* registra que “son atendidos 220 enfermos mentales” (Buena labor social cumple en Cali desde 1884 las Hermanas de la Caridad, 1961).

La proliferación de focos antihigiénicos a nivel interno y externo del asilo era una de las principales fuentes de alarma de las encargadas del lugar. El *Diario del Pacífico* publica una crónica sobre los alrededores del asilo y describe que en estos “habitan los animales enfermos que sus dueños arrojan a las calles” (Arrojan basuras al pie de San Isidro, 1952). El

asilos no solo está en la periferia de la ciudad, sino que es tratado como un lugar de desechos pues las reverendas hermanas que regentaban el asilo:

Han luchado inútilmente contra los vecinos ociosos del lugar, que descargan basuras y aguas negras precisamente frente al edificio [...] la existencia de tal foco ha despertado una epidemia tifoidea [...] por el cual hay varias víctimas postradas por la enfermedad. (Arrojan basuras al pie de San Isidro, 1952)

En repetidas ocasiones, las hermanas tienen que lidiar con una diversidad de enfermedades que afectan a los internos de unos de los “pabellones para enfermos infecto-contagiosos que fueron construidos de bareque internamente para aislar los pacientes de viruela en la época de las inundaciones” tal como lo relata el *Diario del Pacífico* (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952). Otras de las situaciones que ellas debían afrontar eran las intoxicaciones por la falta de agua potable y la variedad de infecciones que esto producía. El *Diario del Pacífico*, denuncia, por ejemplo, la desaparición de un molino de viento que abastecía de agua al asilo e “iba con destino a la cocina, para el lavado de la vajilla del peltre y para usos domésticos” (Y ¿quién se llevó el molino de viento del sanatorio de San Isidro?, 1952).

Sobre las personas del asilo, el *Diario del Pacífico* señala que el carácter terco y las prácticas rudimentarias de los asilados hacen parecer que “estos ‘alienados’ no se cuidan, y cuando tienen sed toman agua que hay recogida en los patios en unos pequeños pozos”. Según la crónica “las hermanas están permanentemente amenazadas por los enfermos hombres que los hay de las peores clases, pues ahí son recludos los toxicómanos y degenerados enloquecidos sexuales” (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952).

En 1956, *El País* detallaba que en el asilo “hay exquisofrénicos (*sic*) revueltos con paranoicos, con enyerbados, con marihuanos, con degenerados sífilicos” quienes se dedicaban a “reírse, estarse callados, tirarse el cabello, hacer muecas [...] o algo peculiar de sus dolencias mentales” (Suárez de Zawadzki, 1956).

En 1952, *Diario del Pacífico* describe que este asilo es “casa de dolor y miseria humanos” (Y ¿quién se llevó el molino de viento del sanatorio de San Isidro?, 1952) hay “gentes pobres en extremo y que viven de los auxilios oficiales lo mismo que de la caridad pública, cuando alguien se manifiesta generoso” (Los alienados de San Isidro se van a vestir de aviadores en breve, 1952). Uno de los auxilios que destacan en su crónica es una donación de trajes de pilotos de las Fuerzas Aéreas Colombianas (FAC) para todas las personas del asilo. La nota cuenta que “la Base Aérea envía al

asilo docenas de uniformes viejos para que los alienados se cubrieran” (Los alienados de San Isidro se van a vestir de aviadores en breve, 1952).

En el diario *El Tiempo* se reseña que durante el discurso de Inauguración del Hospital Psiquiátrico en 1961, Alex Cobo, médico cirujano director del Asilo San Isidro, describe que, en la década de los años cincuenta, en este lugar parecían que estuvieran reclusos los más desamparados desechos humanos que nuestra sociedad, por temor o por asco, no quería tolerar en su seno y que, además, era preciso “colocar a los enfermos agitados o peligrosos en celdas o calabozos; y cuando éstos eran insulino dependientes, sujetarlos con grillos y cadenas fijos al piso de cemento en los patios, donde permanecían a sol y lluvia” (Discurso Inaugural por el Dr. Alex Cobo Ashroaui, 1961).

Con esta descripción, Alex Cobo da cuenta de preocupantes condiciones en las que se encuentra el asilo en esa década. Ante situaciones como esta, la prensa informa y denuncia las condiciones del asilo por sus ajados y elementales corrales (Figura 14) y además por los focos insalubres que lo rodean. Según el *Diario El Pacífico* el Asilo tiene por vecino al Coso Municipal, “un muladar antigénico y [...] semillero de mosquitos [...]. [Pues] en los corredores, en el ‘comedor’, por todas partes las moscas se instalan y hacen insoportable la vida de los enfermos y a quienes lo cuidan” (Misericordia, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952).



Figura 14. Corral cercado con alambre de púas en el Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Uno de los corrales cercados con alambre de púas, en donde llevan a los enfermos de San Isidro, en la capital del Valle. Fuente: Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.

A nivel interno, de acuerdo a una de las crónicas del *Diario del Pacífico* en 1952, las celdas:

...carecen de todo servicio higiénico y son oscuras y estrechas [...] con puertas de acero y tres paredes negras de cemento en un espacio de un metro cuadrado les sirve de cárcel a los pobres alienados cuya conducta les impide estar libres en el patio. (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952)

Además, en las “celdas no se pueden colocar colchones porque los enfermos los desbaratan y se han tenido que recurrir al sistema de ‘costales’ de cabuya que aun cuando son más inhóspitos, conservan el calor y son difíciles de inutilizar” (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952).

El techo del asilo estaba compuesto por sencillas ramas de guaguas y zinc. En temporadas de intensas lluvias, menciona Relator se presentaban filtraciones en los dormitorios y estos “se convierten en perfectos lodazales por el mal estado de los techos. Los enfermos, en sus diferentes estados, tienen que vivir en común por la falta de salones” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Los pasillos del asilo comparten, de igual forma, unas precarias condiciones. En la Figura 15, publicada en *Relator* aparecen “recostadas en uno de los corredores del establecimiento algunas enfermas [...] en pleno suelo” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954).



Figura 15. Mujeres en corredor del Asilo San Isidro

Fuente: (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 7. © Todos los derechos reservados.

El dispensario, la cocina, el comedor, las ollas, los vasos, los baldes y las vasijas para alimentar a los enfermos eran espacios y utensilios golpeados por el paso de los años, la humedad y el óxido (Figura 16). El tono de las noticias sobre el asilo enfatiza en la miseria y la pobreza de las personas recluidas y del lugar. Por otra parte, en el comedor se dispone el encuentro comunitario, donde los asilados se amontonan en las bancas para recibir la ración diaria de alimentos en rústicas vasijas (Figura 17). En 1953, *Relator*

informa que tan solo en ese año “se están fundiendo en concreto algunas mesas, pues la mayoría de enfermos tenía que comer en el suelo” (Urge la construcción de pabellones en San Isidro, 1953).



Figura 16. Vajilla del Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Alguien diría que esta vasija es una de una clínica de perros. Pero la realidad es otra. Es la vajilla del asilo San Isidro, en donde hombres y mujeres, apiñados en sus respectivos pabellones, viven en la miseria y sometidos a las más ruinosas condiciones. Fuente: Foto Mult. (17 de enero de 1952). Diario del Pacífico, pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.



Figura 17. Comedor del Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: El comedor para estos enfermos mentales es un cuadro miserable. En paupérrimas vasijas toman alimento estos infelices, acumulados en bancas colectivas como los condenados a prisión perpetua. Fuente: Foto Mult. (17 de enero de 1952). Diario del Pacífico, pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.

Otro de los espacios de encuentro comunitario era el patio, mencionado por las crónicas de los periódicos por dos aspectos. Uno relacionado con las actividades que se realizan o no en el patio y otro relacionado con las cadenas fundidas en concreto para apresar algunas personas.

Según el *Diario del Pacífico* la reverenda Sor Magdalena, quien era la encargada del asilo en los primeros años de la década del cincuenta,

Utiliza a los enfermos en los trabajos de la casa. Si son hombres los dedica a que arreglen el jardín y hagan la limpieza de los patios. Si son mujeres, las lleva a la cocina, a la monografía (*sic*) y en el caso de saber coser, pues las lleva a la modistería. (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952)

Sin embargo, *El País* a diferencia del *Diario del Pacífico* denuncia a través de una crónica que los internos del asilo “viven sentados”, pues según su descripción “el Asilo no tiene como ocupar a sus asilados pues allí tampoco hay laborterapia. Tanto hombres como mujeres viven sentados a su manera en rústicas bancas de madera o sobre cualquier cosa, sin hacer nada” (Suárez de Zawadzki, 1956).

En una de las crónicas sobre el asilo publicada por *Relator* en 1954, es motivo de denuncia las condiciones en las que permanecían las personas en el patio. Frente a la Figura 18, se preguntan “¿Por qué está mujer tiene que permanecer atada a la banca con una insoportable cadena? (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Otra de las medidas frente a los asilados agresivos, violentos o aquellos que intentaban fugarse es el encierro en pequeñas celdas (Figura 19).



Figura 18. Mujeres en banca del patio en el Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: [...] El único oficio, la única Laborterapia de los pacientes: trenzarles los cabellos a las otras. Una anciana trenza al fondo con una extraordinaria devoción. Las gráficas apenas captan un poco el dramatismo que se vive en el citado asilo caleño, en el cual doscientos y más enfermos de ambos sexos viven una vida sin esperanza de curación... ni de nada. Fuente: Foto Mult. (6 de julio de 1956). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.

De acuerdo a la crónica de *Relator*, en el asilo cada dos o tres metros se encontraba una cadena para atar “locos menos peligrosos pero que no pueden andar en libertad. Esta cadena se ata a los pies desnudos y cualquier acto violento de quien la lleva” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Esta situación es motivo de alarma para el diario *El País*,

pues en 1956 denuncian que “al ‘Asilo San Isidro’ no ha llegado la ciencia psiquiatra con todos sus sistemas para tratar los desventurados, que, por una u otra causa, perdieron la razón” (Suárez de Zawadzki, 1956).



Figura 19. Mujer en celda

Nota. La publicación dice: En el centro de la gráfica la tremenda celda, peor que la de cualquier inmunda prisión, en donde apenas cabe una persona y allí mismo debe cumplir sus necesidades fisiológicas [...]. Fuente: Foto Mult, (6 de julio de 1956). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.

Según la crónica de *Relator* “este suplicio innecesario no ha podido ser suprimido” y señalan además que “las tapias del edificio no ofrecen ninguna seguridad y un tormento suple aquí la falta de unos metros de ladrillo” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Pese a que algunas personas eran encadenados bajo la sospecha de intento de fuga, en el Asilo San Isidro se presentaban algunas fugas. En 1955, tanto *Relator* como *El País*, informan que dos personas del asilo son halladas por las autoridades de policía.

En 1955, *Relator* informa sobre una fuga en la que dos *ciudadanos dementes* son encontrados dentro de una choza abandonada. Según el titular, se sabe que los mencionados “dementes se fugaron de San Isidro [...] estos dementes durante todo este tiempo vagaron por las lomas de la ciudad, sin probar bocado alguno. Su estado es delicado por cuanto su organismo se encuentra agotado por la inanición” (Dos dementes que se fugaron, son hallados, 1955). Uno de los reporteros gráficos de *El País* registra el estado en que fueron encontradas estos dos hombres por las autoridades de policía y un grupo de jóvenes curiosos (Figura 20).

Por último, cabe destacar entre los lugares emblemáticos del asilo, la alberca. Sobre esta, Sor Celia Delgado, hermana de la caridad que trabajó en el asilo y en el hospital, recuerda que había “una piscinita, pero sin peligro y cuando llegaba alguno de ellos, [...] siempre se recomendaba [...] que les

llevaran una mudita de ropa, porque a ellos los tirábamos [ahí], pero en la piscinita había un enfermero o enfermera por si algo (Sor Celia Inés Delgado, comunicación personal, 2017).



Figura 20. Dos dementes se fugaron

Nota. La publicación dice: La gráfica muestra a los dementes Leónidas Argos y Alfonso Guerrero en las posiciones en que fueron encontrados por las autoridades de Policía en un paraje solitario de la carrera 14 con calle 2da en las horas de la mañana de ayer. El aliento Argos, se fugó hace algunos días del Asilo San Isidro, en el cual estaba recluso. Entre ambos dementes, se dedicaron a libraciones agobiantes por el licor. En un estado de semiinconsciencia, se quedaron, el uno junto al otro, dominados por el tóxico y fueron víctimas de una tremenda insolación. Los cuerpos de los dementes aparecen íntegramente desolados, pues estuvieron a la intemperie por varias horas en trajes de Adán. Luego fueron conducidos nuevamente al Asilo San Isidro por el inspector Pedro Lerma y su secretario, Alejandro Valencia, de la permanencia Sur, en el carro de la oficina. Fuente: Foto Delgado (29 de mayo de 1955). *El País*, p. 12. © Todos los derechos reservados.

Por el contrario, de acuerdo a una crónica de *El País*, esta alberca tiene características negativas: “es profunda, hedionda, de aguas negras, en donde son sumergidos los loquitos furiosos por los guardianes del establecimiento. La alberca de cemento sirve para bañarse los asilados así sea que no estén en su luna” (Suárez de Zawadzki, 1956) (Figura 21).

El periódico *Relator* era el principal medio de difusión escrito al que recurre la Junta para comunicarse con sociedad caleña. A través de este periódico, Clara Inés Suárez de Zawadzki aludía al asilo y a la Junta en sus columnas de opinión. En estas, planteaba, denunciaba y discutía las precarias condiciones del asilo e invitaba a la ciudadanía a participar y comprometerse con esta transformación por medio de la asistencia a eventos sociales en favor de la recolección de fondos para el asilo.

En 1954, a través de una de sus columnas: *Ballet por Clara Inés*, ella expone que la Junta se creó con el fin de “mejorar las condiciones del lugar [Asilo San Isidro], mientras se hacían o forjaban proyectos para la construcción de un verdadero y moderno sanatorio para enfermos mentales” (Suárez

de Zawadzki, 1954a). Ella destaca la labor de Alex Cobo, pues él “presta en compañía de otros médicos servicios gratuitos en el Asilo para locos de San Isidro” (Suárez de Zawadzki, 1954a) y explica que además que él logró interesar a un grupo de personas que participan *ad-honorem* en la Junta.



Figura 21. Alberca del Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: [...] dramáticos aspectos de la manera cómo viven los pobres pacientes del “Asilo San Isidro” de Cali. A la izquierda la “terrible” alberca, de aguas negras en donde los alienados lunáticos son bañados para que les pase la “bravura”. Al fondo de la poceta puede distinguirse al “jefe” y a otros enfermos. [...]. Fuente: Foto Mult. (6 de julio de 1956). El País, p. 3.

© Todos los derechos reservados.

En su columna, Clara Inés expone la importancia que tiene la asesoría y gestión de la Junta para transformar este asilo. Expresa al público lector que “es bueno que se sepa que el presupuesto actual de que el asilo, por pequeño que parezca, fue logrado merced a gestiones de la Junta” (Suárez de Zawadzki, 1954a). Argumenta que la antigua casona no puede modificarse. Para ella, si solo se presta la labor de las religiosas no pueden cambiarse radicalmente las condiciones del asilo. De ahí la importancia de las labores de la Junta:

Sor Magdalena y sus compañeras lo saben bien; saben que la Junta se ha ocupado hasta donde es posible en la solución inmediata y rápida de todos los problemas que ellas afrontan con tanta valentía y abnegación. Pero no se puede hacer milagros. (Suárez de Zawadzki, 1954b)

La página editorial de *Relator*, se refiere también a las precarias condiciones del asilo y distinguen la labor de la Junta al comentar que en “el Asilo de San Isidro [...] se aplicó antes el criterio antiguo de la violencia, de la represión brutal, de la cadena de encierro para las víctimas de la locura” pero médicos especializados y personas interesadas en resolver el problema

han contribuido con “humanizar esos sistemas, con fervor de apóstol y científico” (Suárez de Zawadzki, 1954b).

Durante 1955, Clara Inés menciona en sus columnas al menos siete grandes eventos organizados por la Junta para las adecuaciones de San Isidro. Entre estos eventos está “un encuentro de las mujeres más simpáticas de Cali” (Suárez de Zawadzki, 1954b) en la que participa la reina de belleza nacional de ese año. En el encuentro se exhiben trajes elegantes usados por reconocidas mujeres de la época que concursan en el desfile. En los desfiles participaban también reinas de barrios, una de estas fiestas de coronación es patrocinada por el *Diario del Pacífico* y la Junta organiza un programa para la coronación de la reina de los barrios. Clara Inés destaca las donaciones de empresas para este tipo de desfiles. Su invitación al desfile dice:

Los trajes de la reina y de sus demás se confeccionan con telas obsequiadas por la fábrica de textiles El Cedro [a la Junta]. Dirá el discurso de coronación Jaime Lozano, y habrá además de esta intervención elocuente, selectos bailes, cantos y danzas. (Suárez de Zawadzki, 1954b)

Otro de los eventos destacados por Clara Inés es un desfile con estrellas mexicanas en el Club Colombia y en el Gimnasio cubierto de la ciudad (Figura 22). Según sus columnas, se espera que las presentaciones sean para dos tipos de público. El primero se proyecta en el Club Colombia, que ha cedido el 50% de los productos de la entrada al desfile. Mientras el otro desfile con el mismo porcentaje de donación, se hará en el Gimnasio cubierto y tendrá “precios populares [que] permitirá la asistencia del gran público amante de estos atractivos espectáculos” (Suárez de Zawadzki, 1955).



Figura 22. Anuncio-invitación al desfile mexicano

Fuente: (13 de junio de 1955). Relator, p. 10. © Todos los derechos reservados.

La asistencia a este desfile en el Club Colombia es registrada por *Relator*, en la que señalan el encuentro de invitados al desfile de modas que donará las utilidades a beneficio del Asilo San Isidro (Figura 23).



Figura 23. Invitados al desfile de modas a beneficio del Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Nuestro repórter gráfico de Press captó esta maravillosa foto, en la que aparecen algunos de los asistentes al baile del sábado en la noche en el Club Colombia, con motivo del desfile de modas efectuado en este elegante centro social a beneficio del Asilo de San Isidro. Julio García y su orquesta amenizaron esta magnífica reunión, en la que todos los asistentes pasaron horas agradabilísimos y contribuyeron en forma muy maravillosa para que la construcción de esta casa de beneficencia se realice en tiempo muy breve. Fuente: (21 de febrero de 1955). *Relator*, p. 8.

© Todos los derechos reservados.

A pesar de estas diversas iniciativas, en algunos eventos, las proyecciones de asistencia y de recolección de fondos concluyen con mínimos recaudos. Días después a la presentación de los desfiles, Clara Inés opina sobre la exhibición del Club Colombia que los fondos correspondientes a la beneficencia se vieron disminuidos porque “la junta directiva del distinguido centro social rebajó el precio de las cuotas de entrada para socios, lo que como era lógico, disminuyó el caudal para San Isidro”. Frente al desfile en Gimnasio cubierto ella opina que el *desastre fue aún mayor* porque “el resultado fue un público exiguo casi invisible, en la amplitud del gimnasio” (Suárez de Zawadzki, 1955). En medio de estas dificultades económicas, Clara Inés invitó, en reiteradas oportunidades, a otros eventos organizados por la Junta. Por ejemplo, campeonatos de golf en los que se garantice que la cuota de inscripción será destinada a San Isidro. En la invitación ella informa que “la inscripción, o sea la cuota destinada a San Isidro, es de cinco pesos” (Suárez de Zawadzki, 1955).

Si bien en el periódico *Relator* la Junta tiene más protagonismo, tanto el *Diario del Pacífico* como *El País* reconocen el liderazgo de estas mujeres en el sostenimiento del asilo. Uno de los aspectos a destacar del protagonismo de los miembros de la Junta se relaciona con el hecho de que estos cuenten con el prestigio suficiente de ser invitados por empresas de la ciudad para promocionar su nombre a través de diferentes actividades.

En 1955, *El País* registra una rifa de *Avena Quaker* a cargo de tres miembros de la Junta. De acuerdo al reporte gráfico, la rifa se efectúa en las oficinas del Alcalde de la ciudad en compañía de algunas mujeres de la Junta, el gerente de la propaganda *Época* y funcionarios de Quaker (Figura 24). En el sorteo se premian cartas dirigidas a Avena Quaker en relación con el producto (Suárez de Zawadzki, 1955).



Figura 24. “Un éxito la rifa de Avena Quaker” a cargo de miembros de la Junta del Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Ayer en el despacho del Alcalde de Cali, se efectuó la rifa del famoso concurso “Avena Quaker”, de la Junta Directiva del Asilo San Isidro. En la gráfica aparecen doña Mercedes Lloreda de Garcés en el momento de sacar las fichas premiadas del recipiente sostenido por el Alcalde. Presencian el acto doña Clemencia Fajardo y el gerente del Propaganda *Época* y funcionarios de Quaker. Fuente: Foto Delgado. (26 de febrero de 1953). *El País*, p. 8. © Todos los derechos reservados.

