

**LA PARTICIPACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE EN LA CONSTITUCIÓN
DEL ASILO SAN ISIDRO COMO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 1955-1970**

MATEO MONTES MARTÍNEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA

CALI, 2016

**LA PARTICIPACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE EN LA CONSTITUCIÓN
DEL ASILO SAN ISIDRO COMO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 1955-1970**

MATEO MONTES MARTÍNEZ

Monografía – Trabajo de grado realizado para optar por el título de Sociólogo

Director: José Fernando Sánchez Salcedo

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA

CALI, 2016

RESUMEN

El cambio institucional de San Isidro se enmarca en un contexto de posguerra con cambios profundos en la práctica y enseñanza médica, cómo se define la salud y la atención psiquiátrica. A nivel nacional, Colombia experimenta un avance relativo en términos de urbanización, comercio, industrialización migración interna y la modernización de los servicios de salud en el país.

Entre los años de 1936 y 1937 se creó la Casona “San Isidro” como una correccional de menores. En la década del 40, San Isidro pasa a ser un asilo en el que se interna a quienes eran clasificados como desviados. En 1950 se presentan los primeros atisbos para la conformación de un hospital psiquiátrico a partir de la creación de una Junta Pro-Construcción, junta que encuentra unas condiciones de oportunidad para encausar el proceso a partir de la segunda mitad de la década al: disponer de fondos; y hallar en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y particularmente en su Departamento de Psiquiatría, un aliado que intervino como ente consultor y científico.

En cuanto a la recolección de los datos, se optó por aplicar una estrategia de análisis documental. El referente conceptual que se usa es la noción de cambio institucional planteada por DiMaggio y Powell, para identificar qué actores de la Universidad del Valle estuvieron involucrados y particularmente cuáles fueron los aportes del Departamento de Psiquiatría a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico en la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico.

Esta monografía fue desarrollada en el marco del proyecto de investigación: Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970, convocatoria interna 2015 # 6175 y bajo el auspicio del Programa de Semillero de Investigación 2015.

Palabras clave: Hospital Psiquiátrico San Isidro; Asilo San Isidro; Cambio institucional; Departamento de Psiquiatría (Universidad del Valle).

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES.....	11
1.1 ANTECEDENTES.....	11
1.2 METODOLOGÍA	16
CAPÍTULO 2: CONTEXTO DE ATENCIÓN A LA LOCURA	20
2.1 LOS CUATRO MOMENTOS DE LA PSIQUIATRÍA:	20
2.2 APUNTES HISTÓRICOS DE LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA:	23
CAPÍTULO 3: INICIOS DEL ASILO SAN ISIDRO.....	26
3.1 CONTEXTO NACIONAL.....	26
3.2 CONTEXTO LOCAL: SANTIAGO DE CALI	27
3.3 FUNDACIÓN DEL ASILO SAN ISIDRO.....	28
3.3.2 El Valle del Cauca, Cali y la enfermedad mental.....	28
3.3.1 Un manicomio para los dementes del Valle	29
3.4 LAS HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL.....	30
3.5 ¿CÓMO ERA LA ATENCIÓN EN EL ASILO?.....	31
3.6 LA CONFORMACIÓN DE LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN	33
3.7 PASO DEL ASILO SAN ISIDRO A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	38
CAPÍTULO 4: CAMBIO INSTITUCIONAL.....	44
4.1 CAMBIOS EN EL SISTEMA DE CREENCIAS	48
4.1.1 Internacional.....	48
4.1.2 Nacional y local.....	55
4.2 CAMPO ORGANIZACIONAL: LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN COMO ENTE DINAMIZADOR	62
CAPÍTULO 5: APORTES DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA.....	65
5.1 NIVEL ADMINISTRATIVO	65
5.2 PRÁCTICA MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA.....	71
5.3 NIVEL DOCENTE	83
5.4 CAMBIOS ARQUITECTÓNICOS	92
CONSIDERACIONES FINALES	98
BIBLIOGRAFÍA.....	101

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Enfermos reportados por atención en salud mental entre 1940 y 1950.....	29
Tabla 2. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1957	36
Tabla 3. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1959	37
Tabla 4. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1960.	38
Tabla 5. Cambios en el sistema de creencias a nivel internacional	54
Tabla 6. Participación de las fundaciones norteamericanas de acuerdo a los prospectos de la Facultad de Salud.....	57
Tabla 7. Cambios en el sistema de creencias a nivel nacional y local.....	61
Tabla 8. Junta Directiva de 1961	62
Tabla 9. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1956.....	66
Tabla 10. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1964.....	67
Tabla 11. Residentes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1959-1964.	70
Tabla 12. Hospitalizaciones y razón de la salida – Historia clínica # 00088	78
Tabla 13. Número de egresos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1960-1968	79
Tabla 14. Camas psiquiátricas en Colombia para el año 1967	80
Tabla 15. Atención por consulta externa en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1960-1968	81
Tabla 16. Distribución de egresados de la Facultad de Salud con especialización en psiquiatría	83

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Fondos de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle (1959-1966)	51
Gráfica 2. Distribución de los principales medicamentos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1965	76

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Hoja suelta usada como una historia clínica rudimentaria.....	72
Ilustración 2. Hoja suelta usada como una historia clínica rudimentaria (reverso)	72
Ilustración 3. Historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956.	73

INTRODUCCIÓN

La Casona San Isidro fue construida entre los años de 1936 y 1937 como una correccional de menores, que durante la década de 1940 se constituyó como el Asilo San Isidro, lugar en donde se recluía a quienes eran considerados como locos o desviados.

El Asilo San Isidro operó como un centro de encierro en el que se aislaba de la ciudad a quienes ingresaban en él. Su dirección estaba a cargo de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl a partir de los principios de la caridad.

En los primeros años de la década del 50 se creó una Junta Pro-Construcción con el objetivo de hacer del Asilo San Isidro un hospital psiquiátrico. Esta decisión, estuvo guiada por la búsqueda de la Gobernación del Valle del Cauca para aminorar los costos de tratamiento de sus enfermos mentales, pues se evitaría su traslado a ciudades como Pasto o Bogotá.

En paralelo, la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle se fundaba en el año de 1950 y en 1955 se creaba el Departamento de Psiquiatría adscrito a esta facultad, momento en el que se asigna al Departamento como ente consultor y científico del Asilo San Isidro, para encaminar el proceso de cambio que se venía gestando con la Junta Pro-Construcción.

El contexto institucional en el que se enmarca el proceso de cambio del Asilo San Isidro está atravesado por profundas modificaciones a nivel internacional y nacional en cuanto a: la práctica y la enseñanza médica, cómo se define la salud, la atención psiquiátrica, la modernización del país y de sus servicios de salud.