Por último, es importante mencionar que, como consecuencia de las acciones y redes de la Junta pro-construcción, se difundió ante la sociedad caleña de la época una necesidad por anudar esfuerzos para la construcción del hospital psiquiátrico, gracias a dos situaciones, principalmente. La primera, relacionada con la *carga de información* en diversos medios de comunicación y espacios de incidencia política para legitimar sus acciones (por ejemplo, entrega de radio, rifas públicas, foto-reportajes, etc.). La segunda, relacionada con el desarrollo de consciencia de los actores involucrados para alcanzar sus objetivos, esto se evidencia, por ejemplo, en la serie de actividades que desplegaban los integrantes de la Junta para incidir en la opinión pública caleña en temas de asistencia e intervención hacia aquellas personas recluidas en el asilo.

LA JUNTA, SU DIRECCIÓN Y SUS VISITAS PÚBLICAS AL ASILO SAN ISIDRO

En 1953, según *Relator*, los recursos económicos del asilo totalizaban unas entradas de \$5.500 provenientes de la Lotería del Valle y del Municipio. De este presupuesto \$1.000 se destinaban al pago del personal, por ello el presupuesto era muy precario para cubrir “necesidades elementales como la alimentación de los enfermos en términos de calidad y cantidad porque los auxilios no lo permiten” (Urge la construcción de pabellones en San Isidro, 1953). En 1954, la página editorial de *Relator* se lee sobre los fondos que “San Isidro ha contado siempre con recursos indigentes para sostenerse y desde luego con carencia de elementos modernos y técnicos para tratamientos, que han tenido que suplir las hermanas a base de bondad” (Suárez de Zawadzki, 1954b).

Ante estas situaciones y con la confluencia de nuevos asilados, además de sus requerimientos médicos, algunos miembros de la Junta invitan a importantes personajes de la política departamental y local de la época para comprometerlos con la transformación del asilo. Las visitas eran acompañadas y preparadas por la Junta pro-construcción y por las hermanas de la caridad quienes, disponen al asilo con un cronograma de actividades para recibir visitas (Figura 25). Incluso, según informa el *Diario del Pacífico*, en uno de sus corredores ellas construyeron una pequeña salita de recibo “siquiera para que los de la Junta tengan donde sentarse cuando vengan” (Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro, 1952).



Figura 25. Mercedes Lloreda y Hermana de la caridad en el Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Doña Mercedes Lloreda de Garcés, la esclarecida dama que se ha constituido en la abanderada reconstrucción y modernización del Asilo San Isidro, recorre el tétrico edificio con una hermanita de la caridad. Obsérvese al fondo y sobre el muro, los vidrios y las alambradas que impiden la fuga de los alienados. Fuente: Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*. p. 3, 17. © Todos los derechos reservados.

Eran diversos los actos orientados al beneficio del asilo. Con esa justificación, miembros de la junta acudían a celebridades para recolectar fondos a favor del asilo, pues este no contaba con suficientes fondos para su sostenimiento.

En 1952 *Relator* señala que, entre los personajes invitados se encontraban las reinas de belleza colombiana, Leonor Navia Orejuela y Doris Caldas quienes, “en compañía de las reverendas religiosas del Asilo San Isidro, repartían regalos a los enfermos y fue objeto de muchos aplausos, vítores y cantos por parte de los recluidos que tuvieron un momento de alegría con la presencia de la bella soberana” (Leonor fue al Asilo San Isidro a llevar regalos a los alienados, 1952). Con las visitas y apoyo de las reinas, se profundiza así el carácter benéfico de los concursos de belleza y la capacidad de convocatoria que tenían estos para movilizar recursos (Figura 26). Cabe resaltar, de acuerdo con Bolívar et al. (2002), que las reinas comparten “valores, virtudes, aspiraciones y rasgos de distinción”, en los que se escenifica y refina los mecanismos de diferenciación social de la élite. En la reina convergen preocupaciones, se establecen “jerarquías y hábitos de distinción que producen una narración de la diferenciación social” (p. 49).



Figura 26. “Alegría en el Asilo San Isidro”, reina de belleza de Colombia entrega radio al Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Leonor, reina de belleza de Colombia, acompañada del párroco de San Fernando, Presbítero Bernardo García, entregaron al Asilo de San Isidro un excelente radio obsequiado por don Hernando Recio, a nombre de su pequeño hijo Juan Gabriel. En el acto de entrega estuvieron presentes además de la soberana, el donante y las hermanas del asilo (que aparecen en la gráfica), doña Elsa Navia Orejuela, doña Mercedes Lloreda de Garcés, doña Clara Inés de Zawadzki, doña Clemencia Fajardo, doctores Alex Cobo, Mauricio Mejía, don Jaime Lozano Henao y don Alberto Acosta. Fuente: Foto Mult (11 de febrero de 1952). *Relator*. p. 1. © Todos los derechos reservados.

En las reinas también recaen los actos de bondad. Por ejemplo, Leonor Navia en su visita hace “entrega de uno de los obsequios a una pobre enferma mental que además de su dolencia, está reducida al lecho víctima de otra enfermedad” (Leonor fue al Asilo San Isidro a llevar regalos a los alienados, 1952), no solo se movilizan recursos sino símbolos característicos de estas mujeres.

En 1952, la visita de la reina de Colombia no solo movilizó la atención de medios, sino que también gestionó ayudas de particulares. *Relator*, por ejemplo, registra la entrega de una radio que había sido pedido a la reina durante su visita con la Junta pro-asilo. Durante la entrega estaban presentes, el párroco, las monjas, la reina, los miembros de la Junta, el donante de la radio y su hijo (Figura 27). Este tipo de acontecimientos, eran también comentados por Clara Inés Suárez en su columna *Reflector Social*, en la que describe la euforia vivida en el asilo: “las locas llenas de felicidad, lanzaban vivas a la Reina y sus acompañantes” (Suárez de Zawadzki, 1952).



Figura 27. Recital el Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: ‘Lo que más nos hace falta es una radio’ le dijo la enferma que está de espaldas a la reina Leonor (...) Acompañan a la reina los distinguidos médicos Cobo y Mejía, quien presta sus servicios gratuitos en el asilo. Fuente: Foto Mult. (4 de febrero de 1952). Diario del Pacífico. p. 10. © Todos los derechos reservados.

Otros personajes convocados por la Junta son aquellos influyentes en la política departamental, entre los que se encuentra el Gobernador del Valle del Cauca del partido conservador, Diego Garcés Giraldo (1953-1955). En una de sus visitas registradas por *Relator*, las hermanas de la caridad, junto a Jaime Lozano Henao, alcalde de la ciudad en esa época y miembro de la Junta pro-construcción, mostraron al gobernador los planos de la casa de beneficencia. De igual forma, entre otras fotografías de la visita, se ve, en atenta escucha, al gobernador junto a hombre anciano del asilo (Figura 28).



Figura 28. Conversación del gobernador y hombre en el Asilo San Isidro

Fuente: Foto Press. (23 de noviembre de 1954, p. 9. © Todos los derechos reservados.

En los primeros años de funcionamiento de la Junta, esta recurre a actividades privadas y de caridad e incluso, algunas mujeres de la Junta acuden al sector privado para promover actos públicos a favor de la recolección de fondos para el nuevo asilo/hospital.

En 1951 Mercedes Lloreda de Garcés, Elvira de Hannaford y Clemencia Fajardo firman una carta al Club Colombia solicitando que la “fiesta en honor a la señorita Colombia, ofrecida por el Club, sea oportunidad para coleccionar fondos en beneficio de esta gran causa” ya que “el Club Colombia se ha caracterizado por el espíritu altruista de sus directivas y a (*sic*) colaborado en multitud de iniciativas en pro de los necesitados” (Lloreda y Hannaford, 1951).

De manera similar, algunas compañías ofrecen sus servicios a la Junta para la construcción del asilo. En 1952, Alex Cobo escribió al alcalde de la ciudad para informarle de la posibilidad de contratar varias representaciones de la Compañía de Ópera a favor del asilo. En la carta, el Dr. Cobo solicita que a través del gobierno se destine una suma de “quince mil pesos (\$15.000) para financiar el espectáculo” (Cobo, 1952b). Al final de su escrito, plantea que el producido de la empresa, al destinarse a un *fin benéfico*, sea “exonerado de los impuestos que regulan estos espectáculos y [espera que la empresa] será apoyada generosamente por el Gobierno Municipal” (Cobo, 1952b). En ese mismo año, Coltejer, la compañía textil de Antioquia, invita a Miss América EE.UU. para que luzca sus nuevos trajes en el marco de su propaganda textil *época de Cali*. Sobre este evento, el *Diario del Pacífico* hace un seguimiento a la jornada e incluso, en varios de sus ejemplares publican anuncios para promocionar el evento.

Así pues, los lugares de *sociabilidad* (Simmel, 2002) de los miembros de la Junta permitieron una interacción recíproca entre individuos de una

misma clase que autodeterminan y forman una unidad. La recurrencia de lugares de sociabilidad como los reinados, los cocteles bailables, fiestas de fin de año y los desfiles de modas, facilitaron las conexiones nacionales e internacionales con personajes influyentes de la región, por lo que, los integrantes de la Junta encuentran estos espacios como propicios para dar a conocer las iniciativas que lideran y para que sean vistos y reconocidos entre sus pares. En estos espacios de encuentro circulaban discursos, campañas e iniciativas encaminadas a modernizar y organizar la ciudad. Sin embargo, en esta primera mitad del siglo XX se presenta lo que Vásquez (2012) sugiere como la “hibridación entre lo moderno que quería irrumpir y el pasado que se negaba a desaparecer” (p. 30).

La élite de la época según Vásquez (2012) se reunía en “clubes para acordar negocios, socializar ideas sobre el manejo de la ciudad, pero especialmente para fiestas y celebraciones” (p. 38). En estos se producían y reproducían gustos estéticos, géneros de música y estilos de bailes que marcaban una distinción de dichas formas de sociabilidad. En este sentido, los integrantes de la Junta mantienen una cohesión entre quienes encabezan el proyecto del hospital a través de lo que Bourdieu y Boltanski (2002) llamarían un “discurso de poder” destinado a *orientar acciones, tomar posición y suscitar convicción*. La eficacia de este discurso, según los autores, se reafirma por medio de rituales, la creencia del grupo en la necesidad del proyecto y de su acción.

De este modo, los desfiles de modas al igual que los reinados en esa época, definieron los espacios de distinción y permitieron el encuentro de ciertos grupos sociales. Por tanto, estos encuentros eran también una forma de socializar entre las “élites regionales y para la definición y producción de formas de diferenciación social” (Bolívar et al., 2002, p. 46), pues permiten el logro de sus objetivos benéficos.

Por ejemplo, el Diario del Pacífico reseña que en el desfile de modas patrocinado por Coltejer en 1952, la empresa se comprometió a entregar las utilidades a “doña Mercedes Lloreda de Garcés, gentilísima y distinguida dama de nuestra sociedad, quien ha dedicado en forma ejemplar y apostólica a servir los intereses del Asilo San Isidro” (El 25 de marzo visitará a Cali Miss América en jira organizada por Coltejer, 1952).

De acuerdo con el *Diario del Pacífico*, con la asistencia a este tipo de exhibiciones, se “demuestra el entusiasmo que hay en todos los círculos de la ciudad [...] por contribuir a una obra social de gran alcance como es el Asilo San Isidro” (Cariñosamente recibió Cali a la Reina de Belleza de EE.UU, 1952). Sobre este tipo de apreciaciones del periódico es posible señalar tres aspectos: (1) la construcción del hospital se torna importante

porque quienes lideran su consolidación son personas influyentes y, al hacer algo *importante* en la ciudad ellas mismas reciben ese reconocimiento; (2) la serie de actividades y eventos lideradas por los miembros de la Junta dotan de sentido su existencia, así cuando llegan los medios convierten ese tiempo construido en “noticia” y destacan la labor de aquellas personas interesadas en las labores sociales de la ciudad (3) la reiteración de actividades y espacios de socialización de los miembros de la Junta hacen parte de la producción y reproducción de su mundo social. En este invierten, defienden, reproducen y producen todo tipo de *capitales* (Bourdieu, 1996) para sí mismos y para sus grupos familiares.

Gracias a los acuerdos establecidos por los miembros de la Junta, el producto financiero de este tipo de actos públicos se destina al sostenimiento y creación del nuevo sanatorio. Centros sociales como el Club San Fernando y el Club Colombia reiteran su apoyo a la iniciativa de la Junta, comunicándoles que “sus salones para el gran desfile están a la disposición de dicha Junta para que las utilicen” (Gran fiesta del Asilo San Isidro, 1952), según lo señala el diario *El País*.

Si bien es la Junta la que organizó los preparativos de las presentaciones, precisa el *Diario del Pacífico* que era Mercedes Lloreda de Garcés quien hacía el balance económico y a quien se le entregaban los dineros recolectados (Fue un éxito el desfile de modas de Coltejer el sábado en el Club San Fernando, 1952). En una de las entrevistas hechas por el *Diario del Pacífico*, se lee que el resultado económico de la fiesta estuvo “maravilloso [...] alrededor de 18.500 pesos”. Y además agrega ella, que en la noche del sábado, “unos caballeros le ofrecieron galantemente completar los \$20.000 [...]” (Recolectados 18.500 pesos en Cali durante la visita de Miss América para el San Isidro, 1952).

A través de este medio informativo, estas élites del momento escenifican ante el público no solo los valores oficiales y legítimos, sino los agentes que lideran los cambios en la ciudad, pues según Mercedes Lloreda, entre aquellos que ayudaron más en la obra estaban los “más distinguidos de la sociedad de Cali y quienes ocupan una posición muy respetable por muchos títulos, [ayudando no sólo] el día de la velada, sino que asistieron cumplidamente a los ensayos”. Además, menciona ella que también participaron damas que “lo hicieron con cariño y espíritu apostólico”. Por eso, ella agradece a todas “las demás señoritas y señoras que desfilaron y prestaron su concurso para que el espectáculo tuviera el éxito que se logró” (Recolectados 18.500 pesos en Cali durante la visita de Miss América para el San Isidro, 1952).

Al finalizar la entrevista, el periódico resalta la labor de la Junta y expresa que “la sociedad caleña se puede dar cuenta de cómo el grupo de personas

que está empeñado en esa obra trabaja sin descanso porque sea una realidad”. Al respecto, Mercedes Lloreda concluye su comentario y menciona que continuarán trabajando por el nuevo sanatorio y por tanto no tendrán:

...un momento de descanso hasta que San Isidro sea una realidad y para esto la Junta cuenta con el apoyo de los periódicos que es tan definitivo y valioso como lo pudo comprobar con motivo la visita de Miss América. (Recolectados 18.500 pesos en Cali durante la visita de Miss América para el San Isidro, 1952)

Al finalizar los eventos, la Junta convoca a reuniones en los clubes y cierra eventos con agasajos y cenas privadas a las que asisten prestigiosas personalidades de la época. Estas reuniones se llevan a cabo, según reseña *El País* en renombrados centros sociales “a beneficio de la construcción del Asilo San Isidro, obra destinada al tratamiento de los enfermos mentales de la región” (El festival Hípico del domingo en el Club Campestre a Beneficio del Asilo San Isidro, 1953). Por ello, este tipo de acciones, según informa *El País* “elocuente del buen corazón de los integrantes de la directiva, dice a las claras, el sentido de colaboración para con las obras sociales y de beneficencia de las que está empeñada la ciudad en estos últimos tiempos” (Gran fiesta del Asilo San Isidro, 1952).

De igual forma, la Junta organizó diversos eventos a favor de la recolección de fondos para el mantenimiento y mejoramiento del asilo/hospital. Entre las actividades la prensa registró: festivales hípicos, partidos de fútbol, bazares, partidas de cartas, campeonatos de golf, rifas, desfiles de moda, té-canastas, almuerzos privados, conciertos musicales y exposiciones de arte. Así, la variedad de actividades, trascendió el espacio del asilo y las labores de aquellos directamente involucrados con este; sus eventos permean clubes y sectores privados con los que se establecieron relaciones en pro de la construcción de un hospital mental.

LA JUNTA Y LAS AUTORIDADES PÚBLICAS

Las gestiones de la Junta ante el gobierno municipal cambian gracias a la participación del Alcalde Jaime Lozano Henao como miembro de la Junta y dirigente de la administración municipal. Estos elementos resultan ser claves en la transformación del asilo; desde las pequeñas necesidades hasta las más determinantes. En relación con las pequeñas intervenciones del alcalde, por ejemplo, en 1954, a petición de Jaime Lozano Henao, la gerencia

de la empresa telefónica de la ciudad instala un teléfono en el asilo. La Junta agradece esta gestión del alcalde y a través de una carta le manifiesta su “unánime sentimiento de beneplácito y agradecimiento por la pronta y eficaz colaboración que ha tenido a bien ofrecernos desde su alta posición” (Junta, 1954).

En relación a las intervenciones más determinantes para la transformación del asilo, la Junta gestiona a través de la administración municipal, un lote contiguo al asilo de 36.000 m² de extensión, ubicado sobre la autopista al Club Campestre. La Junta agradeció al alcalde y en una carta dirigida a él expresa que la donación de terrenos es “una contribución básica para el firme establecimiento de esta obra social tan importante para el occidente colombiano”. En la carta, agradecen además “la inclusión de partidas adecuadas en los presupuestos municipales para el mantenimiento de los cientos de enfermos y la ayuda, siempre eficaz, de todas las entidades Municipales” pues con estas se ha contribuido a mejorar las “condiciones de vida de los desventurados que colman nuestro asilo” (Junta, 1954).

Tal como se mencionó, la Junta se encargó —en sus primeras tareas— de organizar el asilo y dotarlo de servicios básicos de primera necesidad. En 1955, Alex Cobo expone al Director Departamental de Higiene que la Junta “ha tratado de mejorar dentro de los límites posibles, las lamentables condiciones del Asilo. Se le ha previsto de agua potable, se logró la instalación de nuevas letrinas y cocinas, y se ha conseguido alguna ampliación en la dotación de casas” (Cobo, 1955).

Más aún, la Junta percibió ciertos recaudos económicos distribuidos por la Lotería del Valle y la Beneficencia, entidad que repartía auxilios especiales de sostenimiento, dotación y construcción de instituciones como hospitales, puestos de salud, orfanatos, asilos, dispensarios, entre otras instituciones. De acuerdo con *Relator*, la Beneficencia “invierte en fortalecer y ampliar la acción hospitalaria, las grandes campañas higiénicas y empresas de protección a los semejantes menos favorecidos por la fortuna” y en caso del Valle “ayuda al pago de pensiones de los dementes vallecaucanos en los sanatorios de Bogotá y Pasto y al sostenimiento del Instituto de Higiene Social en Cali” (La lotería del Valle y la beneficencia, 1953).

Los anuncios publicitarios para participar en los sorteos de la Beneficencia —realizados desde 1947— aparecen no solo en periódicos como *El País* o *Relator* sino también en la *Revista del Club Colombia* desde la que se convocaba a los socios del Club para apoyar la iniciativa con fines benéficos.

Aunque *El País* reconocía el sentido cristiano de la Beneficencia resulta ser muy crítico con los propósitos y desempeño de esta, pues según su editorial “se ha hecho entre nosotros a base de simple caridad cristiana, a

retazos, con un plan técnico, en obras pequeñas, dislocadas, que no tienen pies ni cabeza” (Radiografía de la Beneficiencia, 1954). De acuerdo con *El País*, “no se pueden resolver los problemas de un pueblo paupérrimo con sobresaltadas dosis de caridad ocasional” (Radiografía de la Beneficiencia, 1954). Por tanto, invitan a las autoridades públicas a asumirla como política de Estado; en sus palabras “se hace necesario relevar la beneficencia oficioso y asumirla con toda la energía imperativa que sólo es capaz el gobierno, [...] consciente de las responsabilidades que le corresponden pasa sus asociados” (Suárez de Zawadzki, 1954a).

LA JUNTA, LAS ASESORÍAS MÉDICAS Y PSIQUIÁTRICAS

En los primeros años de la década del cincuenta, con dotación particular de los médicos Rómulo Mejía y Alex Cobo funciona un equipo de electrochoque en el asilo (Figura 29). De acuerdo al *Diario del Pacífico* estos médicos “asisten gratuitamente a los enfermos recluidos en el sanatorio y también tienen consulta externa gratuita para los enfermos de la calle” (Urge la construcción de pabellones en San Isidro, 1953). En este sentido, *El País* señala en 1956, que estas visitas se dan dos veces por semana y que tratan a las personas ahí recluidas con electrochoques, “que es lo único que hay para tratar y uno que otro antibiótico que regalan” (Suárez de Zawadzki, 1956).

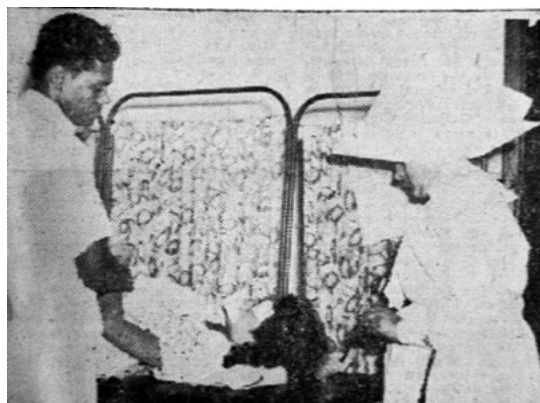


Figura 29. Electro-choqueen el Asilo San Isidro

Nota. La publicación dice: Un enfermero y una hermanita de la caridad, aplican a un demente el electro-choque, sistema científico de gran beneficio para los enfermos alienados. *Diario del Pacífico*. Enero 17 de 1952. P. 17. © Todos los derechos reservados.

Si bien existía algunas asesorías médicas, el papel de las monjas y en particular de la ética de la religión católica era fundamental en la regulación del asilo. A modo de ejemplo, en una de las conversaciones con Sor Celia Inés Medina —Hermana de la Caridad de San Vicente de Paúl— quien trabajó en el Asilo San Isidro y en el Hospital Psiquiátrico durante seis años, ella recuerda que las visitas de los médicos eran ciertas veces por semana y que, existía un diálogo entre las incipientes prácticas médicas y psiquiatras y la congregación religiosa. En relación con los tratamientos, ella recuerda que “cada vez que se agitaba alguno [...] a encerrarlo en una celda porque no había más [...] entonces, los metíamos en celda y se les hacía un tratamiento, cuando iba el médico se les hacía un tratamiento electroshock”. En otro momento —comenta ella— les aplicaban insulina hasta inducirlos al coma y para sacarlos de ahí les administraban:

...un melado de puro azúcar, bastante melado, pero por sonda gástrica [...] Había que [...] por la nariz meter la sonda hasta el [...] esófago y entonces, con un embudo y el pote de melado para cada quien se le iba echando y ya.
(Sor Celia Inés Medina, comunicación personal, 2017)

Durante los años de servicio de esta hermana, convivía lo asilar y lo científico. En esta lógica de coexistencia suministraban medicina y recuerda que antes de la inauguración del hospital “el médico ordenaba en un formulario y nosotros o la jefe (*sic*), escribía en unas tarjeticas el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la hora en que se le debía de dar”. De igual forma, Sor Celia Inés Medina recuerda, sobre la rutina en el asilo, que las hermanas eran quienes se encargaban de “estar pendiente que ninguno se pusiera agresivo, que estuvieran bien vestiditos, el baño [...] y que además en ocasiones los llevaba de paseo” (Sor Celia Inés Medina, comunicación personal, 2017). Recuerda también que “allá se les hacía también sus fiestas, sus días especiales que tiene la comunidad se celebraba con ellos [...]” (Sor Celia Delgado, comunicación personal, 2017). Incluso, en las primeras décadas del hospital eran las hermanas quienes guiaban las actividades de esparcimiento (Figura 30).

Sobre el tratamiento de electrochoques, en una de las crónicas de *Relator*, el periódico publicó un grupo de mujeres en el asilo que esperan en fila su turno para ser sometidas a este tratamiento. La nota señala: “nótese la tranquilidad con que aguardan; ninguna de ellas se resiste al tratamiento” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Al final de la gráfica se percibe la silueta de una monja con hábito (Figura 31).



Figura 30. Hermana de la Caridad y un grupo de personas en una partida de dominó en el Hospital psiquiátrico San Isidro

Fuente: Foto Guarnizo. s.f. (década del setenta aprox.). Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.



Figura 31. Un grupo de mujeres espera turno para electrochoque

Fuente: (23 de febrero de 1954). Relator, p. 4. © Todos los derechos reservados.

Otros de los funcionarios en el asilo son los enfermeros. En 1954, Relator denunció que los enfermeros desarrollan día a día sus labores en las más precarias condiciones. En la Figura 32 el periódico expone en su crónica que puede verse cómo “Lisandro, uno de los más entusiastas enfermeros de ‘San Isidro’, ayudado por otro enfermero, carga uno de los pacientes después de haber sido sometido al tratamiento eléctrico” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Para este periódico, el traslado de estos pacientes sería más indicado en camillas, por ello denuncian que “a pesar de que hay que transportar más de setenta y cinco pacientes en cada tratamiento, ‘San Isidro’ ¡no posee una camilla...!” (Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro, 1954). Además, después del electrocho-

que, algunas de estas personas debían ser acostadas en colchones mientras despertaban del choque eléctrico. Sin embargo, el asilo, carecía de camas suficientes, personal y salones para atenderlos después de éste (Figura 33).



Figura 32. Traslado de pacientes después de electrochoque

Fuente: (23 de febrero de 1954). Relator, p. 4. © Todos los derechos reservados.



Figura 33. Pacientes en colchones después de electrochoque

Fuente: (23 de febrero de 1954). Relator, p. 4. © Todos los derechos reservados.

Uno de los integrantes de la Junta que más activismo tuvo en prensa era Clara Inés Suárez. En sus escritos aparecían también alusiones a reuniones de la Junta con médicos y psiquiatras que la asesoraban para encaminar la construcción del hospital mental. La influencia de esta Junta no solo reunió asesores interesados en el campo sino también a funcionarios de la administración departamental. A modo de ejemplo, en la Figura 34 aparecen los miembros de la Junta, el secretario de higiene departamental y el doctor Julio Asuad, antioqueño, “psiquiatra pionero en Colombia en introducir la terapia electrochoque en 1941” (Rosselli, 2009, p. 119).



Figura 34. Reunión de la Junta con psiquiatra y secretario de Higiene del Departamento

Nota. La publicación dice: El doctor Julio Asuad conversa con el doctor Libardo Palau Saavedra, secretario de Higiene del departamento (ambos sentados) y con los miembros de la Junta pro-construcción del Asilo de San Isidro para enfermos mentales, quienes rodean a dichos profesionales. Aparecen, de izquierda a derecha: doctor Alex Cobo; señorita Clemencia Fajardo; señora Mercedes Lloreda de Garcés; doctor Julio Asuad (sentado); señor Mauricio Hannaford; doctor Rómulo Mejía; doña Clara Inés Suárez de Zawadzki; doctor Libardo Palau S. (sentado) y Sr. Ignacio Gutiérrez.

Fuente: Foto Mult (4 de diciembre de 1952). *Relator*, p., 4. © Todos los derechos reservados.

Él realizó sus estudios en la Universidad de París, fue interno por concurso del Hospital Psiquiátrico de Santa Ana; jefe de laboratorio de Psicología Patológica y de Clínica de dicha universidad, así como fue catedrático de Neuropsiquiatría de la misma. En Colombia era profesor de psiquiatría pastoral, psiquiatría forense y psicología judicial en diversas universidades del país. Entre sus otras participaciones en el campo de la psiquiatría, se destaca que fundó y dirigió durante diez años la Clínica Psiquiátrica de Nuestra Señora del Rosario en Bogotá; fue fundador y miembro de la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia en 1945 y de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1961 (Consejo Municipal de Cultura de Amalfi, 2010).

Sobre esta reunión, *Relator* publicó que este médico especializado en Europa en el tratamiento de los enfermos mentales, visitó la ciudad con el propósito de que “sean modernizados los métodos que se emplean en esa casa de la salud, los cuales pueden ponerse al día, de acuerdo con las indicaciones del doctor Asuad, que es profesional de inmedible espíritu filantrópico” (Gratisimo huésped, 1952). De esta manera, los miembros de la Junta se documentaron y buscaron alternativas para la modernización de la práctica psiquiátrica en el asilo. Por tanto, al reunirse con unos de los pioneros de la psiquiatría clásica en el país, conocieron tratamientos

biológicos del momento para ser usados en este asilo, tal como lo fue la Terapia Electroconvulsiva (TEC).

Clara Inés en su columna *Reflector Social* escribió sobre la reunión que Asuad “tuvo oportunidad de entrevistarse [...] con el grupo de personas que, en esta ciudad se interesan vivamente por la construcción de un asilo, para esta misma clase de pacientes, largamente descuidados y mal tratados por antiguos e inadecuados sistemas”. De acuerdo, con los detalles de la conversación, ella afirma que el especializado galeno Julio Asuad “ha ofrecido su cooperación, su experiencia y su sabiduría a fin de llegar a un comienzo sólido [...] acerca de la urgentísima de la necesidad de Cali” (Suárez de Zawadzki, 1952).

De acuerdo con la Columna de Clara Inés, a raíz de esta visita la Junta concluye que en otras ciudades del país los asilos para enfermos mentales funcionan con *perspectivas admirables*. En consecuencia, “el loco no es un ser definitivamente perdido; [es] rescatable, para los suyos, para la sociedad, para su propio bien. No es [...] una criatura que inspira lástima o compasión; es un enfermo más que puede curarse y cumplir en el mundo una tarea regular y notable” (Suárez de Zawadzki, 1952).

LA JUNTA Y LA INAUGURACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO

Después de la segunda mitad de la década de los cincuenta, la Junta incorpora cambios con la asesoría del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, es decir que, la Junta tiene en esta segunda etapa nuevos propósitos a los trazados en su designación inicial en el asilo.

Según contratos de 1951, los planos iniciales de San Isidro están a cargo de la firma de Ingenieros “Castro Borrero y Caicedo Herrera Ltda.”. En 1955 se firma contrato con Alfonso Garrido para la construcción de la etapa inicial de las obras, terminadas por el Arquitecto Marino Silva Ruíz, quien previo contrato, se hizo cargo de las mismas desde el 3 de febrero de 1958 hasta su entrega el 30 de marzo de 1961 (Pronto Inauguraran el Hospital “San Isidro”, 1961), según datos de El Tiempo.

En 1950 se instaura la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. A mediados de esta década, Gabriel Velásquez, decano de esta Facultad, convoca al psiquiatra Carlos Alfredo León, quien tendrá una participación fundamental en las transformaciones del asilo/hospital. A continuación, se presentan aspectos de su trayectoria de vida profesional con el propósito de visibilizar su proceso de formación, vínculo con asociaciones científicas y profesionales, y su relación con la Junta pro-construcción del hospital.

Como preámbulo a la inauguración, *El País* realiza algunas reseñas del proceso de transformación del asilo, interesándose en particular, por los cambios infraestructurales. En 1959, destaca “los pabellones, salas de investigación científica, consultorio, oficinas, comedores, salones de reposo [...] grandes patios y zonas verdes adecuadas al proceso de recuperación de los enfermos” (Todo listo para el Hospital psiquiátrico “San Isidro”, 1959). Rómulo Mejía, director de la Junta pro-construcción en esa época, es un notable médico del que escriben en una de las páginas editoriales de este periódico, en la que mencionan que en dicha Junta “actúa este médico de extraordinario espíritu cívico, de noble sentido humanitario y de cabal concepción del ejercicio de la ciencia psiquiátrica” (El Hospital psiquiátrico de Cali, 1959). De igual forma exaltan la labor de la Junta y comentan la formidable tarea acometida por dicha Junta, de incalculables proporciones de beneficio para quienes padecen enfermedades mentales o trastornos del sistema psicológico.

De acuerdo a esta columna, es posible identificar que la labor de gestión y dirección de la Junta ha cambiado y se torna más una figura para canalizar la intervención de otras instituciones. En ese año “la Junta se empeña [...] en conseguir del ejecutivo nacional los elementos de dotación para ese vasto campo científico y humanitario que será en breve el moderno, hospital psiquiátrico de San Isidro” (El Hospital psiquiátrico de Cali, 1959). Si a principios de la década de los cincuenta la Junta era el ente regulador del asilo, en la segunda mitad de esta década funciona más como facilitadora de las intervenciones de otras instituciones.

La inauguración del Hospital Psiquiátrico San Isidro

La inauguración del hospital está presidida por la Junta pro-construcción, pero esta se ha desdibujado de la dirección del asilo después de las asesorías de profesionales de la Facultad de Medicina y la enseñanza psiquiátrica. La Junta se compone ahora de cargos de representación de instituciones como la Beneficencia del Valle, Concejo Municipal, Universidad del Valle, entre otros. En esta aparecen nuevas figuras como el médico director psiquiatra, pero permanecen algunas otras como el síndico administrador y la congregación religiosa.

La Junta recurre a sectores privados pues eran una posibilidad de apoyo económico para hacer efectiva la inauguración del hospital, en un comunicado público y reseñado por *El País*, Ernesto Zambrano y Doris Eder convocan a diferentes sectores para que participen de la “Semana pro-hospital” y se comprometan con esta labor (El Valle necesita 3000 camas por lo menos para enfermos mentales, 1961). En la circular se lee: “contamos con

su colaboración, para llegar a los fondos suficientes para adquirir los elementos y equipos que tanto necesitamos y mejorar nuestros servicios como lo merece y requiere nuestra comunidad” (Orejuela, 2014).

La semana pro-hospital, recibió el apoyo de donantes particulares a la institución y se realizaron actividades musicales en las residencias de estos durante las noches. En las reuniones se programaban desfiles de modas o espectáculos culturales patrocinados por empresas. Entre las asociaciones colaboradoras de la semana “pro-hospital” se encuentran las “Voluntarias del Hospital Psiquiátrico San Isidro”, “Voluntarias del Hospital Universidad del Valle”, “Cámara Junior” y la “Asociación Nacional de Cultivadores de Caña de Azúcar” (Volante del programa Inaugural del Hospital Psiquiátrico San Isidro). Esta semana contó con la bendición de Alberto Uribe Urdaneta, Obispo de Cali, el discurso del Dr. Alex Cobo, presidente de la Junta Directiva del Hospital (Figura 35), la exposición del Dr. Ernesto Zambrano, Médico Director, sobre el funcionamiento de la institución y la exposición de pinturas y trabajos manuales de los pacientes a cargo de Dr. Carlos León.



Figura 35. Discurso Inaugural de Alex Cobo en el Hospital Psiquiátrico

Nota. Cortesía del álbum personal de Olga Sefair de Cobo. La publicación dice: El doctor Alex Cobo, presidente de la Junta directiva del Hospital siquiátrico San Isidro en el sector Meléndez, en los momentos en que pronunciaba el discurso de inauguración del primer tramo de dicha obra, con capacidad para doscientos alienados. Aparecen también en la gráfica algunos de los asistentes del acto [Carlos León, primero de izquierda a derecha], celebrado el sábado pasado.

Fuente: Foto Venegas, s.f. (Finales de 1961 aprox.). El Tiempo. © Todos los derechos reservados.

En el discurso inaugural pronunciado por Alex Cobo, cubierto por el periódico *El Tiempo*, expone lo que ocurría en el asilo, el propósito del nuevo hospital y destaca la viabilidad del proyecto gracias a que se incorporó la psiquiatría en el asilo por medio de la Junta y con ello, se consideró “un nuevo concepto humanitario y cristiano que hizo modificar las antiguas actitudes de la sociedad; creó sistemas de manejo más racionales, más científicos y humanos, y contribuyó a mejorar en mucho los índices de curación”. Por otro lado, en este reportaje, Ernesto Zambrano, contrasta el funcionamiento del Asilo San Isidro respecto al hospital psiquiátrico y hace hincapié en que el Hospital Psiquiátrico de Cali “se ha construido con sujeción a este avance científico, es decir con la orientación de fomentar las relaciones sociales entre los mismos pacientes y aún con el común de las gentes, como un arma terapéutica” (Fue inaugurado en Cali un Hospital Psiquiátrico, s.f.).

Otro de los aspectos relevantes del cubrimiento de la inauguración registrada por *El País*, son las páginas publicitarias. En las que diversas empresas e industrias regionales, celebran la obra del hospital psiquiátrico e incluso, destacan las donaciones de sus mercancías o servicios a este hospital. C. CEBALLOS & CÍA. LTDA. E industrias Metálicas “CARCECO” Ltda. anuncia en su publicidad que “diseñaron, construyeron e instalaron calderas “continental” dotación completa para la cocina y suministraron equipos de lavandería” (Hospital Siquiátrico San Isidro: Obra máxima en su género, 1961).

De esta manera, la inauguración del hospital era motivo para que algunas empresas e industrias modificaran sus anuncios publicitarios y destacaran su participación en la nueva obra de asistencia social de la región. Entre estas se encuentran: Fábrica Nacional de Oxígeno Fano, Almacén Algrecó Ver, Tram Watenberg & Co. Ltda., Conmutador telefónico LM Ericsson, Surtidor eléctrico J. R., Figueroa D., Impermeabilización Dalco, Azulejos Corona, Arnueldo Betancourt, Productos Metálicos American Ltda., Provedora de gas Ltda. (Pro Gas), Otra iluminación Roy Alpha. Sus avisos publicitarios celebran la obra del nuevo hospital como, por ejemplo, Sherwin-Williams (Figura 36).

En consecuencia, la transición de la mirada asistencial hacia la mirada clínica de la salud mental en el Asilo San Isidro se expresa, por un lado, en la transformación de creencias en temas relacionados con la inserción de la farmacología, psicoterapia, los discursos sobre higiene/salud mental, locos y enfermos mentales. Y, por otro lado, se relaciona con la acción de actores como la Beneficencia Pública, las Hermanas de la Caridad, asociaciones médicas nacionales y extranjeras y el Ministerio de Higiene —posterior Ministerio de Salud— y por supuesto, un sector de la élite filantrópica ca-

leña. Los repertorios médicos, eclesiásticos, públicos y privados conforman alianzas estratégicas para atender a los enfermos mentales. Para estos actores hay un problema: “los enfermos mentales” y se preguntan así, ¿cómo resolverlo? por ello, gestionan recursos materiales y simbólicos justificados en un accionar terapéutico e institucional.



*Figura 36. Fragmento de la sección publicitaria
“El hospital psiquiátrico, una gran obra”*

Fuente: (11 de noviembre de 1961). El País, p. 13. © Todos los derechos reservados.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde finales del siglo XIX, autoridades públicas y élites locales desarrollaron una estrategia de organización y saneamiento del espacio urbano hacia poblaciones “indeseables” o “desprotegidas” como: dementes, incapacitados, desocupados, mendigos, huérfanos, prostitutas, entre otros marginales, que fueron intervenidos desde prácticas filantrópicas y de contención. Los antecedentes institucionales de la intervención a la locura en la ciudad se remontan al primer manicomio/cárcel del que se tiene registro en 1910; la designación de los enfermos mentales en la correccional de menores entre 1937 y 1938; y la posterior inauguración como “Asilo de dementes” en 1944.

El rastreo de aquellos “desviados” registrados por los periódicos evidencia una preocupación acerca de la intervención de autoridades frente a la locura en la región. Entre los discursos se sobresale un lenguaje de misterio y misticismo; la custodia policial o jurídica; la compasión hacia ellos y los recurrentes comportamientos violentos, agresivos o furiosos. Sobre estos últimos, se enfatiza la “violencia, peligrosidad y criminalidad” (Cutcliffe y Hannigan, 2001) como características aludidas con frecuencia en los casos consultados.

De este modo, con base en la agenda de noticias de los periódicos se moviliza la necesidad de construir un “sanatorio mental” para la atención y el alojamiento de enfermos mentales del departamento del Valle, pues gran parte de los dineros públicos eran destinados al sostenimiento de enfermos mentales en los Asilos de San Rafael en Pasto y Sibaté en Bogotá.

Para consolidar este propósito, se creó a través de la alcaldía municipal, la *Junta pro-construcción* del “Asilo de Dementes de Cali”, que, posteriormente, impulsó el proyecto del hospital psiquiátrico. A partir de este momento, la Junta pro-construcción dinamizó la materialización de este hospital con un carácter distinto en dos “etapas”. Primero, funciona como ente regulador del asilo y después funciona como facilitadora de la intervención de otras instituciones en el hospital.

Respecto a la primera “etapa”, quienes participaron en la Junta jugaron un papel fundamental en los ámbitos de poder de la ciudad. Es decir, eran una minoría que influyó en el desarrollo social, económico y político de la región, e incidió en el proceso de transformación institucional de la ciudad por medio del reconocimiento social, la tradición familiar, vínculos con esferas políticas, comerciales e industriales. Sin embargo, en la Junta no solo participaron ciudadanos con un espíritu cívico y filantrópico sino también funcionarios de Estado, que, gracias a sus posiciones políticas, facilitaron el proyecto del hospital. De este modo, en la iniciativa se difundieron discursos y campañas a través de medios escritos con el propósito de registrar las precarias condiciones del asilo, la falta de tratamientos a los enfermos mentales y la falta de personal capacitado. Además de legitimar un discurso modernizador sobre la creación de un hospital financiado por dependencias del gobierno e incursión de profesionales en la nueva institución.

De esta manera, la Junta condensó lo que Powell y DiMaggio (1999) llamarían una “actividad organizada” de actores que cambian la estructura y misión de una institución. En este caso, valores y creencias del asilo gracias a tres elementos básicos: (1) la densidad de contactos inter-organizacionales, (2) la organización financiada y el flujo de información y (3) su consecuente “aprendizaje institucional” (Peters, 1999) en el que las instituciones se adaptan a circunstancias cambiantes de su entorno.