Así mismo los médicos que se habían especializado en el exterior, especialmente en los Estados Unidos, retornaban, situación que no fue ajena a la Facultad de Medicina. En ese sentido

la labor del Departamento de Psiquiatría fue guiada por un cuerpo de profesionales con formación en el extranjero, que adoptaron las ideas norteamericanas y las llevaron a la práctica en San Isidro.

Desde este momento el proyecto de la Junta Pro-Construcción contó con la participación de profesionales que imprimieron sus conocimientos médicos y psiquiátricos, contribución que permitió consolidar el proceso en 1961 al inaugurarse el nuevo edificio destinado para que el ahora denominado Hospital Psiquiátrico San Isidro, iniciara labores.

Teniendo en cuenta el cambio institucional del Asilo San Isidro, los objetivos de este trabajo son: identificar los actores institucionales de la Universidad del Valle que influyeron en la constitución del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico; y presentar cuáles fueron los aportes de esos actores a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico.

Por las características del trabajo, para la recolección de los datos se aplicó una estrategia documental. Usando la información recolectada y de acuerdo a sus características, se construyeron tres bases de datos que responden a tres criterios distintos de organización.

El referente conceptual para el análisis es la noción de cambio institucional elaborada por DiMaggio & Powell (1999) en el marco del nuevo institucionalismo. Desde este enfoque se propone el concepto de campo organizacional como un espacio en el que confluyen organizaciones que constituyen un área reconocida de la vida institucional y la noción de sistema de creencias como una serie de ideas, valores y prácticas que hacen parte de un campo organizacional.

El trabajo se ha dividido en cinco capítulos. En el primero se presentan investigaciones previas que se han hecho sobre el tema y la estrategia metodológica seleccionada para la recolección, organización y uso de los datos. El segundo capítulo es un breve recuento histórico de la psiquiatría y sus implicaciones a nivel nacional. En el tercer capítulo se relata cómo inicio el

Asilo San Isidro, el contexto en el que nace, los factores que motivaron su creación, las condiciones de atención y el proceso que atraviesa la institución para constituirse como un hospital psiquiátrico. El cuarto capítulo profundiza sobre los referentes conceptuales seleccionados, es decir, las modificaciones en el sistema de creencias en el que se enmarca el cambio institucional de San Isidro y el campo organizacional que da pie a este proceso. El quinto capítulo muestra los aportes del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle para la constitución del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico a nivel administrativo, clínico, docente y arquitectónico.

Esta monografía fue desarrollada en el marco del proyecto de investigación: Del asilo al hospital. Procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali, 1940-1970, convocatoria interna 2015 # 6175 y bajo el auspicio del Programa de Semillero de Investigación 2015.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

1.1 ANTECEDENTES

La investigación desde las ciencias sociales sobre la enfermedad mental ha estado fuertemente influenciada por los dispositivos de clasificación de lo patológico. En ese sentido se ha estudiado la locura como una desviación a partir de un juego de saber y poder que se encarga de normalizar o patologizar en defensa del orden público.

Michel Foucault (2008) es el más representativo de esta corriente al identificar que de acuerdo al contexto histórico hay una serie de instrumentos, dispositivos y prácticas para clasificar la anormalidad en el nombre de la civilización, la naturaleza o el Estado. De tal modo, la locura es pensada como una forma de marginar, estigmatizar y excluir, movilizandolos dispositivos de control sobre los anormales para su dominación y sujeción.

En una línea muy similar a la de Foucault está la obra de Robert Castel (2009). El autor estudia la institucionalización de los manicomios en Francia luego de la promulgación de la ley de 1838, la cual, sobre el papel suponía una ruptura con el antiguo régimen. Castel hace énfasis en los juegos de saber y poder en un espacio institucional como el asilo que conllevan a conflictos, luchas de saberes y al uso de posiciones estratégicas de poder. Entre sus hallazgos introduce el concepto de metamorfosis para demostrar que aunque se planteó un proceso de cambio en las prácticas, se siguieron cumpliendo las mismas funciones.

Por su parte, Erving Goffman en el libro de *Internados* (2001) aplicando el interaccionismo simbólico como su enfoque teórico, presenta la noción de institución total entendiéndola como un *“lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria,*

administrada formalmente” (Goffman, 2001, pág. 17) y subraya las situaciones por las que deben pasar los internos de un hospital psiquiátrico. El énfasis del autor consiste en mostrar que estas instituciones más que ser un mecanismo de ajuste para sus internos, en realidad promueven un desajuste, pues no se cumple con los objetivos para los cuales fueron concebidas.

Para Latinoamérica el estudio de Carlos Stagnaro (2006) es una propuesta historiográfica de la Argentina, en la que relata cómo los asilos, casas de dementes, hospitales y hospicios durante el siglo XIX contribuyeron a la legitimación de especialidades médicas como la psiquiatría. Además, aunque la intervención y clasificación de la enfermedad mental fue cambiando según las condiciones históricas, se continuó reproduciendo un proceso de segregación contra los “alienados” al considerar que este era el medio terapéutico más apropiado para su tratamiento.

En el Brasil, el texto de Ana Venancio (2011) describe el proceso por el que transita la colonia agrícola Juliano Moreira para constituirse como un asilo entre el año de 1924 a 1930. En su estudio relata ambos momentos de la institución, mencionando en primera instancia cómo se visibilizaba a los psiquiatras para lograr legitimar las colonias. En un segundo momento se enfoca en la mezcla que se establece entre la psiquiatría y la asistencia social bajo ideales modernizantes, para justificar la necesidad de una ampliación de las condiciones infraestructurales y de asistencia para la atención de la población.

De acuerdo con Venancio el paso a un tratamiento con trabajo agrícola ofrecía ventajas terapéuticas que permitieron ejecutar cambios en los presupuestos y gastos de la institución. Así mismo subraya la importancia de los médicos con formación en temas vinculados con la psiquiatría que asumieron un rol fundamental para la asistencia pública. De esta manera para la autora la transición a un hospital estuvo atravesada por la incorporación de tratamientos modernos, además

de la presión y ayuda estatal para la institucionalización de las colonias agrícolas como un centro para la intervención de la enfermedad mental.

Por su parte, Omar Bravo (2011) realiza un análisis de los discursos institucionales y de su significado médico y burocrático para Colombia y Brasil en el Manicomio judicial de la Coméia. En él caracterizó las prácticas y los discursos institucionales que operaron como una red institucional que a partir del discurso se consolidó como un mecanismo para el tratamiento de la exclusión y la locura.