Por supuesto, se destaca, a partir de los resultados de este trabajo, que la dinámica de cambio institucional del asilo/hospital reevalúa la perspectiva foucaultiana sobre las instituciones penitenciarias, sanitarias y educativas en Latinoamérica, pues estas instituciones dejarían de verse como *depositarias de control* (Di Liscia y Bohoslavky, 2005) para encarnar, en el caso de Cali, ese *tejido híbrido* que menciona Vásquez (2012) entre lo moderno y lo tradicional de la ciudad durante el siglo XX.

Por consiguiente, la Junta era una forma de organización que posibilitó cambios en el paso del asilo al hospital. Además, sus integrantes lideraron otros proyectos de ciudad relacionadas con las instituciones de gobierno, educativas, empresariales y religiosas. Así, la Junta estableció una interlocución con entidades del gobierno local, empresarios e industrias nacionales, clubes sociales, periódicos y algunos psiquiatras que visitaban la ciudad. Con estas participaciones se intercambiaban recursos materiales, simbólicos y tecnológicos, además de unas técnicas y saberes que se mostraban y/o concretaban en los espacios de “sociabilidad” (Simmel, 2002), tales como cócteles, almuerzos privados, desfiles de modas, visitas al asilo, charlas y tertulias, que facilitaron la construcción del tejido social entre una élite caleña que anudaba y dirigía esfuerzos para promover el desarrollo y modernización de la ciudad de acuerdo a sus liderazgos.

En su segunda “etapa”, en la Junta convergieron, ya no personalidades públicas de la ciudad, sino instituciones como la Beneficencia del Valle, el Ministerio de Salud Pública, la Universidad del Valle, el Concejo Municipal y la Comunidad Vicentina. Esta resultó una forma de organización que facilitó la alianza entre la Facultad de Salud de la Universidad del Valle —con la particular asesoría del Departamento de Psiquiatría— y el Asilo San Isidro, al liderar el cambio de creencias y prácticas del asilo y determinar las directrices del nuevo hospital. Así, la creación de la nueva institución configuró nuevos tratamientos y profesionales del campo de la salud mental que incidieron en la clasificación y diferenciación de los enfermos mentales, la atención hospitalaria, la formación estudiantil y docente de psiquiatras, la administración y la arquitectura del hospital. Además de esto, incidió en el cambio la incursión de *psicofármacos* (Rosselli, 2009) en las terapias psiquiátricas, la consolidación del departamento de psiquiatría en la región y su consecuente formación de profesionales en el área de psiquiatría.

En consecuencia, la Junta cumplió una función fundamental en el paso del asilo al hospital ya que resultó ser un mecanismo que tejió liderazgos en la ciudad, facilitó el flujo de información y legitimación de nuevos saberes y prácticas para constituir un hospital psiquiátrico regional, al dinamizar la inserción del problema de la locura y el Asilo San Isidro y posicionar ciertos temas —filantrópicos, cívicos, de salud mental, etc.— en la agenda pública de periódicos y revistas locales.

REFERENCIAS

- “Alegría en el Asilo San Isidro”, reina de belleza de Colombia entrega radio al Asilo San Isidro. Foto Mult. (11 de febrero de 1952). *Relator*. p. 1. © Todos los derechos reservados.
- “Un éxito la rifa de Avena Quaker” a cargo de miembros de la Junta del Asilo San Isidro. Foto Delgado. (26 de febrero de 1953). *El País*, p. 8. © Todos los derechos reservados.
- Acción relámpago sobre la Plaza de Toros. Foto Suárez. (27 de agosto de 1957). *Relator*, p. 1. © Todos los derechos reservados.
- Acuerdo 300. Contrato con las Hijas de la Caridad Asilo San Isidro. (25 de agosto de 1945). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.
- Alberca del Asilo San Isidro. Foto Mult. (6 de julio de 1956). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.
- Alcaldía Municipal. (27 de octubre de 1948). [Carta para Alex Cobo]. (Libro: Correspondencia). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.
- Algunos muy interesantes aspectos de higiene mental. (1 de julio de 1953). *El País*, p. 5.
- Anuncio-invitación al desfile mexicano. (13 de junio de 1955). *Relator*, p. 10. © Todos los derechos reservados.
- Arrojan basuras al pie de San Isidro. (27 de febrero de 1952). *Diario el Pacífico*, p. 1.
- Arroyo, J. (2006). *Historia de las prácticas empresariales en el Valle del Cauca, Cali 1900-1940*. Universidad del Valle.
- Arroyo, J. H. (s.f.). La Celebración del 20 de Julio de 1910 en Cali. *Boletín*, 3-4. Cali, Colombia.
- Ayala, C. (2012). Política y dinamita. La presencia de Cali en la historia colombiana del siglo XX. En E. Morera (Ed.), *Historia de Cali, siglo XX. Tomo II: Política* (pp. 25-70). Universidad del Valle.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Bolívar, I., Arias, J., y Vásquez, M. (2002). Estetizar la política: lo nacional de la belleza y la geografía del turismo, 1947-1970. En I. Bolívar, G. Ferro, y Dávila, *Cuadernos de la nación. Belleza, fútbol y religiosidad* (pp. 45-84). Ministerio de Cultura.
- Bourdieu, P. (1996). Espacio social y poder simbólico. En: *Cosas dichas* (pp. 127-142). Gedisa.
- Bourdieu, P., y Boltanski, L. (2002). *La producción de la ideología dominante*. Nueva Visión.

- Buena labor social cumple en Cali desde 1884 las Hermanas de la Caridad. (12 de enero de 1961). *El País*, p. 17.
- Cali celebrará la feria del azúcar en diciembre próximo. Foto Mult. (2 de febrero de 1957). *El País*, p. 13. © Todos los derechos reservados.
- Camacho, Á., y Guzmán, Á. (1990). La estructura social de la hegemonía filantrópica, el orden social y la violencia. En: *Colombia, ciudad y violencia* (pp. 181-194). Foro Nacional.
- Campo, G. (2005). Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 482-489.
- Candela, C. (2015). *Una familia polaca en Cali: el caso de los Zawadzki, 1850-1930*. [Trabajo de Grado]. Universidad del Valle.
- Cariñosamente recibió Cali a la Reina de Belleza de EE.UU. (28 de marzo de 1952). *El País*, p. 14.
- Castro, B. (2007). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*, (1), pp. 157-188. <http://sociohistoria.univalle.edu.co/inicios.pdf>
- Cobo, A. (25 de octubre de 1955). [Carta para Fortunato Aljurre]. Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.
- Cobo, A. (26 de mayo de 1952b). [Carta para Gonzalo Campo]. Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.
- Cobo, A. (28 de enero de 1952a). [Carta para Libardo Palau]. (Libro: Correspondencia). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.
- Collins, C. (1981). *La prensa y el poder político en Colombia: tres ensayos*. Universidad del Valle-CIDSE.
- Comedor del Asilo San Isidro. Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.
- Consejo Municipal de Cultura de Amalfi (2010). Julio Asuad Assuad. En: *Plan municipal de cultura Amalfi: en busca de nuestra memoria 2010 -2019*. <https://docplayer.es/92713506-Plan-municipal-de-cultura-amalfi-en-busca-de-nuestra-memoria.html>.
- Conversación del gobernador y hombre en el Asilo San Isidro. Fuente: Foto Press. (23 de noviembre de 1954. p. 9. © Todos los derechos reservados.
- Corral cercado con alambre de púas en el Asilo San Isidro. Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, p. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.
- Cutcliffe, J., y Hannigan, B. (2001). Mass media, ‘monsters’ and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 315–321.
- Del Comité Central renuncia doña Mercedes Lloreda de Garcés. (17 de abril de 1957). *El País*, pp. 1 y 2.

- Dentro de un colegio de señoritas un “loco” mato a puñal a su esposa. (19 de enero de 1955). *El País*, p. 3.
- Di Liscia, M., y Bohoslavky, E. (Edits.). (2005). *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940: una revisión*. Universidad Nacional de La Pampa.
- Discurso Inaugural de Alex Cobo en el Hospital Psiquiátrico. Foto Venegas, s.f. (Finales de 1961 aprox.). *El Tiempo*. © Todos los derechos reservados.
- Discurso Inaugural por el Dr. Alex Cobo Ashroai. (noviembre de 1961). Recorte de prensa del diario El Tiempo. En: álbum personal de Olga Sefair de Cobo.
- Doña Clara Inés de Zawadzki visitó un barrio Progresista. (23 de noviembre de 1954). *Relator*, p. 8.
- Doris Caldas ofrece su colaboración a la construcción de San Isidro. (8 de marzo de 1952). *Relator*, p. 1
- Dos dementes se fugaron. Foto Delgado. (29 de mayo de 1955). *El País*, p. 12. © Todos los derechos reservados.
- Dos locos furiosos asaltaron una casa. (20 de mayo de 1955). *Relator*, p. 2.
- Eco de la Casa Madre de las hijas de caridad. (30 octubre de 1950). (Libro: 1947. Sección: Colombia. Fiesta de Cristo Rey 1952). Archivo de la congregación
- El 25 de marzo visitará a Cali Miss América en jira organizada por Coltejer. (26 de febrero de 1952). *Diario del Pacífico*, pp. 1 y 10.
- El festival Hípico del domingo en el Club Campestre a Beneficio del Asilo San Isidro. (11 de julio de 1953). *El País*, p. 8.
- El Hospital psiquiátrico de Cali. (13 de julio de 1959). *El País*, p. 4.
- El loco por la pena es cuerdo. (6 de febrero de 1952). *Relator*, p. 6.
- El problema de los locos de Palmira. (15 de enero de 1940). *Relator*.
- El Valle necesita 3000 camas por lo menos para enfermos mentales. (27 de octubre de 1961). *El País*, pp. 9 y 19.
- Electro-choqueen el Asilo San Isidro. (17 de enero de 1957). *Diario del Pacífico*, p. 17. © Todos los derechos reservados.
- Elegante despedida de solteros en el Colombia. Foto: Venegas. (26 de octubre de 1957). *Relator*, p. 9. © Todos los derechos.
- Enfermedad mental es curada por favor de nuestra señora. (29 de diciembre de 1955). *El País*, p. 2.
- Escobar, Á. (2015). *Élite empresarial vallecaucana: más allá de los negocios familiares. Una mirada a las obras de beneficencia en Cali, 1910-1930*. [Trabajo de grado] Facultad de Humanidades Departamento de Historia Universidad del Valle.

- Exposición artística en el Museo La Tertulia. (11 de octubre de 1956). *Revista Club Colombia*. © Todos los derechos reservados.
- Falleció el Médico Alex Cobo Ashroaui. (29 de febrero de 1996). *El Tiempo*. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-349379>.
- Fayad, J., y Arias, L. (2004). *Reconocimiento de la niñez, Santiago de Cali 1890-1930: instituciones, subjetividad y vida cotidiana*. Universidad del Valle.
- Fragmento de la sección publicitaria “El hospital siquiátrico, una gran obra”. (11 de noviembre de 1961). *El País*, p. 13. © Todos los derechos reservados.
- Fue Inaugurado en Cali un Hospital Psiquiátrico. (s.f.). *El Tiempo*. Recorte de periódico del álbum personal Olga Sefair de Cobo.
- Fue un éxito el desfile de modas de Coltejer el sábado en el Club San Fernando. (31 de marzo de 1952). *Diario del Pacífico*, p. 12
- González, D. (s.f.) Historiador de la Provincia 1882-1982. Las Hijas de la Caridad en Colombia, Provincia de Cali. (Texto facilitado por una Hermana de la Caridad, encargada del Archivo de esta congregación).
- González, J. (2012). Las mujeres y el oficio del periodismo, Cali siglo XIX: el caso del periodismo sufragista de Clara Inés Suárez de Zawadzki. En G. Loaiza, *Historia de Cali, siglo XX, Tomo II: Historia Política* (pp. 262-278). Universidad del Valle.
- Gran fiesta del Asilo San Isidro. (15 de marzo de 1952). *El País*.
- Gratísimo huésped. (12 de diciembre de 1952). *Relator*, p. 4.
- Guzmán, J. (22 de noviembre de 1954). Congreso de Medicina Legal. Alcohol y Marihuana en Colombia. *El País*, pp. 4 y 16.
- Hermana de la Caridad y un grupo de personas en una partida de dominó en el Hospital psiquiátrico San Isidro. Foto Guarnizo. s.f. (década del setenta aprox.). Archivo privado *El País*. © Todos los derechos reservados.
- Hospital Siquiátrico San Isidro: Obra máxima en su género. (6 de noviembre de 1961). *El País*, p. 12.
- Hurtado, A. (1996). *Régimen penitenciario y dispositivos carcelarios y de castigo bajo las reformas liberales en Cali*. Universidad del Valle.
- Invitados al desfile de modas a beneficio del Asilo San Isidro: (21 de febrero de 1955). *Relator*, p. 8. © Todos los derechos reservados.
- José María Rodríguez condenado como enfermo mental. (5 de marzo de 1953). *Relator*, p. 7.
- Junta directiva del Asilo ‘San Isidro’ (15 de abril de 1954). *El País*, pp.1 y 14.
- Junta Militar de Gobierno de la República de Colombia. (1951, 11 de mayo). *Decreto 290 de 1950*. Por el cual se crea una junta para la construcción del edificio del Asilo del Dementes de Cali y se dictan otras disposiciones. Diario

Oficial. Año XCIV. N 29552. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1902669>

Junta para la construcción de asilo de dementes en Cali. (13 de mayo de 1950). *Diario del Pacífico*, p. 6.

Junta. (16 de marzo de 1954). [Carta para Jaime Lozano Henao]. (Libro: Correspondencia). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

La dolorosa situación de los dementes que están recluidos en el manicomio de esta ciudad. (24 de junio de 1931). *Relator*, p. 5.

La entrega de lotes en “Juanchito” el sábado pasado. Foto: Suárez. (9 de enero de 1956). *Relator*, p. 12. © Todos los derechos reservados.

La lotería del Valle y la beneficencia. (18 de noviembre de 1953). *Relator*, p. 4.

Leonor fue al Asilo San Isidro a llevar regalos a los alienados. (4 de febrero de 1952). *Relator*, pp. 1 y 10.

Lipset, S., y Solari, A. (1971). *Elites y desarrollo en América Latina*. Paidós.

Lloreda, M. (1 de agosto de 1956b). Las mujeres escriben: Han llegado las quemadas. *Relator*, p. 9.

Lloreda, M. (13 de octubre de 1956d). Las mujeres escriben: Hacia un millón de habitantes. *Relator*, p. 9.

Lloreda, M. (14 de septiembre de 1956c). El caso de hoy por Mercedes. *Relator*, p. 8

Lloreda, M. (20 junio de 1956a). Sobre el colegio inglés. *Relator*, p. 9.

Lloreda, M., y Hannaford, E. (28 de noviembre de 1951). [Carta para los miembros del Club Colombia]. (Libro: Correspondencia). Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

Loco mató a puñal a su esposa. Foto Delgado. (19 de enero de 1955). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.

Locos, bobos y mendigos, invaden la ciudad de Cali. (21 de enero de 1951). *Diario del Pacífico*, p. 2.

Los alienados de San Isidro se van a vestir de aviadores en breve. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, p. 3.

Los consejeros del Municipio de Cali visitaron en el día de ayer al Gobernador del Valle. (11 de agosto de 1956). *Relator*, p. 8. © Todos los derechos reservados.

Lozano, J. (1956). Un millón de habitantes problema de millones. *Revista Club Colombia* (8).

Melo, L. (1966). Mercedes Lloreda de Garcés. En: *Valores Femeninos de Colombia* (pp. 655-656). Carvajal & Cía.

- Mercedes Lloreda de Garcés, dirigente conservadora en Buenaventura. (6 de Julio de 1975). *El País*. Foto Stanley. © Todos los derechos reservados.
- Mercedes Lloreda y Hermana de la caridad en el Asilo San Isidro. Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*. pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.
- Merton, R. (1964). Tipos de influencia: Influentes locales e influyentes cosmopolitas. En: *Teoría y estructura sociales* (pp. 387-414). Fondo de Cultura Económica.
- Meyer, J. W., y Rowan, B. (1999). Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia. En: *W. Powell, y P. DiMaggio, El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional* (pp. 79-103). Fondo de Cultura Económica.
- Miseria, pobreza y dolor asilados en San Isidro. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, pp. 3 y 17.
- Mujer en celda. Foto Mult. (6 de julio de 1956). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.
- Mujeres en banca del patio en el Asilo San Isidro: Foto Mult. (6 de julio de 1956). *El País*, p. 3. © Todos los derechos reservados.
- Mujeres en corredor del Asilo San Isidro. (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 7. © Todos los derechos reservados.
- Murió Mercedes Lloreda de Garcés. (19 de enero de 1992). *El Tiempo*. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-15862>
- Orejuela, D. (2014). *La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970*. Universidad del Valle-Facultad de Humanidades.
- Ortiz, A., y González, J. (2008). *Participación femenina, agitación sufragista y movimiento social de mujeres: Valle del Cauca 1950-1957*. Universidad del Valle.
- Pacientes en colchones después de electrochoque. Fuente: (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 4. © Todos los derechos reservados.
- Paulina Suárez, Frida Kahlo, Clara Inés Suárez, Diego Rivera. (27 de noviembre de 1957). *Relator*, p. 4. © Todos los derechos reservados.
- Peters, B. G. (1999). *La política de la burocracia*. Fondo de Cultura Económica.
- Por partes iguales serán costeados los alienados en el Valle. (10 de julio de 1951). *Diario del Pacífico*.
- Porque quebró un florero querían matar a un enfermo mental. (11 de mayo de 1951). *Diario del Pacífico*, p. 4.

- Powell, W. y DiMaggio, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*, Fondo de Cultura Económica.
- Pronto Inauguraran el Hospital “San Isidro”. (16 de junio de 1961). *El Espectador*. De: Recorte de periódico del álbum personal Olga Sefair de Cobo.
- Quintero, H. (18 de octubre de 1954). Los periodistas propiamente dichos, son pocos. *El País*, p. 9.
- Radiografía de la Beneficencia. (24 de abril de 1954). *El País*, p. 4.
- Recibe garrotazos de un hermano loco en su casa. (25 de marzo de 1953). *Relator*, p. 8.
- Recital el Asilo San Isidro. Foto Mult. (4 de febrero de 1952). *Diario del Pacífico*. p. 10. © Todos los derechos reservados.
- Recolectados 18.500 pesos en Cali durante la visita de Miss América para el San Isidro. (31 de marzo de 1952). *Diario del Pacífico*.
- Residenciado en juicio criminal el paranoico que mató a su esposa. (10 de mayo de 1956). *El País*, p. 3.
- Reunión de la Junta con psiquiatra y secretario de Higiene del Departamento. Foto Mult. (4 de diciembre de 1952). *Relator*, p., 4. © Todos los derechos reservados.
- Rodríguez, E. (2013). La burocratización incipiente: la administración pública en Cali entre 1910 y 1940. En: *Formas de modernización regional en el suroccidente colombiano*, 45-90. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Icesi. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/68475/6/rodriguez_formas_modernizacion_2013.pdf
- Rodríguez, E., y Sáenz, J. (2016). “Cali es un garaje con obispo”: *Transición, modernidad e instituciones Cali 1910-1937*. Asociación Colombiana de Investigadores Urbanoregionales-ACIUR.
- Rosselli, H. (2009). In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *Psimonart*, 2(1), 111-121.
- Sáenz, J. (2012). *Élite política y construcciones de ciudad: Cali 1958-1998*. Universidad Icesi.
- Safford, F. (1989). *El ideal de lo práctico: El desafío de formar una elite técnica y empresarial en Colombia*. El Ancora Editores.
- Se lanza al paso de un tractor en Palmira Margarita La Loca. (10 de febrero de 1954). *El País*, p. 3.
- Si usted quiere volverse loco, vaya al asilo San Isidro. (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 4.
- Simmel, G. (2002). La sociabilidad. (Ejemplo de sociología pura o formal). En: *Cuestiones fundamentales de sociología* (Á. Ackermann, Trad., pp. 77-99). Gedisa.

- Suárez de Zawadzki, C. (14 de junio de 1955). Reflector social. *Relator*, p. 8.
- Suárez de Zawadzki, C. (19 de abril de 1954b). Sanatorios para alienados. *Relator*, p. 4.
- Suárez de Zawadzki, C. (24 de febrero de 1954a). Ballet por Clara Inés. *Relator*, p. 4.
- Suárez de Zawadzki, C. (4 de diciembre de 1952). Reflector social. *Relator*, p. 4.
- Suárez de Zawadzki, C. (6 de julio de 1956). Doscientos locos viven en la más espantosa miseria. *El País*, p. 3.
- Todo listo para el Hospital psiquiátrico “San Isidro”. (16 de octubre de 1959). *El País*, p. 3.
- Traslado de pacientes después de electrochoque. Fuente: (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 4. © Todos los derechos reservados.
- Un demente le arrebató ayer la espada de Simón Bolívar. (18 de enero de 1957). *El País*, p. 3.
- Un grupo de mujeres espera turno para electrochoque. (23 de febrero de 1954). *Relator*, p. 4. © Todos los derechos reservados.
- Una loca furiosa le dio cuchillo a un trabajador en Juanchito ayer. (12 de septiembre de 1954). *El País*, p. 3.
- Una pavorosa y horripilante visión del manicomio de Cali. (25 de marzo de 1935). *Relator*, p. 2.
- Urge la construcción de pabellones en San Isidro. (5 de mayo de 1953). *Relator*, p. 10.
- Vajilla del Asilo San Isidro. Foto Mult. (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, pp. 3 y 17. © Todos los derechos reservados.
- Valcárcel, A. (1997). El techo de cristal. En: *La política de las mujeres* (pp. 96-99). Cátedra.
- Vásquez, E. (2012). Cali en la primera mitad del siglo XX: mentalidades y sensibilidad. En W. Jiménez (Ed.), *Historia de Cali, siglo XX. Tomo III-Cultura* (pp. 27-50). Universidad del Valle.
- Volante del programa Inaugural del Hospital Psiquiátrico San Isidro. (4 al 10 de noviembre de 1961). Cortesía del álbum personal de Olga Sefair de Cobo.
- Weber, M. (1964). Estamentos y clase. En: *Economía y sociedad* (pp. 242-248). Fondo de Cultura Económica.
- Y ¿quién se llevó el molino de viento del sanatorio de San Isidro? (17 de enero de 1952). *Diario del Pacífico*, p. 3.

EL ROL DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE EN LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL SAN ISIDRO

Mateo Montes-Martínez³⁷

INTRODUCCIÓN

La propuesta de construir un hospital psiquiátrico surge, en parte, por el interés de la Gobernación del Valle del Cauca por aminorar el costo del tratamiento de los enfermos mentales al evitar su traslado a Pasto o Bogotá. Para ello se constituyó, como ya fue expuesto por María del Pilar Peralta en el segundo capítulo, una Junta pro-construcción que actuó como un ente dinamizador que encontró unas condiciones de oportunidad para posibilitar el paso del asilo al hospital, al disponer y recolectar fondos para la realización del proyecto. Durante este proceso de cambio institucional, la Junta pro-construcción halló en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, que recién se conformaba en el año 1955, un actor aliado, el cual fue designado como agente consultor y científico.

La participación del departamento de psiquiatría en el campo organizacional, según lo planteado por José Fernando Sánchez en el primer capítulo, se dio en principio por unas condiciones de oportunidad en las que se accedió a auxilios económicos nacionales, departamentales y locales de los cuales la Junta pro-construcción sacó provecho y dinamizó el proceso.

³⁷ Sociólogo de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Magíster en Políticas Públicas de la Willy Brandt School of Public Policy en Erfurt, Alemania, con beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico/DAAD.

El resultado fue intensificar un cambio isomorfo-normativo con base en la profesionalización de quienes laboraban en San Isidro.

Para el entorno local la constitución de San Isidro como hospital psiquiátrico significó el fortalecimiento de la profesionalización de la psiquiatría, comprendiendo profesionalización como “la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo [...] y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional” (Powell & DiMaggio, 1999, p. 113). Por tanto, el cuerpo profesional del departamento de psiquiatría tuvo que interactuar, plantear y pactar compromisos con organizaciones y personas que no estaban vinculadas necesariamente con el campo de la salud mental. Un ejemplo de lo anterior es que la Junta pro-construcción asigna al departamento de psiquiatría como actor de consulta, pero quienes hacen parte de la Junta no son especialistas en psiquiatría.

En relación con el tipo de cambios y el direccionamiento que se dio por parte del departamento de psiquiatría, se anota que sus integrantes se formaron en el extranjero y casi de manera exclusiva en los Estados Unidos, una de las razones por la que su influencia en el proceso significó que se adoptase el modelo médico norteamericano en San Isidro.

Un mecanismo relevante para alentar el isomorfismo normativo es la filtración de personal. En muchos campos organizacionales, la filtración ocurre al contratar individuos que provienen de empresas dentro de la misma industria; por medio del reclutamiento de personal que hace carreras cortas en un limitado número de instituciones de enseñanza. (Powell & DiMaggio, 1999, p. 114)

El caso más notorio de filtración de personal fue el de Carlos León en el marco del Plan Tulane Colombia, quien fue auspiciado por la Fundación Rockefeller para adelantar sus estudios de postgrado en la Universidad de Tulane en los Estados Unidos. Esta Universidad estuvo a cargo de la misión médica Lapham que visitó universidades y hospitales colombianos para la elaboración de un informe con recomendaciones de cómo actuar en materia de salud en el país. Carlos León, al finalizar sus estudios fue enviado a Colombia para asumir la dirección del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle que recién se creaba y se designaba como ente consultor y científico del proceso de cambio institucional de San Isidro. Así mismo, tiempo después, otros profesionales viajaron al extranjero para continuar con sus estudios gracias a los recursos aportados por las fundaciones norteamericanas, con el objetivo de retornar al país.

A nivel institucional, el contexto en el que se enmarca el cambio del Asilo San Isidro está relacionado con modificaciones profundas a nivel internacional, nacional y regional, en términos de procesos de modernización del país, cambios en la enseñanza y práctica médica, modificaciones en cómo se define la salud, la atención psiquiátrica y los servicios de salud en general. Así mismo, como menciona Arboleda (2013), durante este periodo se reclutaron profesionales con formación en el extranjero a través de becas, siendo el destino más frecuente los Estados Unidos y se diseñaron cursos de psiquiatría para enfermeras y trabajadores sociales. Esta serie de situaciones implicaron cambios significativos en el sistema de creencias de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle y su departamento de psiquiatría debido a que fue el modelo norteamericano de salud y psiquiatría el que imperó en sus procesos académicos y de consultoría en San Isidro.

Por las razones ya descritas y en particular, por los cambios en el sistema de creencias que dinamizó el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle en su labor de agente consultor y científico, su participación en el paso del asilo al hospital se tradujo en una transformación para San Isidro a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico.

LA ASIGNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA COMO ENTE CONSULTOR Y CIENTÍFICO

En el año 1955 se asigna al Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle como ente consultor y científico del Asilo San Isidro. El Dr. Carlos León, fue quien asumió su dirección, un ecuatoriano recién llegado de los Estados Unidos, una vez finalizó sus estudios de especialización en psiquiatría en la Universidad de Tulane. Entre las tareas que se le encargaron al departamento se destaca la elaboración de un informe para determinar cuál era el estado del asilo. En esta primera experiencia, Carlos León fue acompañado por Rómulo Mejía, un profesor de psiquiatría de la Universidad del Valle y Médico Director del Asilo.

Después de la revisión de la institución el informe se entregó un 24 de octubre de 1955 a Alex Cobo, el presidente de la Junta pro-construcción, en el que se subrayó que las condiciones terapéuticas y de diagnóstico eran propias de la Edad Media:

Las presentes condiciones asistenciales que el Asilo ofrece, hartamente conocidas por usted, por lo demás, no son concebibles ni siquiera en el establecimiento penal más abyecto [...] uno de nosotros, que ha completado su formación

profesional en centros psiquiátricos de los Estados Unidos de América, se halla por esta razón, particularmente impresionado por el lamentable estado de miseria y abandono en el que se encuentra el Asilo y ofrece desde ya su colaboración incondicional en los aspectos técnicos y científicos para tratar, en lo posible, de mejorar dicha situación. (León y Mejía, 1955, p. 2)

Una vez se dio a conocer el informe del departamento de psiquiatría, Alex Cobo se comunicó con el Director Departamental de Salud Pública, Fortunato Aljure con el objetivo de acceder a un auxilio económico que permitiese dar continuidad al proyecto de construcción del nuevo edificio. Por ese motivo Alex Cobo mencionó que:

La Junta de San Isidro está recibiendo la colaboración entusiasta y la asesoría técnica de la Escuela de Medicina y de su Departamento de Psiquiatría, por medio de conexiones científicas en el país y en el exterior, se está obteniendo la información técnica más adecuada. (Cobo, 1955, p. 3)

La respuesta del Director Departamental de Salud Pública coincidió con lo expuesto por Alex Cobo sobre la necesidad de un hospital con estas características en el Valle del Cauca, resaltando que era un absurdo trasladar a los enfermos mentales a otras ciudades “pudiendo atender esos mismos enfermos en el Asilo San Isidro de la ciudad” (Aljure, 1955, p. 1). De igual forma, Fortunato Aljure en su comunicación con Cobo especificó algunos aspectos necesarios para que el Asilo San Isidro se constituyera como un hospital psiquiátrico, entre los que se destaca la búsqueda por contar en el Valle del Cauca con un hospital psiquiátrico que tenga unas condiciones adecuadas y pertinentes para las necesidades de asistencia y docencia.

Tiempo después el proyecto de construcción del nuevo edificio empezó, y además de los problemas económicos como constante, se sumó la falta de experiencia del ingeniero en una obra de estas características, lo que implicó múltiples retrasos y las visitas constantes de Carlos León en compañía de Alex Cobo para evaluar los avances y presentar recomendaciones sobre cómo permitir la continuidad del ingeniero.

Durante este periodo de reformas en el nuevo edificio las instrucciones suministradas con la participación científica del departamento de psiquiatría, indicaban que se construiría un tramo para consulta externa, oficinas administrativas, consultorios, laboratorio, electroencefalografía, odontología, rayos X, farmacia, un espacio para el alojamiento de la comunidad religiosa, capilla, zonas de esparcimiento para los pacientes, servicios varios, aulas

para conferencias y docencia. En cuanto a las antiguas instalaciones de la institución se destinarían como área de reclusión para los pacientes crónicos.

Por otro lado, en 1961, año en que se inaugura el Hospital Psiquiátrico San Isidro, se presentaron los nuevos estatutos de la institución, que implicaron una modificación de la Junta Directiva que antes se denominaba Junta pro-construcción, ya que a partir de ese momento el modo en que se iban a seleccionar sus miembros sería el siguiente: uno por el Ministerio de Salud Pública; dos por la Beneficencia del Valle del Cauca; uno por la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle; dos elegidos por el Concejo Municipal de Cali; y uno por el Gobernador Departamental del Valle del Cauca. En relación con las funciones de la Junta Directiva consistían en: aprobar o desautorizar el presupuesto que el médico director presente; modificar los estatutos en caso de ser necesario; dictar las normas de contabilidad; nombrar al médico director; crear y suprimir cargos en la institución; autorizar permisos, contratos y similares; y ser la entidad suprema del hospital.

Por otro lado, los nuevos estatutos constituyeron un Consejo Médico que estaba integrado por: un médico director a cargo; el decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle o por su representante; el Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle o por su representante; un médico nombrado por la Junta Directiva; el Jefe del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. Las funciones de este ente eran: orientar, organizar y definir la actividad médica y científica del hospital; sugerir un médico director a la Junta Directiva; nombrar al personal científico entre los candidatos que fuesen propuestos por el médico director; aprobar las solicitudes de los residentes y médicos internos; aplicar sanciones al personal científico por faltas de carácter ético, científico o disciplinario; y actuar como una entidad directiva en asuntos médicos y científicos del hospital.

Las anteriores disposiciones establecieron que la Junta Directiva se iba a componer por representantes de instituciones oficiales, entre ellos un miembro de la Universidad del Valle, a diferencia de lo que sucedía con la Junta pro-construcción. Para el Consejo Médico se asignó un mínimo de tres miembros entre cinco que hicieran parte de la Universidad del Valle, ratificando así que su participación no sería solo la de un ente consultor, como lo fue pocos años atrás o como garante de la construcción del nuevo edificio, sino que se daría continuidad al trabajo de apoyo en la toma de decisiones para el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

Las obras de reforma y ampliación se entregaron finalmente el 6 de abril de 1961 (Acta de entrega y recibo de las obras, 1961) por parte del ingeniero a cargo de la obra. Después de diversos obstáculos y errores en la construcción,

el Hospital Psiquiátrico San Isidro se dotó de: un bloque administrativo, bloque de docencia, capilla, entrada de automóviles y parqueadero de médicos, vivienda de religiosas y personal femenino, vivienda de médicos, consulta externa y urgencias, servicios de diagnósticos, tratamientos y generales.

APORTES DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA: DEL ASILO AL HOSPITAL

El paso del Asilo al Hospital San Isidro se enmarca en un campo organizacional y un sistema de creencias que está atravesado por modificaciones profundas sobre: la concepción de la salud, la formación médica, el modelo de atención clínica en Colombia, la profesionalización de la psiquiatría y la modernización del país. En torno al concepto de sistema de creencias, alude a las ideas, valores o prácticas en un campo organizacional. Por lo tanto, si el objetivo es permanecer en un contexto institucional determinado, es necesario amoldarse a las prácticas, expectativas, ideas y valores, más allá que, por cuestiones técnicas, los cambios representen una mejora en el rendimiento o no.

El departamento de psiquiatría aportó en la configuración de San Isidro como un hospital psiquiátrico en cuatro niveles: 1) administrativo, debido a la reorganización que se aplicó a la estructura del personal, los cambios en la atención a los pacientes y las modificaciones presupuestales; 2) la práctica psiquiátrica, a raíz de la incorporación del modelo clínico fisiopatológico norteamericano; 3) docencia, al promover en la institución la formación de especialistas en psiquiatría y fomentar la investigación; y 4) los cambios arquitectónicos, necesarios por los requerimientos de un hospital psiquiátrico en su planta física para el desarrollo de las actividades médicas, administrativas y docentes.

Aportes administrativos

En términos de contexto, el nombramiento del departamento de psiquiatría como ente consultor y científico de San Isidro se enmarca dentro de varios procesos de cooperación o consultoría de expertos enviados desde los Estados Unidos. El ejemplo más notorio es el de la Universidad de Tulane, que se inscribe en el campo organizacional por: 1) la misión médica Lapham que visitó Colombia y que fue enviada desde esta universidad; 2) en uno de los prospectos de la Facultad de Medicina se hace referencia al Plan Tulane Colombia, en el que “dentro de ese programa contamos con las visitas periódicas de distinguidos profesores de la Universidad de Tulane y de otros

centros científicos de renombre” (Orozco, 1984, p. 120); y 3) Carlos León una vez finalizó sus estudios de postgrado en la Universidad de Tulane fue enviado como parte del programa y asumió la dirección del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle recién se constituía esta entidad. En otras palabras, desde la misma institución de la cual, pocos años atrás, se enviaron expertos a visitar las universidades y hospitales del país, se designó a uno de sus egresados como director del naciente departamento de psiquiatría, que, a su vez, fue una de las personas a cargo de guiar a nivel administrativo, docente, arquitectónico y de la práctica médica a San Isidro.

Durante su etapa como asilo y los años previos a la construcción del hospital nuevo, San Isidro dependía, casi en exclusiva, de las estrategias de la Junta pro-construcción para disponer de fondos con los cuales solventar las necesidades de la institución. Inclusive el mismo año de inauguración del edificio fue necesaria la realización de un evento para cubrir parte de los gastos del proyecto.

Ahora bien, desde el año 1956 con el ingreso de los fondos que provenían del Gobierno Nacional, la Alcaldía de Cali y la Beneficencia del Valle, el presupuesto se amplió para trabajar en las adecuaciones técnicas sugeridas por el departamento de psiquiatría. Una de las primeras medidas implementadas consistió en encargar al personal científico y de servicio social establecer el origen de los enfermos mentales en los casos que la información era insuficiente (Gobernación del Valle, 1958). La medida fue promovida por la Gobernación del Valle del Cauca, pues determinar el origen de los pacientes era clave para calcular las contribuciones de los municipios referentes y el costo de sostenimiento de los enfermos mentales.

Así mismo, desde el extranjero el apoyo de la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg repercutió en el departamento de psiquiatría y por extensión en San Isidro, al financiar los estudios de postgrado del cuerpo docente de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en el extranjero, la compra de equipos y una mejora significativa de la biblioteca. Estos aportes son clave, porque, como se muestra en los siguientes párrafos, influyeron en la práctica docente y de investigación del departamento y hospital.

A partir de un estudio realizado a mediados de la década del sesenta por la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle, como se denominaba en aquel momento a la actual Facultad de Salud, se señala el aporte de las fundaciones norteamericanas a través de un informe general sobre esta facultad y sus proyectos en curso (Resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966, s.f.). Al respecto, como se puede observar en la Figura 1 se subraya que la participación económica de estas fundaciones superó incluso al Estado.

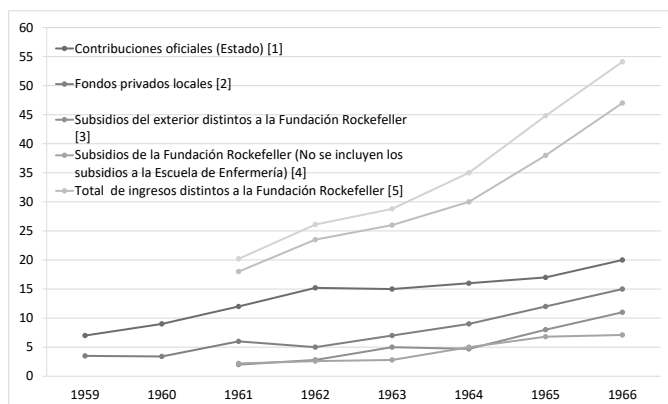


Figura 1. Fondos de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle (1959-1966)

Fuente: adaptación propia con base en el resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966 (s.f.). Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971. Archivo Central de la Universidad del Valle.

Por otro lado, la estructura del personal se modificó al disponer de más fondos y espacios especializados, como lo muestra la Tabla 1.

Tabla 1. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1956

Cantidad	Cargo
1	Síndico Administrador
1	Mecanógrafa Secretaria
1	Capellán
1	Directora ecónoma
1	Chofer
1	Jefe de cocina
1	Portero vigilante
1	Peluquero vigilante
1	Repostero
3	Lavanderas
2	Enfermeras jefes
3	Enfermeras auxiliares
1	Hortelano
3	Costureras
5	Cocineras
Total	26

Fuente: elaboración propia con base en datos de la Resolución 1 del 1 de noviembre de 1956. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

La construcción de salas especializadas y la adquisición de equipos para la práctica médica implicó un proceso de selección y contrataciones, razón por la que ocho años después, la estructura del personal fue la que se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1964

Cantidad	Cargo
3	Dirección, administración, secretaria
1	Caja y recaudos
4	Contabilidad
8	Vigilantes, porteros, mensajero
17	Personal de mantenimiento general
10	Dirección comunidad y capellanía
1	Motorista
2	Estadística
1	Servicio social
1	Telefónica
2	Almacén
1	Farmacia
3	Calderas
15	Cocina y panadería
11	Lavandería
115	Servicio general de medicina
1	Odontología
1	Laboratorio
1	Radiología
9	Ergoterapia
Total	207

Fuente: elaboración propia con base en datos de la relación de sueldos para 1964. 30 de noviembre de 1963. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Desde la década del sesenta, un año antes de terminar con la construcción del edificio nuevo, el personal se organizó por áreas de acuerdo con sus tareas o profesión, es decir, un paso más hacia la especialización. En definitiva, para 1964 la estructura del personal se había dividido en veinte secciones y el total de trabajadores se había octuplicado.

Los valores, prácticas e ideas que dinamizaron el sistema de creencias en San Isidro en su concepción clínica, obligaron a cumplir con una serie de requisitos mínimos en la institución, como incorporar personal calificado para las tareas de un hospital psiquiátrico moderno, adquirir equipos especializados para la práctica médica, adecuar las instalaciones de la planta física

y atender la enfermedad mental como un resultado de múltiples factores, en otras palabras, era necesario contar con personal de disciplinas diversas, como enfermeras, trabajadores sociales o psicólogos. Además, se crearon secciones para reunir al personal calificado como: un médico director, un administrador, un contador, asistentes contables, oficial de estadística, encargado de las historias clínicas, asistente social, secretaria de admisión, médicos para consulta externa o interna, residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogo, laboratorista, ayudante de rayos X y un terapeuta ocupacional.

La decisión de modernizar y priorizar una práctica médica especializada en el hospital no solo respondía a la guía directa del departamento de psiquiatría, sino que, por las condiciones de contexto para la práctica médica y psiquiátrica, al revisar los informes de la Organización Mundial de la Salud [OMS] del año 1957 sobre salud mental de la época y las recomendaciones de las misiones médicas norteamericanas se nota una influencia considerable en la toma de decisiones, en particular en la inclusión de cargos y secciones como: ergoterapia (terapia ocupacional), consulta externa, servicio social, laboratorio, historias clínicas, un director de tiempo completo y personal de apoyo (enfermeras y residentes).

Como parte de la reorganización del personal, se destaca la preocupación manifestada por Rómulo Mejía, quien fue el médico director de San Isidro hasta 1960, al renunciar a su cargo un año antes de terminar con la construcción del edificio nuevo, anotando que al estar el proceso en su última fase y ampliarse las opciones de atención, se requería de una persona que en realidad fuese especialista en el cargo, porque la necesidad en esa etapa consistía en impulsar los servicios docentes y asistenciales, así que la mayor parte del tiempo de quien resultase encargado, debía destinarse a estas funciones (Mejía, 1960). Para reemplazarlo se nombró a Ernesto Zambrano de tiempo completo en el cargo de médico director (Cobo, 1960), un profesor del departamento de psiquiatría, que continuó formando parte del departamento como docente, pero solo para guiar la toma de decisiones en los planes de estudio vinculados con el hospital.