Entre sus resultados se encuentra que la intervención de la locura se hace con medicalización forzada, remisiones a instituciones religiosas, el control familiar o la reclusión. Además en sus hallazgos muestra las vías por las cuales se establece una relación entre el crimen, la enfermedad mental y el diagnóstico o cómo la psiquiatría es usada como un instrumento que ocupa el lugar de un juez. Pese a lo anterior y siguiendo la línea foucaultiana en este espacio se castiga a una personalidad y no una acción.

Por parte de la historiografía colombiana se destaca el libro la *Historia de la psiquiatría en Colombia* de Humberto Roselli (1968) publicado en la década de 1960. En su obra Roselli relata las características de la medicina indígena, la psiquiatría popular, los primeros hospitales en el país pensados para el tratamiento de la enfermedad mental y la reconstrucción de las principales formas de atenderla en zonas céntricas del país.

En su texto va exponiendo cómo el Estado se preocupó por la locura, las iniciativas de las asociaciones eclesiásticas y las élites locales para el desarrollo de programas de atención de los clasificados como desviados.

Además en su libro menciona que para el caso del Valle del Cauca se construye el Asilo San Isidro a finales de la década del 30, resaltando que en sus primeros años *“los internos no recibían ninguna clase de medicalización ni cuidado especial aparte de la vigilancia para evitar su fuga”* (1968, pág. 557) y en 1951 menciona la creación de la Junta Pro-Construcción en San Isidro, proyectando su constitución como un hospital psiquiátrico.

El texto de Jairo Gutiérrez & Yamid Marín (2012) es otro estudio en el que se expone cómo a través del cuerpo y un diagnóstico, se configuraba un tipo de perfil para remitir el loco al manicomio. En este trabajo se analizaron 77 historias clínicas del Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1959 y se muestra el tipo de dispositivos usados para la administración y clasificación de los individuos en defensa del orden público.

Los autores se enmarcan en la perspectiva que entiende la locura como una “enfermedad social”, por tanto, y siguiendo lo expuesto por Foucault, ésta debe ser excluida, encerrada, segregada y controlada por medio de dispositivos disciplinarios y de control.

Un texto similar al anterior es el de María A. Ospina (2006) al revisar informes y documentos institucionales del Asilo de Locas de Bogotá entre 1930 a 1940 para identificar las concepciones sociales sobre la locura, los tratamientos y los diagnósticos de la época.

En sus hallazgos demuestra una oposición entre la sin-razón del demente y la normatividad institucional, barrera que dio paso a la puesta en marcha de dispositivos de control a los que se sometía a los dementes como la terapia y el silencio. Así mismo señala la existencia de representaciones sociales de género que naturalizan la enfermedad mental y establecen un cierto tipo de mecanismo de control para el cuerpo enfermo.

Respecto a la relación entre médico y paciente, Eide J. Escobar (2009) en su análisis historiográfico reconstruye la evolución terapéutica del Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga entre 1953 a 1967. Para ello propone un trinomio en el sentido de los juegos de poder y saber foucaultianos que está compuesto por: el enfermo mental, la enfermedad y el médico.

De acuerdo con su argumentación, el periodo seleccionado atañe a la creación del instituto psiquiátrico, hasta la creación de la División de Ciencias de la Salud en la Universidad Industrial de Santander, impulsando la llegada de médicos psiquiatras desde otras zonas del país.

Para el caso de Cali el trabajo de María A. Arboleda (2013) da cuenta de la confluencia de agentes sociales y actores externos que facilitaron o dificultaron la conformación del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle de acuerdo con sus ideas, valores o prácticas. Por ejemplo dentro del recuento histórico construido por Arboleda, se señala que en los primeros años del Departamento de Psiquiatría se reclutaron profesionales formados en el extranjero a través de becas y se prepararon cursos de psiquiatría para enfermeras y trabajadores sociales. En ese sentido el énfasis radica en la heterogeneidad del campo de la salud mental y las múltiples influencias, políticas e institucionales que convergen en él.

En cuanto al proceso de institucionalización de la locura en Cali, el trabajo de Diana M. Orejuela (2014) narra la creación del Asilo San Isidro y el cambio institucional por el que pasa para ser denominado finalmente como Hospital Psiquiátrico San Isidro. El texto de Orejuela se inscribe en los planteamientos foucaultianos sobre la locura, en el sentido de que es el Estado Colombiano quien proyectaba por medio de sus instituciones, ejercer control sobre la vida de los individuos para coaccionar las conductas que fuesen irregulares o clasificadas como inútiles.

Como se puede ver en los antecedentes, no existe un trabajo que se plantee específicamente el paso de las instituciones asilares caritativas a hospitales psiquiátricos enmarcados en ideas, valores y prácticas propias de la profesionalización de la especialidad psiquiátrica en el periodo que plantea esta monografía. El que más se acerca a la perspectiva que se adopta en este trabajo es el texto de Escobar (2009), pero al delimitar su periodo de estudio hasta la llegada de los médicos especializados en psiquiatría y la creación de la División de Ciencias de la Salud en la ciudad, la similitud se desvanece.

Además el análisis foucaultiano es el que prima en las investigaciones citadas y en ese sentido, el presente trabajo dista de los ya citados, pues se optó por el enfoque teórico del neoinstitucionalismo de DiMaggio & Powell (1999), postura que enfatiza en el papel de las instituciones y que se desarrolla en el capítulo quinto.

1.2 METODOLOGÍA

Por las características del problema de investigación, particularmente por el marco temporal en el que se desarrolla, la estrategia metodológica por la que se ha optado es la del análisis documental.

Para dar cuenta del cambio institucional desde el enfoque del neoinstitucionalismo de DiMaggio y Powell se requirió de una reconstrucción del contexto institucional en el que se enmarca el proceso, es decir, que fue necesario identificar los actores institucionales implicados, las relaciones que sostuvieron entre sí y las ideas, valores y prácticas que movilizaban .

Por esta razón se han seleccionado las siguientes fuentes documentales por ser las que estuvieron directamente implicadas con el objeto de estudio de este trabajo: el Archivo Documental

y la sección de historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, el Archivo Central de la Universidad del Valle y el Archivo muerto del Departamento de Psiquiatría.

En cuanto al periodo seleccionado para la consulta del material en los archivos se decidió hacer un rastreo que fuese desde el documento más antiguo para avanzar hasta la década del 70. Decisión que se fundamenta en dos puntos: en estos archivos los documentos más antiguos datan de la década del 40 y permiten reconstruir el contexto previo al cambio institucional; y segundo porque aunque la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico se da sobre el papel en los primeros años de la década del 60, el proceso no se resume a una acta en la que se establezca legalmente el cambio, sino que se extiende en el tiempo.