Por otro lado, la relación entre el Hospital Psiquiátrico San Isidro y la Universidad del Valle en este periodo no se redujo al departamento de psiquiatría. La contratación de una instructora de enfermería psiquiátrica (Rizzotto, 1960), es un ejemplo de ello, caso en el que se optó por determinar que su sueldo lo pagase la Escuela de Enfermería (Viveros, 1960). Gracias a la inclusión de esta instructora, las constantes visitas del personal del departamento de psiquiatría, las prácticas clínicas de los estudiantes y los cambios en la estructura del personal, a nivel administrativo el hospital con-

siguió aminorar sus gastos, particularmente por la labor de los residentes, internos o estudiantes de disciplinas afines a la atención en salud mental. Al revisar la estructura del personal en 1964 se pudo constatar que había: un médico jefe de consulta externa, un médico instructor, un médico de personal y consulta interna, y nueve residentes.

En torno a los residentes, el informe de la misión médica Lapham, subrayaba que era necesario para los estudiantes de medicina formarse durante sus años clínicos en el hospital:

Los años quinto y sexto de la carrera médica deben ser integrados en una etapa final, en la cual los estudiantes dediquen todo su tiempo, desde temprano en la mañana hasta tarde en la noche en el hospital asociado a la escuela de medicina. Sería ideal si pudieran vivir en el hospital [...] Mientras tanto deben proveerse facilidades para que los estudiantes puedan comer en el hospital, o cerca de él, de manera que se ausenten solamente para dormir en la noche. (Lapham et al., 1954, p. 519)

Los residentes del hospital eran remunerados y se incorporaron a la resolución de sueldos del hospital. A su vez, las instalaciones del edificio se adecuaron para disponer de una zona de residentes, facilitando que se integraran a la estructura del personal, aumentando con esto la cantidad de los mismos, como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Residentes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1959-1964

Año	Cantidad
1959	3
1960	4
1962	9
1963	10
1964	9

Fuente: adaptación propia con base en el resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966 (s.f.). Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971. Archivo Central de la Universidad del Valle.

Para terminar, y como se muestra en el siguiente apartado sobre la práctica médica y psiquiátrica, se fortaleció la consulta externa y los servicios ambulatorios, tanto con fines terapéuticos como de aminoración de costos, pues es mucho más económica esta clase de atención a la hospitalización.

PRÁCTICA MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA

Una de las principales preocupaciones que surgió después de la primera visita de Carlos León al Asilo San Isidro en representación del departamento de psiquiatría, tuvo que ver con la inexistencia de historias clínicas para el registro de tratamientos, diagnósticos, datos personales o de evolución del paciente. A raíz de lo anterior, a partir de 1956 se introdujo el registro de historias clínicas, mismo año en que ocho consultorios se habilitaron para consulta externa y una oficina para el almacenamiento de las historias clínicas.

Antes de la intervención del departamento de psiquiatría la información que se registraba de los pacientes se hacía en hojas sueltas y se centraba en datos personales como nombre, edad, procedencia, sesiones de terapia de electrochoques con su fecha de aplicación y comentarios breves sobre su comportamiento, como se puede apreciar en la Figura 2. Por tanto, se trataba de un instrumento rudimentario de registro de datos, en el que no se contemplaba el diagnóstico o el tratamiento a seguir, a menos que se hubiesen realizado sesiones de electrochoques.

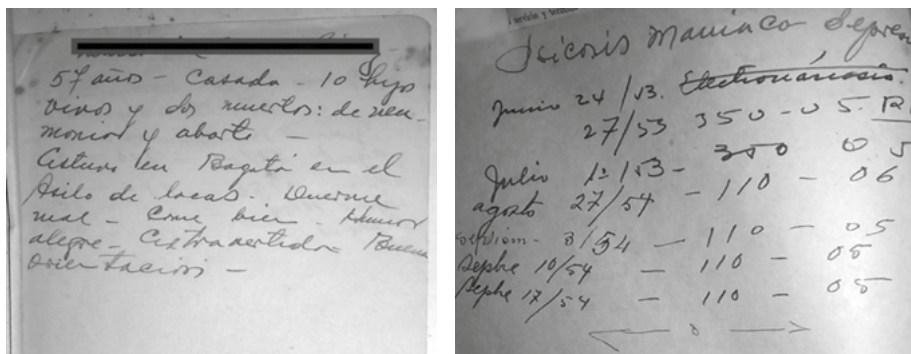


Figura 2. Hojas sueltas usadas como una historia clínica rudimentaria

Las historias clínicas se incorporaron a la práctica médica como un instrumento para tecnificar el registro de los datos, facilitar futuros procesamientos para el análisis y en particular establecer un control de la evolución del paciente.

El formato de historia clínica de la Figura 3 muestra cómo se incluyeron campos de registro de: fecha de ingreso, número de historia clínica, edad, sexo, estado civil, profesión, médico tratante, sala asignada (si es hospitalizado), domicilio, entidades o personas de quien depende, nombre y dirección de parientes o amigos, informantes, causa de la salida y fecha de la salida. Así mismo, la hoja de registro contaba con un espacio en blanco

para incluir datos sobre los antecedentes familiares y una transcripción de la entrevista psiquiátrica que el médico de turno realizaba.

La introducción del nuevo instrumento para las historias clínicas significó el fortalecimiento del proceso de rehabilitación del paciente y el modelo de atención en salud mental en San Isidro, al diagnosticar, medicar, recetar medicamentos y asignar un tratamiento de acuerdo con el cuadro del paciente.

Hospital Psiquiátrico "San Isidro"
- CALI -

ENCUESTA SOCIAL N.º _____
HISTORIA CLÍNICA N.º _____

FECHA: Julio 2/57

NOMBRE: _____

EDAD: 17 SEXO: M. ESTADO CIVIL: Soltero PROFESIÓN u OFICIO: ayuda al padre

MEDICO TRATANTE: _____ SALA N.º: _____
DIRECCIÓN DEL PACIENTE: Calle 44 # 4N-22 Barrio Lina 11
CONDOMINIO _____

ENTIDADES u PERSONAS DE QUIEN DEPENDE: El padre

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE PARIENTES u AMIGOS: La misma dirección

PERMANENTES: El padre.

FECHA DE SALIDA: _____
CAUSA: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ma de Cruzella. La trae, porque está de vuelta "
enfermedad actual... Hace 10 días, se muestra vulgar, desobediente,
se le da de que lo quiere matar, cuando le dan los alimentos
no come ni duerme. Últimamente agresivo con sus padres (la mamá
padre) y vecinos; tiene visión consistente en que se "oculta" gente
bravo, demonios etc; se siente otra persona; dice que es una "ballena
o caballo o puerco" a veces siente que lo llaman. "Ave: por
que me llaman?" me van a volver loco." En ocasiones me refiero
de mis amigos. La mayoría de las veces se refiere de la mamá

Figura 3. Historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956

Ahora bien, el instrumento de historias clínicas se mantuvo en revisión constante y durante los primeros años de la década del sesenta se aplicaron cambios para dar más rigurosidad al registro de información. Por tal motivo, los campos del formato de 1956 se conservaron, adicionando: raza, religión, lugar de procedencia, tipo de atención, clase de paciente, clase de admisión, clasificación socioeconómica, admisiones previas, tratamientos previos, número de admisiones, enfermedad intercurrente, sesiones de psicoterapia, sesiones de terapia de electrochoques, estado al salir, días de permanencia, diagnóstico, drogas recetadas, grado de educación y otros tratamientos.

Esta serie de cambios que se materializaban en el modelo de historias clínicas de San Isidro es una de las consecuencias operativas de las ideas, valores y prácticas del sistema de creencias que el departamento de psiquiatría movilizó con relación a ofrecer una visión amplia de la enfermedad mental. De todos modos, hay que aclarar que, pese a la creación del instrumento, al

consultar las historias clínicas, buena parte de los campos no se registraban o los datos eran inconsistentes.

Los cambios en la práctica médica de San Isidro no solo se concentraron en el formato de historia clínica, sino en la adopción de los principios del modelo médico norteamericano de prevención y fomento de la salud pública. En uno de los informes de la OMS de la época, se expone cómo tendría que proyectarse un hospital psiquiátrico, resaltando como elementos cruciales la prevención y la promoción de la salud pública para consolidar un modelo de atención en el que la cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas de urgencia disminuyera, para centrar los esfuerzos en “la creación de medios de tratamiento extrainstitucionales y de otras formas de asistencia psiquiátrica en el seno de la colectividad” (OMS, 1957, p. 4).

Además, los trastornos psicóticos hasta mediados del siglo XX se trataban con métodos terapéuticos de eficacia clínica dudosa. Durante la década del cincuenta la situación empezó a cambiar porque se experimentó una “revolución en el abordaje de los trastornos psiquiátricos [...] gracias a la introducción en clínica de las primeras herramientas farmacológicas dirigidas al manejo de los pacientes esquizofrénicos” (López et al., 2002, p. 38). De esta manera se dio paso a la denominada *revolución psicofarmacológica*, ya referenciada en otros capítulos; medicamentos como la clorpromazina en 1952 y la reserpina en 1953, buscaban tener un efecto sedante para calmar la ansiedad, agresividad y movimientos bruscos de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, sin que perdieran la orientación y manteniendo un grado de objetividad considerable en comparación a los barbitúricos.

Ahora bien, el asunto clave consiste en que la revolución psicofarmacológica marcó un punto de inflexión que promovió fuertes modificaciones en los tratamientos psiquiátricos que imperaban, pues, por sus características, permitió que los enfermos mentales pudiesen ser atendidos por fuera de los centros de atención y por lo tanto ser trasladados a espacios de cuidado familiar o de contactos cercanos, ya que a los enfermos mentales se les recetaba un psicofármaco para que retornaran a casa, mientras se asistía al hospital cada cierto tiempo en su servicio de consulta externa.

Como era de esperarse, San Isidro también fortaleció la consulta externa y en la práctica clínica la revolución psicofarmacológica dejó su impronta, pues el Largactil o clorpromazina fue el psicofármaco más recetado durante los primeros años del asilo. De acuerdo a la base de datos construida con las historias clínicas revisadas se tiene la información de la Figura 4.

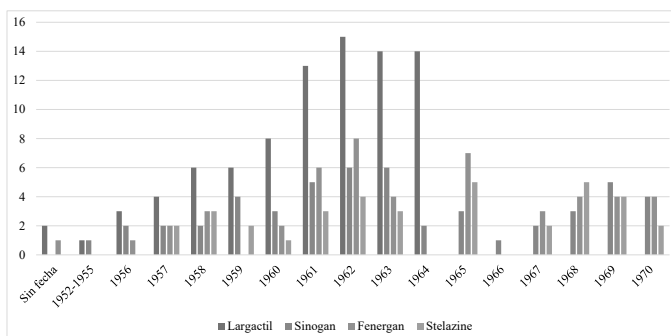


Figura 4. Distribución de los principales medicamentos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1965

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos de historias clínicas. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

Los esfuerzos por fortalecer la consulta externa se debían no solo a la reducción de costos que implican los tratamientos extrainstitucionales, sino porque facilitaban la atención del paciente al no perder contacto con su familia. Inclusive y según la situación, quien era atendido podía seguir trabajando y evitar la compleja tensión que representa para un paciente asistir a un hospital psiquiátrico y adaptarse a su vida en estas nuevas condiciones (OMS, 1957). El trabajo para consolidar y robustecer la consulta externa de San Isidro se constata en la Figura 5 destacando que el número de consultas sostuvo un crecimiento acelerado, mientras que el de hospitalizaciones, aunque se incrementó de manera constante, la tasa a la que aumenta no se compara a la de consulta externa.

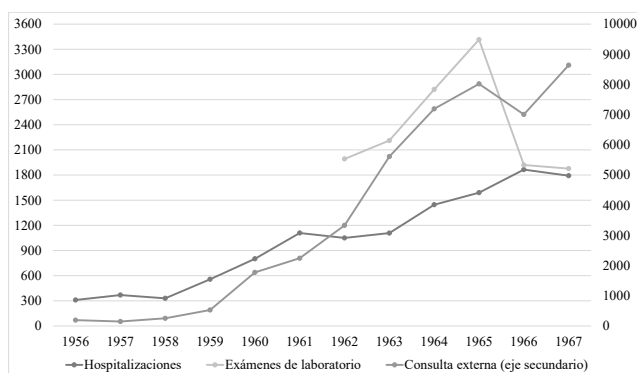


Figura 5. Servicios del Hospital Psiquiátrico San Isidro por año 1956-1957

Fuente: adaptación propia con base en el resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966 (s.f.). Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971. Archivo Central de la Universidad del Valle.

Una situación recurrente para el servicio de consulta externa era que, después de una primera visita del paciente, su proceso se prolongaba en el tiempo y continuaba asistiendo a la institución con regularidad. Es decir, un ejemplo más de cómo, en los casos que no eran crónicos o podían controlarse con psicofármacos, se optaba por implementar una estrategia de atención por fuera del hospital y con visitas periódicas.

En la Tabla 4 se observa la información que se recolectó de una historia clínica de un hombre que ingresó a San Isidro a los 25 años por primera vez, siendo diagnosticado con una reacción esquizofrénica indiferencia crónica.

Tabla 4. Hospitalizaciones y razón de la salida de la historia clínica 00088

Fecha de reingreso	Razón	Fecha de salida	Razón
26 de noviembre de 1964	Hospitalizado	12 de enero de 1965	Mejorado y por orden médica
25 de abril de 1966	Hospitalizado	6 de mayo de 1966	Mejorado y por orden médica
2 de agosto de 1966	Hospitalizado	No registrada	
31 de febrero de 1969	Se atiende una crisis.		
31 de mayo de 1971	Hospitalizado	11 de junio de 1971	Sale acompañado por la madre
10 de marzo de 1974	Hospitalizado	27 de marzo de 1974	Mejorado y por orden médica
25 de mayo de 1974	Hospitalizado	19 de junio de 1974	Remitido al Hospital San Rafael de Pasto
9 de noviembre de 1981	Atendido por urgencias		
20 de enero de 1982	Hospitalizado	9 de febrero de 1982	Mejorado y por orden médica
19 de febrero de 1988	Hospitalizado	3 de marzo de 1988	Mejorado y por orden médica
29 de mayo de 1990	Atendido por urgencias		
21 de julio de 1993	Hospitalizado	Agosto de 1993	Mejorado y por orden médica

Fuente: elaboración propia con base de datos de historias clínicas.
 Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

En la Tabla 4 solo se enseñan los ingresos por urgencias u hospitalización debido a que las visitas del paciente por consulta externa durante 30 años fueron constantes. Respecto a las hospitalizaciones se registran cada tres años o más y se dan como consecuencia de crisis o urgencias, pero

que en un periodo de tiempo corto son atendidas para ordenar la salida del paciente por mejoría. En otras palabras, en la práctica clínica la consulta externa asumió el rol del servicio principal a promover, seguido por las hospitalizaciones, aunque en este último caso con la intención de que la persona estuviese en la institución la menor cantidad de tiempo posible.

Para contextualizar el Hospital Psiquiátrico San Isidro en el entorno colombiano y continuar demostrando el influjo norteamericano en la institución, se propone revisar algunos datos de un informe que a finales de la década del sesenta se elaboró sobre actividades hospitalarias (Informe de actividades hospitalarias, s.f.) en el que se compararon distintos centros de atención en salud mental.

En la Tabla 5 se puede apreciar que el número de egresos de San Isidro presentó un incremento que se sostuvo año tras año, que casi se duplicó en los primeros cuatro años y que siempre superó al registro anterior.

Tabla 5. Número de egresos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1960-1968

Año	Cantidad
1960	809
1962	1050
1964	1446
1966	1865
1968	1898

Fuente: elaboración propia con base en el informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

Tabla 6. Camas psiquiátricas en Colombia para el año 1967

Departamento	Cantidad
Cundinamarca	2.552
Nariño	1.120
Antioquia	966
Santander	650
Valle del Cauca ³⁸	253
Atlántico	198
Norte de Santander	125
Boyacá	75

Fuente: elaboración propia con base en el informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

³⁸ Todas las camas psiquiátricas del Valle del Cauca son las del Hospital Psiquiátrico San Isidro.

En comparación con los otros hospitales psiquiátricos del país, en cantidad de egresos solo dos superaron a San Isidro en 1967: 1) el Hospital Mental de Antioquia con 3.213 egresos, pero con 966 camas disponibles, casi cuatro veces más que San Isidro que tenía 253 camas; y 2) el Hospital San Camilo de Bucaramanga con 2.210 egresos y 650 camas disponibles. Por otro lado, en la Tabla 6 se puede ver la distribución de camas psiquiátricas colombianas en 1967.

La Tabla 7 constata la afirmación del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (1957) después de sugerir que los hospitales psiquiátricos robustecieran su servicio de consulta externa para disminuir el número de hospitalizaciones, anotando al respecto que “se puede demostrar que cuanto más aumentan las consultas externas más puede reducirse el número de camas del hospital” (p. 9). Los datos estadísticos para el área de consulta externa, una vez los cambios en el sistema de creencias se afianzaron, son claros al lograr que las consultas se octuplicaran en ocho años a partir de 1960.

Tabla 7. Atención por consulta externa en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1960-1968

Año	Cantidad
1960	1.175
1962	3.334
1964	7.193
1966	7.007
1968	8.833

Fuente: elaboración propia con base en el informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972.

Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

En términos de ampliar la cobertura, San Isidro en 1967 se ubicó como el hospital psiquiátrico que atendió más pacientes nuevos en Colombia con 2.029 casos, seguido por el Hospital Mental de Antioquia con 866 pacientes y en tercer lugar el Neuropsiquiátrico de Sibaté. En cuanto al índice de renovación, es decir, la cantidad de veces que una cama se usó por un paciente en un año, el Hospital Psiquiátrico San Isidro logró el índice más alto de todo el país en 1967 con un 7.1, donde los hospitales que más se acercaron fueron: el Hospital de Cúcuta Rudesindo Soto con 6.5, el Psiquiátrico de Boyacá con 5.4 y el Hospital San Camilo de Bucaramanga con 3.4.

Un índice más que se construyó en el informe de actividades hospitalarias fue la tasa de egresos psiquiátricos. Para calcularla se utilizó el número de egresos por cada 10.000 habitantes. El total del país fue de 14.27, mientras que en San Isidro fue de 28.7, es decir, el doble de la tasa nacional.

Los datos demuestran que el rol de la consulta externa fue central en el proceso de constitución de San Isidro como hospital psiquiátrico moderno a partir de la concepción médica norteamericana que el departamento de psiquiatría dinamizó y a los aportes del sistema de creencias que se configuraron en torno a la revolución psicofarmacológica, la promoción de la salud pública y los tratamientos extra-institucionales. El punto clave de estas ideas, valores y prácticas se encuentra en el modelo flexneriano con su concepción industrializadora del hospital en la que el sustento teórico y práctico, se fundamenta en dar prioridad a las ciencias básicas, prevalecer la práctica clínica de los estudiantes en el hospital, destinar a actividad académicas en exclusiva y a tiempo completo al personal docente, establecer un vínculo entre cada escuela y un hospital, una creciente especialización de la disciplina, y promover tanto la investigación como la enseñanza en función de la escuela de medicina. Ahora bien, el modelo flexneriano fue movilizadado en el país por las misiones médicas norteamericanas Humphreys y Lapham, en las cuales:

Se propugnaba por un hospital moderno, de alta tecnología, secularizado, manejado como una empresa, con prestación de servicios médicos las 24 horas, dispuesto a recibir cualquier trabajador industrial en cualquier momento, asegurando su regreso al trabajo lo más rápidamente posible para no interrumpir el proceso de producción en cadena. (Pineda, 2014, p. 260)

Por otro lado, durante este periodo la OMS reelaboró el concepto de higiene y promovió el de salud al definirlo como: “un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (Bertolote, 2008, p. 114). Así mismo, se estableció una diferenciación conceptual entre higiene mental y salud que se definió como:

La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico. (Bertolote, 2008, p. 113)

De este modo, el proyecto de la OMS hacía énfasis en incorporar una dimensión social a la salud, introducir los servicios alternativos en los hospitales y promover la salud pública. Respecto a los hospitales psiquiátricos la

indicación consistía en remarcar que debían contar con servicio de consulta externa, hogares de transición, hospital día, dispensarios de salud mental y clubes de expacientes.

Estas condiciones contextuales también tuvieron repercusión en el proyecto de San Isidro, que además de preocuparse por robustecer su servicio de consulta externa, en la práctica médica y psiquiátrica tuvo modificaciones o como mínimo se instauraron nuevas estrategias de atención. Por ejemplo, los electrochoques eran el tratamiento principal que se aplicaba por su efectividad para los casos de esquizofrenia, que para el año 1966 era el diagnóstico que más se registraba (Orejuela, 2014), pero en medio del cambio institucional y de contexto para la atención psiquiátrica, se incorporaron otras prácticas.