Los documentos revisados en los cuatro archivos fueron: actas, cartas, informes, resoluciones, facturas de compra, comunicados, folletos, microfilms, memorándums, pliegos de peticiones sindicales, programas académicos, estatutos e historias clínicas. Cada uno de ellos fue respaldado en un servicio de almacenamiento en internet para permitir un acceso directo desde cualquier sitio o momento, mientras se cuente con acceso a la red.

Para el procesamiento de los documentos se construyeron tres bases de datos en Microsoft Access, un programa especializado para este tipo de tareas. En cuanto a las bases, por sus características se las ha dividido en dos modalidades.

Documentos legales, administrativos, resoluciones, comunicados y cartas:

En este grupo se encuentran los documentos de todos los archivos mencionados, con excepción de los datos de las historias clínicas. Dentro de esta modalidad se procesaron dos bases de datos, una para información administrativa y otra para las trayectorias de los médicos o residentes.

Para ambos casos se construyó una ficha de ingreso de acuerdo al tipo de documento que se fuese a ingresar en la base de datos. El proceso consistió en ir introduciendo cada documento seleccionado durante el rastreo en la base de datos. Respecto a la ficha de ingreso, para cada una de las bases de datos se fue puliendo a medida que se iban ingresando nuevos documentos para que se ajustase al tipo de información por procesar.

La decisión de organizar la información de esta manera se debe a los posibles cruces que una vez terminada la base de datos fuese posible realizar. Por supuesto, no se trata de cruces entre variables a la manera de los datos cuantitativos, sino de un tipo de procedimiento que permite reunir por grupos, los documentos que cumplan con ciertas características que se le indiquen al programa y agilizar el reconocimiento de los datos que contienen gracias a la ficha de ingreso.

La primera base de datos se elaboró para el ingreso de documentos con datos referentes a procedimientos, procesos, prácticas o comunicados institucionales del Asilo San Isidro y del Departamento de Psiquiatría. En total se ingresaron 232 documentos procedentes de las cuatro fuentes documentales ya citadas.

La ficha de ingreso de la información para esta base de datos consta de los siguientes campos: 1) título: en caso que sea una publicación se ha usado íntegramente su título, si es otro tipo de documento se lo ha titulado para facilitar su reconocimiento al ejecutar una consulta en la base de datos; 2) a quién va dirigido y quién envía: si se trata de una carta o un documento con esta información; 3) ubicación: archivo documental donde se puede consultar el documento original; 4) cantidad de folios; 5) fecha; 6) tipo de documento: si es un acta, informe, una resolución, un comunicado, etc. ; 7) descripción: un resumen corto de los datos que contiene el documento; 8) extractos: citas textuales del documento; 9) tema: la base de datos se dividió en cinco grandes temas, si el documento se clasificaba en alguna de ellas, se tildaba la opción; 10) etiquetas: campo

creado para cumplir con una función muy similar al anterior, con la diferencia que son 38 subtemas; 11) personas: opera del mismo modo que los campos anteriores con la diferencia de que está pensado para indicar qué personas o instituciones están involucradas con el documento; 13) enlace: un hipervínculo que lleva al respaldo del documento en digital.

Respecto a la segunda base de datos los documentos ingresados corresponden a la trayectoria laboral o académica de los miembros del Departamento de Psiquiatría. En este caso se registraron 162 documentos entre los que hay cartas, resoluciones, currículos, asignaciones académicas y docentes.

La ficha de ingreso y el manejo de la información se asemeja a la de la base de datos anterior con la diferencia que se hicieron algunas adaptaciones para documentos como: currículos, asignaciones académicas o las asignaciones de tiempo para los docentes.

Historias clínicas:

En esta base de datos la información sólo proviene de la sección de historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Para la construcción de la ficha de ingreso se seleccionó el formato de historia clínica más reciente dentro del periodo de estudio de este trabajo y se emuló en Microsoft Access para ir ingresando cada historia clínica a la base de datos.

La base de datos de historias clínicas consta de 308 casos que 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.

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 del Hospital Psiquiátrico San Isidro o de otros centros de atención para la salud mental no divergen demasiado.

CAPÍTULO 2: CONTEXTO DE ATENCIÓN A LA LOCURA

La locura es un fenómeno que de acuerdo al contexto histórico, social y cultural ha sido definido en diversos sentidos. En la antigüedad, la locura estaba relacionada con un castigo enviado por los dioses, por tanto su causa era de carácter sobrenatural. Durante la Edad Media el influjo de las ideas cristianas causaron que la locura fuese vinculada con los actos pecaminosos o que estuviesen por fuera de la moral dominante. Es en este momento histórico donde se relaciona la locura con la brujería, la lepra y otras enfermedades. Además, quienes la padecían eran etiquetados como enfermos y locos, excluyéndolos o encerrándolos para alejar la maldición que cargaban.

En el Renacimiento, las personas catalogadas como locas eran vistas como indeseables y por tal motivo debían permanecer alejadas de la ciudad pues pondrían en riesgo a los demás. Por tal razón eran desterradas y enviadas en barcos a zonas remotas para purificarse.

2.1 LOS CUATRO MOMENTOS DE LA PSIQUIATRÍA:

Los primeros trabajos psiquiátricos se han adjudicado a la obra de Philippe Pinel y Jean Dominique Esquirol en el siglo XVIII. Es desde este momento cuando se comienza a discutir la posibilidad de aplicar algún tipo de tratamiento a las personas diagnosticadas con locura, que a partir de aquí son clasificadas como enfermas. El resultado fue la inclusión o modificación de los procedimientos de atención en términos de: alimentación, higiene, vestimenta y la vivienda en la que se los rehabilitaba.

César A. Arango-Dávila (2012) propone *cuatro momentos de la psiquiatría* en los que destaca los puntos de inflexión de esta práctica médica como resultado de los cambios en el tipo de tratamiento de la locura. A continuación se presentan brevemente:

Primer momento: La liberación de los locos

Consiste en la propuesta de corte moralista y religioso de la obra de Philip Pinel (1745-1826) y secundada por Esquirol (1772-1840). Con este modelo de atención se pretendía curar a los pacientes psiquiátricos a través del diálogo para que se adecúen a las normas de la moralidad.

Debido a las condiciones del enfermo mental, en la mayoría de las ocasiones no pudo ser posible y las estrategias opresivas como los baños de agua fría, el encerramiento, la inmovilización o los sistemas de premios y castigo tuvieron que retomarse.