Figura 6. Hombres en un taller del Hospital Psiquiátrico San Isidro

Fuente: s.f. (Aprox. Década del 80). Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.

La terapia ocupacional surgió como un método de atención en el que se ocupaba al enfermo mental y se buscaba que se sintiera útil. Por esa razón, de acuerdo con las habilidades, aptitudes, ocupación y consideraciones socioeconómicas, los pacientes eran destinados a trabajar en talleres de carpintería, costura, fabricación de escobas o colchones, como se puede apreciar en la Figura 6. Otra de las vías que se impulsaron fue la psicoterapia, que, pese a la falta de claridad de los datos respecto a su implementación, parece ser que se delegó principalmente a los residentes. De todos modos, al revisar la información de las historias clínicas es evidente que el enfoque de trabajo era psicoanalítico, donde el test de Rorschach era el que se aplicaba con más frecuencia por parte de los miembros del departamento de psiquiatría, en particular, para los casos en los que se atendían niños o no había la total certeza de recetar psicofármacos.

Por otro lado, antes de la década del cincuenta, los médicos que trabajaban en el país continuaban sus estudios de postgrado en universidades del extranjero, pues en Colombia no existía oferta académica suficiente. En su mayoría el destino seleccionado era Francia, lugar en el que imperaba el modelo anatómico-clínico o francés, que se caracterizaba por centrar la explicación de la enfermedad como una consecuencia de una lesión a nivel anatómico en un órgano. Igualmente, la enseñanza era teórica y magistral en su totalidad (Díaz, 2011). A raíz de lo anterior, los médicos formados en el sistema educativo francés al retornar a Colombia afianzaban este modelo clínico y de enseñanza en el país al introducir sus prácticas, valores e ideas.

El punto de inflexión se dio tras la Segunda Guerra Mundial debido al debilitamiento de Europa y al decrecimiento de las posibilidades para continuar con los estudios de los médicos colombianos en este continente. En ese contexto, los Estados Unidos con su avance político, social y económico pasó a ser el destino principal. A diferencia de Francia, en Estados Unidos primaba el modelo fisiopatológico, es decir, una perspectiva médica en la que se piensa la enfermedad como un conjunto de signos, que según sean identificados, se evalúan para diagnosticar un tratamiento. Además, surgieron manuales como el DSM I y el DSM II con los que se clasificaron las enfermedades mentales y se sustentó la práctica psiquiátrica. Finalmente, en el marco del modelo norteamericano se daba prioridad a las ciencias básicas, la práctica clínica en el hospital antes que dedicarse en exclusiva a la teoría, un profesorado a tiempo completo o la introducción de la terapia ocupacional y la psicoterapia como tratamientos alternos en San Isidro, es decir, el modelo Flexner que las misiones médicas Humphreys y Lapham promovieron en Colombia.

APORTES EN DOCENCIA

El establecimiento de la práctica y enseñanza de la psiquiatría no se puede desvincular del proceso de constitución de San Isidro como hospital psiquiátrico, recordando que parte de los cambios para la institución tuvieron que ver con designar a la Universidad del Valle como la entidad a cargo o seleccionar a San Isidro como lugar de práctica y estudio para los residentes.

En ese sentido, la especialización en psiquiatría de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle tuvo su primer graduando en 1958, año en el que el total de egresados de la facultad fue de 15. Los años posteriores hubo más graduandos, pero la especialización en psiquiatría continuó sin ser de

las más demandadas como se puede apreciar en la Tabla 8, pues tan solo el 5.6% de los egresados entre 1958 a 1962 corresponde a esta especialidad.

Tabla 8. Distribución de egresados de la Facultad de Salud y de especialización en psiquiatría

Años	No. de egresados	Psiquiatría
1958	15	1
1959	25	3
1960	18	0
1961	23	1
1962	27	1
Total	108	6

Fuente: adaptación propia con base en el resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, post-graduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966, s.f.

Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971. Archivo Central de la Universidad del Valle.

Ahora bien, parte de las decisiones implementadas en la época se explican por el influjo norteamericano en la Facultad de Salud. Al respecto, su primer decano, Velásquez Palau, cumplió con sus estudios en los Estados Unidos becado por la Fundación Rockefeller y en repetidas ocasiones actuó como intermediario ante esta fundación para sostener buenas relaciones con esa institución. Además, los vínculos con la Fundación Rockefeller se extendieron durante la década del sesenta en aportes económicos, como se mostró en la Figura 1, y a su vez, las misiones médicas promovieron cambios posteriores en la facultad, ya que: su estructura y organización se modificó al crear departamentos por especialidad, se instituyeron programas de residentes en los hospitales de la ciudad, y fue asumido el control del Hospital Departamental Evaristo García y del Asilo San Isidro, en este último caso, con la intervención del departamento de psiquiatría que recién se había creado. Finalmente, Cali fue la primera sede del encuentro de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

A nivel docente el isomorfismo normativo tuvo como influjo principal la reestructuración del programa curricular que se implementó en la Facultad de Salud. La decisión conllevó a que la formación de los médicos se dividiera en dos grandes apartados: el primero para las ciencias básicas y el segundo para la enseñanza clínica y práctica en el hospital. A su vez, la Universidad del Valle fue la primera en Colombia que introdujo un pre-médico de dos años antes de comenzar los cursos de medicina como prerrequisito desde 1956, en aras de reforzar los conocimientos de los estudiantes en

ciencias básicas (Summary of the historic background and future goals of the Universidad del Valle Medical Faculty, s.f.).

Por otro lado, los últimos años de estudio se destinaron para las prácticas en el hospital, escogiendo la sección más acorde según la disciplina, siendo esta una de las razones por la que el número de residentes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro fue incrementando con el paso de los años como se muestra en la Tabla 3. Se aclara que la práctica clínica se asignaba no solo a los estudiantes de medicina que cursaban una materia de psiquiatría o a quienes se matricularon en un postgrado en esta disciplina, solo que, para reducir los costos de sostenimiento al evitar la contratación de médicos de planta y para hacer de San Isidro un centro de enseñanza en la práctica clínica, se integraron estudiantes de disciplinas diversas, pero con relación a la atención en salud mental. La maestría en enfermería psiquiátrica es un ejemplo de lo anterior, programa que empezó a dictarse durante los primeros años de la década del sesenta, al igual que otras propuestas académicas de trabajo social, psicología y salud ocupacional.

Por parte de los cambios a nivel docente, la Facultad de Salud aplicó reformas en su programa académico con base en los informes de las misiones médicas norteamericanas y a su vez, el departamento de psiquiatría impulsó modificaciones en su estructura curricular, dando prioridad a una enseñanza en el hospital e invitando a los estudiantes a que atendieran los casos directamente en la institución, porque no solo se trataba de discutir y memorizar conceptos teóricos de difícil comprensión.

Tradicionalmente se había venido enseñando Psiquiatría durante el 5o. o 6o. año de la carrera de Medicina, junto con las demás especialidades clínicas y con una extensión horaria de no más de dos sesiones semanales predominantemente teóricas y especulativas, con escasas incursiones en el terreno de la clínica, en la forma de demostración y presentación de pacientes y con una absoluta falta de participación del alumnado en el trabajo hospitalario y manejo de casos clínicos. (Prospecto 1959-1960, s.f., p. 208)

Por ejemplo, en el documento final de la misión Lapham se menciona que para el séptimo año de medicina:

El joven graduado debe emplear el año entero en el hospital y en las consultas externas. Debe rotar en todos los servicios según orden del director del hospital, pero de ser posible éstos no deben ser más de cuatro [...] El interno debe vivir en el hospital, y debe ser responsable en todo tiempo de todos los pacientes correspondientes a un número determinado de camas a su servicio,

excepto cuando, al terminar su trabajo diario puede delegar responsabilidad en un compañero interno, por unas pocas horas, mientras descansa. (Lapham et al., 1954, p. 520)

Y en relación con las tareas de un interno se especifica que:

El interno debe ser responsable de anotar el historial y el examen físico en cada uno de sus casos. Debe escribir notas de progreso dependiendo de la condición del paciente. Debe ser responsable de la supervisión del trabajo de los estudiantes de cuarto y quinto año. Debe ordenar tales exámenes en los pacientes como sea necesarios, y debe llevar a efecto por sí mismo aquellas pruebas que él pueda hacer, y ayudar a los profesores en las más difíciles. (Lapham et al., 1954, p. 520)

A partir de estas sugerencias la práctica clínica en el hospital sufrió cambios en los últimos años de estudio del programa. Por ejemplo, en el cuarto año se enseñaba psiquiatría clínica, curso en el que los alumnos debían realizar historias clínicas psiquiátricas completas de los casos que estuviesen a su cargo. El curso era dictado con un enfoque teórico-práctico en una sesión por semana de tres horas en el Hospital Departamental o el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

En el quinto año el estudiante tenía la posibilidad de realizar un externado de tiempo completo en un servicio psiquiátrico hospitalario de San Isidro por un mes, donde la responsabilidad principal consistía en atender casos clínicos de pacientes internos, para estudiarlos y discutirlos. Así mismo, las obligaciones del estudiante eran: analizar por cuenta propia el caso estipulado para el curso, atender la consulta externa del Hospital Departamental y el Hospital Psiquiátrico San Isidro bajo la supervisión de los miembros del departamento de psiquiatría, registrar historias clínicas completas y entrevistar a los familiares de los pacientes, y ofrecer sesiones de psicoterapia a los pacientes internos.

Para el sexto año el mínimo de horas laborales era de 132 y el estudiante se internaba en la rotación del hospital durante seis semanas a tiempo completo. Las funciones correspondían a la atención de consulta externa y admisiones. En cada caso que se aprobara era necesario un trabajo diagnóstico y cada estudiante debía asumir la responsabilidad clínica del caso. A su vez, era un año en el que se enfatizaba en la insulino-terapia, convulsoterapia, sesiones de psicoterapia, exámenes psicológicos especiales y consulta externa. Finalmente, desde el inicio se le aclaraba al estudiante interno que,

al tratarse de una tarea a tiempo completo, no era posible definir un límite de horas laborales.

En el séptimo año se establecían 318 horas para que el estudiante se dedicara a su formación de especialización, trabajando en este periodo como residente auxiliar por nueve meses en el departamento de psiquiatría, dos meses en el servicio de neurología y un mes en el departamento de medicina preventiva y salud pública.

El octavo año correspondía con la medicatura rural en un centro u hospital rural, en este caso, en equipos de cuatro que se constituían con: un pediatra, un cirujano, un internista y un obstetra.

El sustento de los cambios implementados en los últimos años de estudio descritos, son expuestos en un documento del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS a finales de la década del cincuenta donde se sugería que:

En las universidades debería enseñarse, no sólo la psiquiatría clínica, sino también la psiquiatría social, la psicología médica y al menos los rudimentos de la psicoterapia. Es preciso, asimismo, multiplicar las posibilidades de llevar a cabo estudios superiores de psiquiatría. (OMS, 1957, p. 16)

De este modo la propuesta era que, al construir un programa académico relacionado con salud mental, se incluyeran elementos de la psicología y psicoterapia como se hizo en San Isidro desde la década del sesenta, aunque sin querer dar a entender que fue el que primó, ya que los electrochoques y psicofármacos eran la vía de atención principal.

El Hospital Psiquiátrico San Isidro también se pensó como un espacio de investigación que aportara a la profesionalización de la psiquiatría. En 1966 de las 130 investigaciones en curso de la División de Ciencias de la Salud, 20 eran del departamento de psiquiatría que solo era superado por el departamento de medicina interna. Se resalta de estas investigaciones el *Plan Piloto para investigación sobre esquizofrenia* a cargo de Carlos León y Ernesto Zambrano, que fue un proyecto apoyado por la OMS en el marco del *Estudio piloto internacional de esquizofrenia* que incorporó a varias regiones del mundo. Para su desarrollo las historias clínicas de San Isidro se emplearon y se hizo seguimiento a los pacientes por varios años. Otro de los esfuerzos investigativos más notorios fue el de Carlos León al elaborar un artículo titulado *El diablo y el almanaque* (León, 1968), en el que analizaron 1.000 historias clínicas de pacientes de San Isidro diagnosticados con esquizofrenia, para comparar su evolución en el tiempo.

Además de lo anterior, los miembros del departamento de psiquiatría estaban asociados a la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y sus investiga-

ciones se publicaban en la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, es decir, el hospital se configuró como un escenario de profesionalización y divulgación de la psiquiatría.

En conclusión, a nivel docente, el Hospital Psiquiátrico San Isidro paulatinamente se fue consolidando como un centro de enseñanza y de práctica clínica en el que se formaban residentes y estudiantes de psiquiatría o de otras disciplinas afines a la atención en salud mental. Para cumplir con estos objetivos se dotó al edificio de los espacios requeridos y a los médicos en formación se les asignaron funciones como: atender los casos clínicos, entrevistar a los familiares, registrar la información en los formatos de historia clínica, realizar sesiones de psicoterapia, atender las admisiones, recibir nociones básicas de convulsoterapia e insulino-terapia y hacer internados de tiempo completo.

Ramón Jaramillo Ramírez, primer egresado de la especialización en psiquiatría en Cali

Para matizar y ejemplificar los aportes que se han expuesto hasta el momento, se propone leer un recuento breve del caso del primer egresado de la especialización en psiquiatría de la Facultad de Salud, a partir de un artículo que él mismo denominó *Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría en Cali* escrito en junio de 1970 y documentos administrativos del departamento de psiquiatría. Su trayectoria es una muestra de las experiencias de los residentes de la época, la obtención de una beca para estudiar en el extranjero con financiación de la Fundación Rockefeller y los planes para retornar a Colombia con el objetivo de aplicar sus conocimientos en San Isidro.

Ramón Jaramillo Ramírez nació el 20 de septiembre de 1933 en la ciudad de Santiago de Cali. Fue residente en Psiquiatría en el Hospital Departamental y en el Hospital Psiquiátrico San Isidro entre 1957 y 1960. Hizo parte de la primera cohorte de egresados de la Facultad de Salud y vivenció de manera directa los cambios en el programa curricular, situación que conllevó a que sus cursos de psiquiatría no se dictaran de acuerdo con lo planeado e implicó que su quinto año se convirtiera en una versión resumida del tercer y cuarto año gracias al esfuerzo de Carlos León, quien fue su instructor durante este periodo de tiempo.

El relato de Ramón Jaramillo da a entender que pese al impulso modernizador de San Isidro en su paso del asilo al hospital, es indispensable matizarlo, pues como residente tuvo que observar y experimentar situaciones en las que las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl lo trataban como un intruso al ser un residente más en el hospital, pues las religiosas en aquel

momento defendían sus prácticas frente al modo de atención que era conducido por los principios científicos introducidos por el departamento de psiquiatría en la institución. La situación era tal, que en una ocasión Jaramillo llegó al hospital en horas de la mañana y se encontró con un paciente en muy mal estado rodeado por las religiosas mientras rezaban. Tan pronto como le fue posible, Jaramillo lo trasladó al hospital departamental, con tan mala suerte que ya era muy tarde y el paciente murió de peritonitis.

Por otro lado, Jaramillo anota que entre las experiencias que más le impactaron en su formación profesional, fue el trabajo que hizo con Carlos León con las historias clínicas, porque en él, León diseñó un instrumento para recolectar los datos de los pacientes que organizó y esquematizó el proceso, a diferencia de lo que venía sucediendo en la institución. Así mismo, Jaramillo menciona que, en la mayoría de los casos, los datos de los pacientes ni siquiera eran escritos, lo que significaba, para los residentes como él, que debían desplazarse a los hogares de estas personas para reconstruir las historias clínicas.

Al ser parte del primer grupo de egresados en 1956, Jaramillo no pudo incorporarse como residente porque hasta ese momento las residencias en el hospital no existían, motivo por el que su “internado” fue diurno y durante las noches se veía obligado a trasladarse a su hogar, aunque en los casos en que lo necesitaban una ambulancia iba hasta su domicilio para trasladarlo hacia el hospital.

Uno de los puntos de inflexión en la vida académica de Jaramillo ocurrió durante los primeros años de la década del sesenta cuando obtuvo una beca otorgada por la Fundación Rockefeller para estudiar en Gran Bretaña. Debido a que sus estudios iniciarían durante el segundo semestre de 1961, viajó para empezar con un curso de electroencefalografía en el Hospital Maudsley y en esa misma institución continuó trabajando como asistente clínico hasta que los estudios comenzaron. Es importante resaltar que mientras estuvo en Gran Bretaña se comunicó de manera frecuente con Carlos León a través de cartas, mencionando con insistencia que cada día se convencía más de la necesidad de adquirir un aparato de electroencefalografía por parte del departamento de psiquiatría y San Isidro, para así atender a los pacientes e investigar (Jaramillo, 1961a). Incluso en una de sus cartas le dice a León que “si el hospital no tiene probabilidades de conseguir un aparato de electroencefalografía, eso significa que he perdido mi tiempo” (Jaramillo, 1961b). Como respuesta, León siempre insistió en que lo importante en aquel momento era que finalizara con sus estudios, aclarando que para su regreso el hospital tendría un equipo de electroencefalografía (León, 1961).

El periodo como becario de Jaramillo le permitió afianzar sus conocimientos en electroencefalografía al atender el servicio del Hospital Maudsley, pero para él la adaptación al clima, las interacciones con la gente de un país ajeno para él, el noviazgo que dejó en Colombia y el enfoque formativo en psiquiatría de Gran Bretaña en el que se descartaba el psicoanálisis, pronto se convirtieron en obstáculos para continuar. Pese a los esfuerzos de Carlos León y de su instructor en Edimburgo, Jaramillo canceló su beca y el 5 de mayo de 1962 se encontraba de nuevo en Cali, para unirse al personal del hospital como encargado de la sección de electroencefalografía.

A partir de ese momento, su vínculo con el departamento de psiquiatría fue el siguiente: instructor de 1957 a 1962, auxiliar de Cátedra desde 1962 a 1968, profesor Auxiliar de 1963 a 1969 y finalmente como profesor asociado desde 1969 (Curriculum Vitae de Ramón Jaramillo Ramírez, s.f.).

Ahora bien, aunque sí hubo un cambio institucional, no todo el sistema de creencias se modificó. Powell y DiMaggio (1999) al respecto señalan que son pocos los casos en los que un cambio isomorfo normativo se da con éxito en su totalidad y en ese sentido, las memorias de Jaramillo lo evidencian al relatar lo sucedido con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl al ser recelosas con los residentes o no garantizar un tratamiento médico para un paciente que así lo requería, prefiriendo orar a su alrededor para que se curara, decisión que desembocó en su muerte.

Finalmente, se reitera que la trayectoria de Ramón Jaramillo al estudiar en la Universidad del Valle, ser residente en San Isidro, acceder a una beca en el extranjero otorgada por la Fundación Rockefeller, especializarse, al menos de modo parcial, en electroencefalografía, retornar a Colombia para laborar en una de las nuevas secciones que se habilitaron en el hospital y continuar trabajando en el departamento de psiquiatría, es un ejemplo claro del proceso de cambio institucional de San Isidro, del vínculo que se dio con la Universidad del Valle y de la profesionalización de la psiquiatría en el país.

CAMBIOS ARQUITECTÓNICOS

El servicio de salud mental debe girar en torno a un centro activo de tratamiento, relativamente pequeño, que podría estar dotado de los medios necesarios para administrar tratamientos ambulatorios y en cierta medida de unidades móviles, y que, además de sus actividades terapéuticas, podría igualmente servir de centro de información y distribución (OMS, 1957).

La entrega del nuevo edificio del Hospital Psiquiátrico San Isidro ocurrió en 1961 (Acta de entrega y recibo de las obras, 1961) supuso una gran novedad porque implicó un profundo cambio en la distribución de los espacios y la planta física. De este modo se finalizaba con un proyecto que, a comparación de la vieja Casona (Figuras 7 y 8), sí tuvo la evaluación y guía de psiquiatras, además de adecuaciones técnicas para posibilitar que un hospital psiquiátrico se pudiese instalar allí con unas condiciones mínimas para la atención.

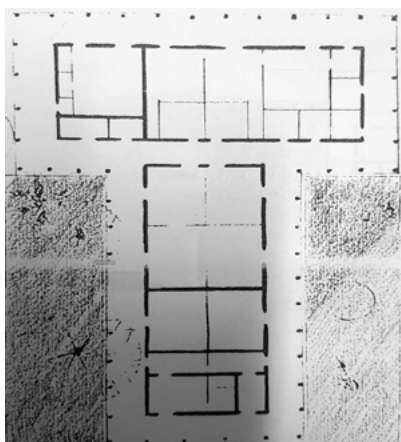


Figura 7. La Casona, estructura de la planta general

Fuente: s.f. Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

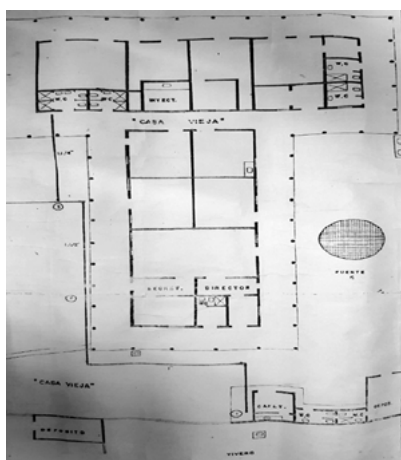


Figura 8. Espacios antigua Casona de San Isidro

Fuente: s.f. Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle.