Más allá de la efectividad o no del tipo de tratamiento diseñado por Pinel y Esquirol, se consiguió promover una nueva perspectiva en torno a la locura en la que se humanizaba al enfermo mental.

Segundo momento: La primera clasificación de los trastornos mentales

Corresponde al trabajo de Emil Kraepelin (1855-1926) quien clasificó y observó desde una óptica clínica los trastornos mentales. En su obra plantea que la enfermedad mental es una consecuencia de alteraciones cerebrales, aunque su aporte en los aspectos etiológicos o de tratamiento fue poco.

Con la contribución de Kraepelin, materializada en su *Tratado de psiquiatría*, se asentaron las bases para describir y pronosticar el devenir de los principales trastornos mentales.

Tercer momento: El psicoanálisis y las terapias biológicas

El periodo está delimitado entre el final del siglo XIX e inicios del siglo XX por la obra del padre del psicoanálisis, Sigmund Freud. Con su terapia evaluaba, observaba y seguía clínicamente a sus pacientes. Gracias a este seguimiento consiguió fundamentar una teoría de la función mental que aunque ha recibido críticas constantes, continúa siendo referenciada dentro de la literatura médica.

Dentro de la perspectiva holística de Freud nunca descartó la posibilidad que los trastornos mentales pudiesen ser estudiados desde una postura biológica. En ese sentido, Wagner von Jauregg (1857-1940), Premio Nobel de Medicina es quien se suscribe a esta alternativa de tratamiento con el desarrollo de la malarioterapia.

Las terapias biológicas que se diseñaron a mediados del siglo XX fueron promisorias al permitir que los pacientes fuesen tratados de forma ambulatoria, por tanto una parte considerable de los enfermos dentro de los manicomios comenzaron a salir de estas instituciones. La insulino-terapia, el choque cardiazólico, la terapia electroconvulsiva y la psicocirugía son otros de los métodos físicos y químicos que se cimentaron durante este periodo en el que las terapias biológicas despertaron cierto optimismo para el tratamiento de la enfermedad mental.

Cuarto momento: La revolución psicofarmacológica

Los psicofármacos, encabezados por el descubrimiento del Largactil (clorpromazina) sintetizado por primera vez en 1952, demostraron ser medicamentos con los que se disminuía o eliminaban los síntomas de los trastornos mentales.

Entre las consecuencias del uso de los psicofármacos se subraya que los pacientes con enfermedades psicóticas no se encontraban obligados a permanecer en las instituciones psiquiátricas, sino que buena parte de su tiempo podían estar en casa y realizando visitas de control periódicas al hospital.

Desde la década de los setenta el conjunto de fármacos desarrollados se fue complejizando y acrecentando. Además, la cantidad de camas psiquiátricas y de pacientes internos ha ido disminuyendo considerablemente; para el caso colombiano se estima que en proporción, en los últimos 30 años el decremento es de un 70% (Arango-Dávila, 2012, pág. 4).

Antipsiquiatría:

Aunque Arango-Dávila no la incluye como un quinto momento de la psiquiatría, sí la destaca como una apuesta que aboga por hacer frente al proceder psiquiátrico y que ante sus exigencias consigue que se gesten modificaciones para esta especialidad médica.

Los principios sobre los que se fundamenta la antipsiquiatría tienen en cuenta: los factores sociales, la crítica a los tratamientos restrictivos u opresivos, las ideas en torno a la patológico de la psiquiatría y el trato de los médicos a los pacientes como si se trataran de seres aislados de todo vínculo social.

Con el paso del tiempo la corriente de la antipsiquiatría no se encargó de opacar a la psiquiatría, sino que provocó una reflexión que asentó el interés por la incorporación de una dimensión social en el quehacer y la función de la psiquiatría.

2.2 APUNTES HISTÓRICOS DE LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA:

En una revisión elaborada por Roselli (2009) se identifican las prácticas terapéuticas con las que se ha atendido la enfermedad mental en Colombia desde los tiempos precolombinos las cuales son:

Los indígenas Chacóes del Urabá y nordeste antioqueño utilizaban jaulas pequeñas para encerrar a las personas con trastornos mentales y así alejar los espíritus causantes de la locura. Por su parte, los indígenas Kogui de la Sierra Nevada de Santa Marta atendían a los pacientes con el método de la confesión y la purificación.

En el siglo XVII, en la época de la Colonia se les asignaba a los curanderos la labor de atender a los enfermos mentales valiéndose de menjurjes, preparaciones naturales y prácticas basadas en la experiencia.

Cerca de 150 años después José Celestino Mutis escribe el que según Roselli podría considerarse como el primer escrito psiquiátrico colombiano. En su texto, Mutis estudió las hipocondrías¹, recomendando desalentar el uso de remedios mágicos, acudir a hechiceras o curanderos. Aconsejaba entonces reemplazar este tipo de prácticas con la realización de ejercicio moderado, baños de agua fría, resignación cristiana, la lectura de libros como El Quijote y especialmente seguir la influencia de un buen consejero².

Desde de 1875 la preocupación por la científicidad del tratamiento y cómo se entendían las enfermedades mentales comienza a ser un problema para los médicos colombianos. Aparecen para la época las primeras revistas científicas sobre el tema, publicaciones nacionales y reproducciones de material extranjero (Roselli, 1968, pág. 180).

Durante este periodo los tratamientos se caracterizaron por ser deficientes y escasos. El punto de inflexión se da durante la primera mitad del siglo XX con la llegada de los nuevos tratamientos biológicos que modificaron las prácticas terapéuticas de la enfermedad mental. Algunos de los tratamientos por los que se optó en Colombia a lo largo de este periodo fueron: los abscesos de fijación en 1910, reemplazados posteriormente por los electrochoques y los neurolépticos; la malarioterapia en 1925 que cayó en desuso por la aparición de la penicilina para casos de sífilis; la fiebre eléctrica o piretoelectroterapia; la insulino terapia en 1937 que se usó por 25 años hasta desaparecer totalmente; la cardiazolterapia desde 1938; la psicocirugía que se introdujo en la década de los cincuenta; los electrochoques que llegaron a Colombia en 1941 y se utilizaron ampliamente en las décadas del 40, 50 y 60.

¹ En la actualidad se las denomina como depresiones.

² Para Roselli es una alusión aún rudimentaria de la psicoterapia.

Por otro lado, en la obra *La historia de la psiquiatría en Colombia*, Roselli (1968) destaca tres momentos clave de la psiquiatría para el caso colombiano:

- Entre 1870 y 1880 se construyeron establecimientos para enfermos mentales en las ciudades de Bogotá y Medellín. Aunque el objetivo de estos edificios desde el inicio fue atender las enfermedades mentales, su estructura era manicomial.
- Entre 1913 y 1926 se fundaron las cátedras de Medicina Mental y Nerviosa de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina en la Universidad Nacional de Bogotá.
- Alrededor de 1950 se introdujo la psicoterapia clínica y la orientación dinámica de la psiquiatría.

La revolución psicofarmacológica o el cuarto momento de la psiquiatría como lo indica Arango-Dávila (2012) arribó a Colombia en la década de los años cincuenta coincidiendo con la corriente psiquiátrica que predominaba en la práctica internacional, el influjo del psicoanálisis y la psicoterapia analíticamente ordenada.

CAPÍTULO 3: INICIOS DEL ASILO SAN ISIDRO

3.1 CONTEXTO NACIONAL

Entre 1920 y 1950, Colombia se fue incorporando de forma progresiva en la economía internacional a través de la exportación de café. Así mismo, este proceso estuvo acompañado por las mejoras en las condiciones sanitarias en los puertos y el influjo de quienes estudiaban en el extranjero ocasionó una modernización de las profesiones en el país. Se experimentó entonces, una expansión de los ingresos y una mejoría en aspectos nutricionales y sanitarios, ampliando la expectativa de vida. Fue un periodo con un avance relativo de la urbanización, el comercio, la industrialización y la migración interna, ocasionando cambios ambientales y el desarrollo de nuevas estrategias para la atención de las enfermedades que se iban afianzando para la época.

En cuanto a la calidad de vida, a mediados del siglo XX con el inicio del sistema de seguridad social con la Caja Nacional de Previsión, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la fundación del Ministerio de Higiene como un ente autónomo (Téllez Pedroza, 2011, págs. 106-108) las expectativas sobre la salud de la población mejoraron notoriamente.

A partir de 1945 mejoraron las condiciones higiénicas de vivienda, las técnicas de urbanización a escala masiva, las instalaciones sanitarias, el volumen y calidad de productos alimenticios; se estableció la educación de salud pública y se dispuso de recursos y medidas más eficaces para combatir la enfermedad; se acrecentaron las expectativas de salud y las esperanzas de prolongación del tiempo de vida y confort. (Forero Caballero, 2009, pág. 277)

En este periodo el Estado instituyó normas y dio orientación a los servicios de salud de iniciativa privada y filantrópica, razón por la que la dirección de los servicios de salud fue remitida a líderes profesionales, organizaciones católicas y seculares de caridad. En este aspecto se destaca el caso del Comité Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller que desde 1920 inició

campañas contra enfermedades tropicales, impulsó la preparación de laboratorios de salud pública y que incluso formó parte de la estructura estatal cobijado por la Dirección Nacional de Higiene.

3.2 CONTEXTO LOCAL: SANTIAGO DE CALI

La primera mitad del siglo XX fue un momento de cambio profundo para el Valle del Cauca que coincidió con el impulso modernizante que experimentaba el país. Al ser un departamento atravesado por vías férreas, carreteras y un río que favorecía el surgimiento y la constitución de pueblos, fue una zona de Colombia que se hizo relevante por ser clave para el ingreso y salida de buena parte del comercio internacional.

Respecto a Santiago de Cali, Edgar Vasquéz (2001) relata cómo desde 1910 a 1960, Cali dejó de ser un pequeño asentamiento con 20.000 habitantes, sin servicios públicos, instituciones educativas o calles que merecieran tal nombre, para ser una urbe con acueducto, energía eléctrica, avenidas, sedes de algunas fábricas de empresas multinacionales, inmigrantes, obreros, desplazados y una clase media que comenzó a demandar espacios.

Creció, entonces, la población de la ciudad con base en las inmigraciones. La generación de empleo, los salarios relativos favorables y también la violencia en el entorno, actuaron como atractores de población. Creció la ciudad a golpe de invasión de terrenos, pero también de construcciones legales. La dinámica económico-social ya no cabía en el viejo ‘cascarón’ físico de la ciudad. Y cambiaron las estructuras sociales, las mentalidades, la moral, la cultura urbana y los patrones de consumo (Vásquez Benitez, 2001, págs. 3-4).

En estas condiciones se requería ampliar la prestación de atención médica y las asociaciones de médicos, como el caso del Colegio de Médicos del Valle, actuó como un mediador ante el Estado, contribuyendo con modelos de educación y de práctica médica que se adaptasen a las circunstancias que experimentaba la ciudad (Situ Delle Donne, 1988, págs. 24-25).

3.3 FUNDACIÓN DEL ASILO SAN ISIDRO

Previo a la década de los años treinta del siglo XX no existía una institución que se hiciera cargo de las personas que eran consideradas como locas. La solución por la que se optó antes de la fundación del Asilo de Locos San Isidro consistía en enviar a los enfermos mentales al Hospital San Juan de Dios en Bogotá y al Hospital Mental San Rafael en Pasto, razón por la que la Gobernación del Valle del Cauca estaba obligada a desembolsar anualmente pagos por la atención, transporte y cuidados de sus enfermos.

De acuerdo con Vásquez fue durante el año de 1937 cuando se aprobó la construcción de un pabellón en el sur de Cali para acoger a los niños pobres (2001, págs. 183-200). En las instalaciones del actual hospital psiquiátrico hay una placa en la que se menciona lo siguiente:

La Casona “San Isidro” fue construida entre los años de 1936 y 1937 como correccional o casa de menores de Meléndez por las empresas municipales para la celebración del IV centenario de Cali. Para el año de 1950 se instala en la Casona, el Asilo de Dementes San Isidro que funciona hasta el año de 1961, pasando luego éste a la nueva sede como Hospital Psiquiátrico San Isidro.

Inicialmente, como relata Rómulo Mejía (1959) quien fue médico director de la institución durante la década del 50, la Casona San Isidro era un lugar muy mal construido y planificado para alojar niños con problemas de carácter. Además, al ser la enfermedad mental un serio inconveniente para la ciudadanía, se usaba la casona como un depósito de enfermos que no recibían ningún tipo de tratamiento o cuidado especial, sino que se esperaba a completar el cupo necesario su traslado a Bogotá o Pasto.