El edificio se inauguró en un lapso de cinco años aproximadamente y las demoras en culminar con la construcción se explican por la falta de planificación y de conocimiento del ingeniero a cargo en proyectos de esta índole. Rosselli (1968) menciona al respecto que:

Desgraciadamente se encomendó la realización de esta obra a un ingeniero que nada sabía en relación con lo que iba a ejecutar. Su concepto sobre construcciones hospitalarias apenas si llegó al siglo XVII. Nada humano, nada racional y nada arquitectónico en su desarrollo. (p. 558)

El avance de las obras lo supervisaba el departamento de psiquiatría con las visitas de Carlos León y durante esas revisiones lo acompañaba Alex Cobo y el ingeniero interventor, para recorrer el edificio, revisar cada una de las secciones y debatir sobre cómo proceder (Informe número 2 correspondiente al mes de marzo de 1957).

El objetivo al construir el edificio nuevo consistía en lograr que las instalaciones correspondieran con las de un hospital relativamente pequeño y que por su diseño no diese la impresión de ser una institución manicomial, sino un espacio para rehabilitar enfermos mentales. Esta perspectiva se asumió para impulsar un cambio en las representaciones sociales que un hospital psiquiátrico despierta:

Muy a menudo se le consideraba como una especie de mazmorra para individuos peligrosos e inútiles que era preciso esconder en algún sitio a fin de poderlos olvidar más fácilmente. La frecuencia con que el estado de los enfermos hospitalizados empeoraba en lugar de mejorar, reforzaba los prejuicios corrientes contra la psiquiatría. (OMS, 1957, p. 6)

Por esa razón desde el departamento de psiquiatría se promovieron los valores, ideas y prácticas que la OMS divulgaba, en parte para lograr legitimidad en torno a una disciplina que en la ciudad se estaba profesionalizando, al tiempo que se constituía San Isidro como un hospital moderno.

La distribución de las camas fue otro de los asuntos en los que se intervino. Al inaugurar la obra en 1961 eran en total 211 que se distribuían en 8 pabellones, 4 para cada sexo. Así mismo, dos pabellones se asignaron para los pensionados del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y otros dos para los pacientes más agresivos.

Las instalaciones que se entregaron con la obra en 1961 eran las siguientes:

- Bloque administrativo: recepción, oficinas para servicio social, caja y contabilidad, sindicatura, secretaría, dirección y juntas.

- Bloque de docencia: salón de clases, cuarto de profesores y salón de demostración.
- Capilla.
- Entrada de automóviles y parqueadero de médicos.
- Vivienda de religiosas y personal femenino: cuarto de enfermería, cuartos para enfermeras y cuartos para médicos.
- Vivienda de médicos: biblioteca, alcobas y salón de exposiciones.
- Consulta externa y urgencias: cuarto de observación, cuarto de electrochoques, cuarto de recuperación múltiple, cuartos de consulta, oficina de psicólogo y farmacia.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento: rayos X, oficina de radiólogo y laboratorista, laboratorio clínico, pequeña cirugía, odontología, electroencefalografía y salones para insulina.
- Servicios generales: registro de empleados, sección de carpintería, sección de pinturas, sección de electromecánica, cocina, comedor (Acta de entrega y recibo de las obras, 1961).



Figura 9. Plano general del Hospital Psiquiátrico

Fuente: s.f. (Aprox. Década del 70). Archivo privado El País. © Todos los derechos reservados.

Las decisiones a nivel arquitectónico de las secciones mencionadas responden a cambios en el sistema de creencias y a las adecuaciones técnicas requeridas para el funcionamiento del hospital (Figura 9). Un ejemplo de ello son las modificaciones implementadas para la atención de enfermos crónicos o la incorporación de espacios especializados de servicios de diagnóstico y tratamiento. En relación con los pacientes crónicos, el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (1957) enfatizaba en sus informes que, en la medida de lo posible, siempre se optara por destinar zonas para

ocupar a los pacientes y a su vez, esforzarse para que entablaran charlas con los trabajadores sociales. Es decir, se reconocía que había casos en los que la rehabilitación no era posible, por ende, era necesario internarlos. El resultado de esta concepción clínica fue la construcción y los ajustes de los espacios de servicio social, terapia ocupacional y recreativa, al igual que los talleres a los que se trasladaban los pacientes. Con el tiempo se ejecutaron nuevas modificaciones en la capilla para instalar el hospital diurno.

Con el bloque administrativo, de docencia y de servicios de diagnóstico y tratamiento ocurrió algo semejante, pues previo a la constitución del asilo eran áreas que ni siquiera se consideraban porque la visión terapéutica en aquel momento sobre la enfermedad mental no se pensaba este tipo de elementos como relevantes en materia de salud mental.

CONSIDERACIONES FINALES

La Junta pro-construcción del Asilo San Isidro actuó en primera instancia como ente dinamizador del campo organizacional en el cual se cimentó el paso del asilo al hospital para San Isidro. En ese proceso, se encontró en el departamento de psiquiatría un aliado, que a partir del conocimiento y experiencia de sus integrantes aportó a la institución a nivel administrativo, docente, arquitectónico y en la práctica médica. Además, la experiencia de San Isidro y el acompañamiento del Departamento, fue de los primeros pasos que se dieron en el Valle del Cauca y en particular la ciudad de Cali, para la profesionalización de la psiquiatría.

De acuerdo con Mejía (1959), quien fue durante la década de 1950 médico director de San Isidro, a nivel arquitectónico los primeros años de la institución se caracterizaron por el uso de una edificación mal construida y planificada en la que se reclusión a niños con problemas de carácter. Así mismo, la enfermedad mental se percibía como un inconveniente serio para la ciudadanía, razón por la que la “Casona San Isidro” era usada como un depósito de enfermos a quienes no se les brindaba algún tipo de cuidado especial o tratamiento, sino que se esperaba el tiempo suficiente para completar el cupo para trasladarlos a Pasto o Bogotá.

En términos administrativos, durante los primeros pasos del asilo se conformó una Junta encargada de la ejecución del proyecto, compuesta por cinco miembros: el secretario de higiene, el alcalde municipal, el director del establecimiento y dos más nombrados por la Gobernación del Valle del Cauca. Es importante resaltar que en esta etapa en ningún momento se menciona la incorporación de un miembro capacitado a nivel profesional para

la atención en salud mental o la administración de un centro hospitalario de esta clase. La falta de profesionales en medicina y en particular de expertos en salud mental no solo se hizo notar en el modo en que se constituyó la Junta encargada del proyecto, sino en una autorización otorgada a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl para hacerse cargo de la institución asumiendo la dirección administrativa y de cuidado del servicio interno del asilo. En otras palabras, el asilo se pensaba como una institución de caridad y no como un centro de atención médica especializada.

A nivel de la práctica médica y docente, la concepción del Asilo San Isidro como un centro de caridad se fue modificando a partir de la década del cincuenta al conformarse una Junta pro-construcción designada para conducir el proyecto de terminar un edificio nuevo en el que operaría un hospital psiquiátrico y que significaría una renovación para la institución. La Junta fue investida como una Junta Directiva y esta fue una de las primeras condiciones que empezó a relegar a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, a quienes paulatinamente se las fue trasladando a la sección de enfermería, costura, cocina y oficios varios, como se constata en: la Resolución 1 de 1 de noviembre de 1956, la Resolución 11 del 25 de octubre de 1957 y la Resolución 16 del 31 de octubre de 1958 del personal contratado en el libro de presupuestos del archivo documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Para el cambio en el sistema de creencias de San Isidro, se identifican como principales los siguientes tres factores de contexto: 1) a nivel nacional la conformación del asilo se da en medio de la instauración del sistema de seguridad nacional como el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión, la fundación del Ministerio de Higiene como un ente autónomo y la expansión de la red hospitalaria en el país; 2) el crecimiento progresivo de la cantidad de enfermos atendidos por salud mental que se puede explicar por el auge industrial y las transformaciones sociodemográficas, económicas y culturales de la ciudad de Cali, lo que pronto significó una preocupación para la Gobernación Departamental del Valle del Cauca por cómo atender a los enfermos del Departamento y que, finalmente, se asumió como una situación relevante para promover la construcción del Asilo; 3) los aportes de las fundaciones norteamericanas y el retorno de profesionales en psiquiatría que regresaban al país después de terminar con sus estudios en el extranjero; y 4) los cambios en el contexto de la concepción y práctica psiquiátrica, los criterios de clasificación de la enfermedad mental, la promoción de la salud pública, el acercamiento con la comunidad de la OMS, los informes de las misiones médicas norteamericanas y la revolución psicofarmacológica.

Cada uno de los elementos descritos, bien sea en términos de contexto o de modo directo por el influjo y guía del departamento de psiquiátrica, condicionó los cambios en San Isidro a nivel arquitectónico en la adecuación del edificio, que a su vez posibilitó unas condiciones apropiadas para la práctica médica, administrativa y docente. Por tal motivo, las modificaciones implicaron la creación de secciones de odontología, electroencefalografía, rayos X, pequeña cirugía, laboratorio clínico, urgencias o consulta externa, las aulas de enseñanza, el depósito de historias clínicas y demás. De este modo, la estructura del personal se reorganizó, se contrató personal calificado, se crearon secciones especializadas y el número de empleados en la institución se octuplicó en ocho años. A nivel clínico se fortaleció la consulta externa, se empezaron a recetar psicofármacos con regularidad para atender a los pacientes, y se realizaron modificaciones técnicas para el registro de los datos en las historias clínicas. A nivel docente se optó por recibir y alojar a los residentes en el hospital para cumplir con su práctica y así evitar que se enfocasen tan solo en asuntos teóricos como la tradición francesa invitaba y de la cual San Isidro se alejó para inscribirse en el modelo norteamericano. Igualmente se llevaron a cabo investigaciones, en las cuales los residentes se integraron como parte del personal y se produjo material científico de divulgación. Finalmente, a nivel arquitectónico se ejecutaron los cambios necesarios para que la infraestructura estuviese acorde con la atención psiquiátrica y para que la institución tomara distancia de la concepción asilar y manicomial de sus primeros años.

Vale la pena mencionar para cerrar este capítulo, que al menos en sus primeros años, tanto el departamento de psiquiatría como el Hospital Psiquiátrico San Isidro se *hicieron a la americana*, más allá de los matices que puedan ser contradictorios por una cuestión del contexto local o la falta de recursos económicos. Para ser precisos, se aplicó el modelo Flexner que venía operando desde el inicio del siglo XX en Estados Unidos, lo que repercutió en el fortalecimiento de la consulta externa, la inclusión del psicoanálisis, el aumento en los egresos, la reducción en el número de camas en comparación con los casos que se atendían y en general, a la introducción de una lógica industrial en la atención y administración del hospital.

REFERENCIAS

- Acta de entrega y recibo de las obras de reforma y ampliación del Hospital Psiquiátrico San Isidro. (20 de abril de 1961). (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Aljure, F. (9 de diciembre de 1955). [Carta para la Junta Directiva del Asilo San Isidro]. (Libro: Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Arboleda, M. A. (2013). *Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle en Cali-Colombia*. [Tesis de Doctorado] Universidad Nacional de Lanús.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2) 113-116. https://www.academia.edu/7184707/Origenes_del_concepto_de_salud_mental
- Cobo, A. (25 de octubre 1955). [Carta para Fortunato Aljure, Director Departamental de Salud Pública] (Libro: Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Cobo, A. (21 de noviembre de 1960). [Carta a Ernesto Zambrano]. (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Curriculum Vitae de Ramón Jaramillo Ramírez. (s.f.). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Díaz, D. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a través de la historia: II. Colombia, un sitio donde confluyeron varias culturas con su arte de curar. *Iatreia*, 24(2), 207-214. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n2/v24n2a10.pdf>
- Gobernación del Valle. (3 de mayo de 1958). Decreto 04448 del 3 de mayo de 1958. (Libro: Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Informe de actividades hospitalarias. (s.f.). (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle).
- Informe número 2 correspondiente al mes de marzo de 1957. (7 de abril de 1957). (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Jaramillo, R. (14 de febrero de 1961a). [Carta a Carlos A. León]. Archivo muerto del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

- Jaramillo, R. (5 de marzo de 1961b). [Carta a Carlos A. León]. Archivo muerto del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.
- Jaramillo, R. (1970). Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la Psiquiatría en Cali, dedicado a Carlos A. León. En: *Archivo del Departamento de Psiquiatría*. Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- Lapham, M., Berson, R., y Goss, C. (1954). Un estudio para la educación médica en Colombia, 1953. *Antioquia Médica*, 4, 478-546.
- León, C. A. (13 de marzo de 1961). [Carta a Ramón Jaramillo Ramírez]. Archivo muerto del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.
- León, C. (1968). El Diablo y el almanaque. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, (16), 105-116.
- León, C., y Mejía, R. (24 de octubre de 1955). [Carta para Alex Cobo, Presidente de la Junta Pro Construcción Del Asilo “San Isidro”]. (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- López, F., Alamo, C., y Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: Medio siglo de psicofarmacología. *Frenia*, 2(1), 77-107.
- Mejía, R. (1959). *La asistencia psiquiátrica en el Valle del Cauca*. Bogotá: VI Congreso Médico Nacional.
- Mejía, R. (8 de marzo 1960). [Carta a la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico]. (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Orejuela, D. (2014). *La locura en Cali: de una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970*. [Trabajo de grado]. Universidad del Valle.
- Organización Mundial de la Salud. (1957). *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38069/1/WHO_TRS_134_spa.pdf
- Orozco, G. (1984). *De la Facultad de Medicina y su Universidad*. Departamento de Publicaciones Universidad del Valle.
- Pineda, C. A. (2014). Formación y medicina: la transición del modelo anatómico-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Iatreia*, 27(3), 255-266.
- Powell, W., y DiMaggio, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Fondo de Cultura Económica.
- Prospecto 1959-1960. (s.f.). Universidad del Valle.

- Relación de sueldos de 1964. (30 de noviembre de 1963). (Libro: Presupuestos). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Resolución 1. (1 de noviembre de 1956). (Libro: Presupuestos). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Resolución 11. (25 de octubre de 1957). (Libro: Presupuestos). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Resolución 16. (31 de octubre de 1958). (Libro: Presupuestos). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Resumen sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la Comunidad, etc. 1952-1966 (s.f.). (Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971). Archivo Central de la Universidad del Valle.
- Rizzotto, G. (17 de marzo 1960). [Carta a Blanca H. Córdoba]. (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Roselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia* (Vol. II). Editorial Horizontes.
- Summary of the historic background and future goals of the Universidad del Valle Medical Faculty (s.f.). (Carpeta: Informe desarrollo de los cursos de la facultad. 1963-1965). Archivo Central de la Universidad del Valle.
- Viveros, I. (9 de marzo de 1960). [Carta a Jaime Lozano]. (Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972). Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

María del Carmen Castrillón-Valderrutén

ORCID iD 0000-0003-0314-2306

Doctora en Antropología Social del Centro de Investigación y Postgrado de las Américas y del Caribe- CEPPAC (ELA), de la Universidad de Brasilia, profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Colombia, coordinadora del Grupo de Investigación Sociedad, Historia y Cultura. Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: *Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia*, Revista Sociedad y economía, No. 40, Cali, 2020; *Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1955-1970)*, Revista CS, n.º 28, Cali, 2019, en coautoría con José Fernando Sánchez-Salcedo; *La atención de la locura en la Beneficencia de Cundinamarca, durante el periodo 1950-1970. Una lectura desde las historias clínicas*, Documento de trabajo, Cidse-Universidad del Valle, Cali, 2018.

José Fernando Sánchez-Salcedo

ORCID iD 0000-0001-8322-0268

Doctor en Ciencias Políticas y Sociales: Sociología, de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, profesor del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Colombia, miembro del Grupo de Investigación Sociedad, Historia y Cultura. Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: *Campo organizacional y cambio institucional en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970*, Revista Summa Psicológica UST, Vol. 17, No 1, Santiago de Chile, 2020; *La iconografía del proceso de paz: ethos visual y agenda mediática*, Revista Universitas Humanística, Vol. 88, Bogotá, 2019; *Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970)*, Revista CS, No. 28, Cali, 2018, en coautoría con María del Carmen Castrillón-Valderrutén; *Diagnóstico y medicación: la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del Valle entre 1956-1970*, Revista Universitas Humanística, Vol. 83, No 83, Bogotá, 2017.

María del Pilar Peralta-Ardila

ORCID iD 0000-0001-6122-4006

Magíster en Sociología de la Universidad del Valle, Colombia. Se desempeñó como asistente de investigación en el grupo de investigación Epidemiología y Salud de la Población (GESP) de la Facultad de Salud Pública y el Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica (CIDSE) de la Universidad del Valle. Actualmente realiza estudios doctorales en la Escuela de Posgrado de Lengua y Literatura en Ludwig-Maximilian-Universität (LMU), Alemania, con beca del DAAD y es miembro del Centro de Investigación Rachel Carson Center de LMU. Dentro sus publicaciones recientes se destacan: *Más allá de Bucéfalo y Rocinante: movilidad ecuestre en Cali*, Revista Sociología y Memoria, No. 2, Bogotá, 2018; *Cátedra internacional: escuela internacional de verano: conectando los mejores para la educación*, Revista Noria-Investigación Educativa, No. 1, Bogotá, 2017 (con varios autores); *Las urbanizaciones multifamiliares cerradas y su entorno urbano: una nueva geografía simbólica en la ciudad de Cali (Colombia)*, Revista Chile Eure, Vol. 42, No. 126, Santiago de Chile, 2016.

Mateo Montes-Martínez

ORCID iD 0000-0003-1917-3932

Magíster en Políticas Públicas de la Willy Brandt School of Public Policy en Erfurt, Alemania, con beca del DAAD. Se desempeñó como asistente de investigación en la Universidad del Valle, en el grupo de investigación Epidemiología y Salud de la Población (GESP) y en el Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica (CIDSE). Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: *Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en Cali*, Revista de Sociología, Vol. 33, No. 1, Santiago de Chile, 2018 (con varios autores); *Caracterización socio-demográfica definición de los pacientes del HDPUV*, El Observador Regional, No. 39, Cidse-Universidad del Valle, Cali, 2018.






Programa Editorial

Ciudad Universitaria, Meléndez
Cali, Colombia

Teléfonos: (+57) 2 321 2227
321 2100 ext. 7687

<http://programaeditorial.univalle.edu.co>
programa.editorial@correounivalle.edu.co

¡ S i g u e n o s !

   programaeditorialunivalle

El libro indaga por el cambio institucional en el campo de la salud mental en el país, durante un periodo (1940-1970) de significativas transformaciones sobre las formas de concebir y gestionar la enfermedad mental. Particularmente, aborda el cambio institucional del entonces llamado Hospital Psiquiátrico San Isidro de la ciudad de Cali, a partir del papel que juegan los actores a nivel individual y grupal, la influencia que tienen los sistemas de creencias en dichos cambios, las condiciones históricas que los soportan y el modo en que estos cambios se manifiestan.

Cada uno de los capítulos, aborda el cambio institucional, a través del análisis social e histórico sobre el paso del Asilo San Isidro a Hospital Psiquiátrico, comprendiendo una época de grandes transformaciones económicas, políticas y sociales en la sociedad colombiana y en la ciudad de Cali. El estudio de este periodo implicó la revisión y sistematización de una serie de fuentes documentales, dando prioridad a los archivos del Hospital. A partir de la información copiada, se construyeron bases de datos con las historias clínicas y con los documentos administrativos, pero con un carácter no probabilístico, toda vez que para el periodo de estudio, no se cuenta con registros precisos de los archivos y los disponibles, no se están catalogados en su totalidad; de todas maneras, este corpus documental permitió identificar procesos de cambios y permanencias institucionales que, al ser comparados con datos de tipo macro de este hospital o de otros centros de atención para la salud mental, no divergen significativamente. Aparte de los archivos del hospital, pudieron consultarse otras fuentes, tales como el archivo del Departamento de Psiquiatría, de la Universidad del Valle y algunos periódicos locales (Relator, El País, Diario del Pacífico, entre otros). También, se realizaron algunas entrevistas y se consultaron álbumes familiares relacionados con algunos psiquiatras que fueron importantes en los procesos de modernización sanitaria y administrativa del Asilo San Isidro.

Todos los capítulos se derivan del proyecto de investigación denominado “Del asilo al hospital: procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali 1940-1970”, financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle. Fueron diversas las preguntas de investigación desarrolladas en el marco de este proyecto, que permitieron la escritura de diversos documentos, cuatro de ellos presentados en este compendio.