3.3.2 El Valle del Cauca, Cali y la enfermedad mental

Como se ha mencionado existía una preocupación desde la Gobernación del Valle del Cauca por desarrollar mecanismos para la atención de sus enfermos mentales. Además, de acuerdo

a los reportes de salud pública del Departamento, durante la década del cuarenta se observa un incremento progresivo de los enfermos reportados por atención de salud mental en el Valle del Cauca:

Tabla 1. Enfermos reportados por atención en salud mental entre 1940 y 1950

Año	Cantidad
1940	468
1942	494
1944	532
1946	591
1948	686
1950	632

Fuente: Orejuela (2014, pág. 60)

Además, para 1940 el Asilo San Isidro contaba con una capacidad máxima para atender noventa pacientes, un motivo más para ampliar la capacidad de atención de los enfermos mentales en la institución.

3.3.1 Un manicomio para los dementes del Valle

En 1940 por medio de la Ordenanza No. 26 de la Asamblea Departamental del Valle del Cauca se designa la construcción de un manicomio para atender y alojar a los pacientes del Departamento. Posteriormente con la Ordenanza No. 64 de 1941³ se asignan \$40.000 para la compra de un lote y la construcción del hospital. Con las nuevas asignaciones para el Asilo se proyectaba una institución en la que se alojaran hasta 300 enfermos.

Es el primer momento en el que se propone la organización de una Junta que se encargue de la ejecución del proyecto. La conformaban cinco miembros distribuidos de la siguiente manera:

³ Ordenanza No. 64 de 1941 del 17 de junio (Copia). Libro: *Gerencia. Decretos Varios. Estatuto orgánico. 1943 a 1949*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

el Secretario de Higiene, el Alcalde Municipal, el Director del Establecimiento y dos más nombrados por la Gobernación.

Respecto a los miembros de la Junta no se hace mención a personal capacitado profesionalmente para la atención de enfermedades mentales o la administración de un centro hospitalario con estas características. En ese sentido se destaca el carácter caritativo con el que se piensa el Asilo, sobre el que por cierto son las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul las que se encuentran a cargo.

Aunque en la Ordenanza se le asignó al Asilo un auxilio por \$1.500 para su sostenimiento, en el mismo documento se anota que la Junta *“podrá recibir donaciones que se le hagan y organizará rifas, bazares, etc., y todo lo que tendiere a la adquisición de fondos para el sostenimiento del manicomio”*.

Hasta finales de la década del cincuenta las necesidades financieras de la institución son notorias, por tal motivo su Junta Directiva debía encargarse de la promoción de eventos o de contactar empresas del sector privado para recolectar fondos.

3.4 LAS HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL

Desde la fundación del Asilo fueron las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl quienes se hicieron cargo de la institución, pues fue pensada como un centro orientado a llevar a cabo acciones caritativas. En un contrato firmado entre las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y la Alcaldía Municipal de Cali en 1946 se les autoriza la total dirección del servicio interno del Asilo de Meléndez⁴. Entre las funciones asignadas están: recibir el dinero enviado por el municipio; hacer

⁴ Contrato del Asilo de Meléndez con las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. 26 de agosto de 1946. Libro: Dirección. Correspondencia recibida Ministerio de Trabajo de Fondo Nacional Hospitalario de Donaciones. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

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.

La postura frente al Asilo San Isidro como un centro de caridad fue modificándose a partir de 1950 con la conformación de una Junta Pro-Construcción encargada de encausar un proyecto para terminar con un nuevo edificio en donde operaría el hospital psiquiátrico que se esperaba poner en marcha. La Junta fue investida con las facultades de una Junta Directiva, por tanto fue uno de los primeros pasos para el relegamiento de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul.

Con el avance del proyecto de cambio institucional del Asilo San Isidro paulatinamente las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul se las fue trasladando a la sección de enfermería, costura, cocina y oficios varios como se puede constatar en las resoluciones de personal contratado de 1956⁵, 1957⁶ y 1958⁷.

3.5 ¿CÓMO ERA LA ATENCIÓN EN EL ASILO?

Durante el proceso de cambio del Asilo a un Hospital Psiquiátrico, su director, el Dr. Alex Cobo, contacta al Director Departamental de Higiene, Fortunato Aljure. En la carta presenta una descripción sobre el tipo de atención, tratamiento y condiciones en general de 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

⁵ Resolución No. 1 del 1 de noviembre de 1956. Libro: *Presupuestos*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

⁶ Resolución No. 11 del 25 de octubre de 1957. Libro: *Presupuestos*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

⁷ Resolución No. 16 del 31 de octubre de 1958. Libro: *Presupuestos*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

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 imposible salvar de la rutina física y psíquica a hombres y mujeres que podrían ser mejorados.⁸

En el Asilo era frecuente encerrar a los enfermos en calabozos y que estuviesen hacinados por falta de medicamentos, enfermeras o tratamiento. De esta manera las medidas represivas eran la primera opción por las pobres condiciones científicas, tecnológicas y económicas de la institución. Además, en los informes presentados por la congregación que laboraba en el Asilo, se anota que la infraestructura era inadecuada, no había aparatos o personal capacitado para el tratamiento de los enfermos y que no contaban con servicios básicos como agua y luz.

Hay dos factores para resaltar de los inicios del Asilo San Isidro:

1. El crecimiento progresivo del número de enfermos atendidos por salud mental puede ser atribuido al auge industrial del departamento, las transformaciones sociodemográficas, económicas y culturales que atravesaba la ciudad de Cali. Fue una preocupación de la Gobernación Departamental del Valle del Cauca atender a los enfermos mentales del Departamento y por tanto la proposición de construir el Asilo.

⁸ Carta de Alex Cobo a Fortunato Aljure, Director Departamental de Salud Pública. 25 de octubre de 1955. Libro: *Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

2. El contexto en el que se conforma el Asilo se enmarca dentro de una serie de políticas nacionales que buscaban la instauración de un sistema de seguridad social como la Caja Nacional de Previsión, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, la fundación del Ministerio de Higiene como ente autónomo y el inicio de la expansión de la infraestructura hospitalaria del país.

Estos son los primeros pasos de la institución como Asilo durante la década del cuarenta, pero es a través del Decreto No. 290 de 1950 de la Alcaldía de Cali que se conforma la Junta Pro-Construcción Hospital Psiquiátrico San Isidro con la que se proyecta una obra que incluye reformas en cuanto a: el tratamiento de los enfermos, su infraestructura, profesionalizar el personal y en líneas generales renunciar a la mirada de la caridad del asilo para constituir un hospital psiquiátrico.

3.6 LA CONFORMACIÓN DE LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN

Mediante el Decreto No. 237 del 27 de octubre de 1948⁹ la Alcaldía designa al Dr. Alex Cobo como Médico Director del Asilo San Isidro, pese a que dos años se había investido a las Hermanas Hijas de la Caridad con el control total del Asilo. Él asumió el cargo unos cuantos días después y sentó un precedente al ser el primer profesional con un cargo directivo en la institución.

El mismo año en el que finalmente se instala el Asilo de Dementes de Cali es creada una Junta Pro-Construcción a través del Decreto No. 290 de 1950 del 11 de mayo¹⁰. El proyecto asignado consistía en encausar los esfuerzos de la institución para la construcción de un edificio moderno para la atención de los enfermos mentales. Se designaron a los siguientes seis miembros

⁹ Carta del Secretario de Gobierno Municipal a Alex Cobo. 27 de octubre de 1948. Libro: 9. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

¹⁰ Decreto No. 290 de 1950 del 11 de mayo (Copia). Libro: *Gerencia. Decretos Varios. Estatuto orgánico. 1943 a 1949*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

para la Junta: Clara Inés de Zawadsky, Mercedes Lloreda de Garcés, Alex Cobo, Jaime Lozano Henao, Mauricio Hannaford e Ignacio Gutiérrez.

A diferencia de la primera Ordenanza de 1941 en la que se proyectaba la construcción de un edificio moderno para la atención de los pacientes, en este decreto se hace énfasis en que:

Esta Junta podrá solicitar auxilios oficiales con este objeto [La construcción del Hospital Psiquiátrico], acordar planes de financiación para la futura obra y someterá los proyectos de localización y construcción de ella a las autoridades de Higiene y Obras Públicas del Municipio (...) invístase a 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.

Más allá de las atribuciones con las que se invistió a la Junta Pro-Construcción, la institución se mantuvo con un déficit económico para solventar los gastos referentes a su sostenimiento y por ende para la construcción del hospital psiquiátrico que se proyectaba. Era necesario entonces solventar la situación y la Junta asumió la tarea de recolectar fondos, en buena medida con donaciones desde el sector privado.

Por ejemplo, en una carta dirigida al Club Colombia¹¹ la Junta solicita que los fondos que se recojan de un evento que se haría en sus instalaciones en honor a la visita de la Señorita Colombia se destinen para el Asilo:

¹¹ Carta de Mercedes Lloreda de Garcés y Elvira Hannaford (Miembros de la Junta Pro-Construcción) a los Miembros de la Junta Directiva del Club Colombia. 28 de noviembre de 1951. Libro: 4. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

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.

Una situación muy similar se presentó en 1955 cuando la Junta solicitó al Club Colombia uno de sus salones para realizar un Cocktail bailable en el que se elegiría a la mujer más elegante de Cali y cuyos beneficios estarían destinados para el Asilo.

La participación de entidades donantes del sector privado es amplia entre 1950 y 1955, es decir, en un periodo en el que la Junta Pro-Construcción inicia labores y que se va desvaneciendo, aunque no desapareciendo, con la recepción de fondos enviados por el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal que empiezan a asumir económicamente la construcción del hospital psiquiátrico.

En un primer momento la Junta logró recaudar 250.000 a partir de los auxilios enviados por el Gobierno Nacional, Departamental y las donaciones hechas por particulares. Recursos que se destinaron para levantar:

(...) una parte del edificio destinado a la administración, consulta externa, laboratorios, rayos X, botica, servicio social, electroencefalografía, sala de cirugía y anexos: enfermería y salas de hospitalización para enfermos quirúrgicos, la cual quedó terminada a finales de 1956 (Orejuela, 2014, pág. 70).

Gracias a la gestión de la Junta Pro-Construcción al captar los auxilios nacionales y departamentales, como se puede constatar en los registros financieros de San Isidro de 1956, por primera vez se registra una participación cuantiosa de instituciones estatales. Dinero con el que se empieza a encauzar el paso del Asilo San Isidro a un hospital psiquiátrico.

Tabla 2. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1957

Auxilios en general (Con vigencias anteriores)	
Tesoro Municipal (Vigencia anterior)	\$13.333
Tesoro Municipal	\$80.000
Lotería del Valle (Beneficencia del Valle)	\$12.000
Empresas Municipales de Cali	\$1.200
Total	\$106.533
Producto de servicios de internos	
Pensionados	\$24.000
Otros conceptos	\$14.400
Total	\$38.400
Otros conceptos	
Caja	\$600
Resumen	
Total renta	\$145.533

Fuente: Resolución No. 1 del 1 de noviembre de 1956. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

El presupuesto de 1958 con vigencia para 1959 introduce además de un auxilio nacional, el dinero que enviaría la Beneficencia del Valle y el Municipio de Cali para la construcción del nuevo edificio.

Tabla 3. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1959

Auxilios en general	
Municipio de Cali	\$60.000
Auxilio Nacional	\$12.000
Empresas Municipales de Cali	\$600
Total	\$72.600
Para la construcción	
Municipio de Cali	\$200.000
Beneficencia del Valle	\$175.000
Total	\$375.000
Producto de servicios internos	
Pensionado del Departamento	\$24.500
Pensionados particulares y consulta externa	\$18.000
Otros conceptos	\$500
Total	\$43.000
Caja	
Total	\$218.878
Resumen	
Total	\$709.478

Fuente: Acuerdo No. 1 de julio de 1958. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

La tendencia a un mayor ingreso de recursos económicos para el Asilo San Isidro se puede corroborar en el presupuesto de 1959 que entraría en vigencia para 1960, el año anterior a la finalización de la construcción del nuevo edificio.

Tabla 4. Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1960.

Auxilios en general	
Municipio de Cali	\$80.000
Auxilio Nacional	\$30.000
Empresas Municipales de Cali	\$1.200
Beneficencia del Valle	\$450.000
Total	\$561.200
Vigencias anteriores	
Auxilios por cobrar	\$277.500
Fondo rotatorio	\$50.000
Total	\$327.500
Producto de servicios internos	
Pensionado del Departamento	\$138.000
Pensionados particular	\$36.000
Consulta	\$3.000
Venta de drogas	\$6.000
Total	\$183.000
Caja	
En Banco Cafetero	\$24.400
En Banco Popular	\$43.800
Total	\$68.200
Otros ingresos	
Donaciones	\$2.000
Resumen	
Total	\$1.141.900

Fuente: Acuerdo No. 1 del 25 de octubre de 1959. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

Es decir que entre 1957 a 1960 el presupuesto del Asilo San Isidro pasó de ser aproximadamente 145.533 pesos a 1.141.900. En otras palabras San Isidro fue guiado por la Junta Pro-Construcción para recibir estos auxilios, consiguiendo así que las condiciones fuesen las propicias para la ejecución del proyecto de construcción del hospital psiquiátrico.

3.7 PASO DEL ASILO SAN ISIDRO A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A través de la gestión de la Junta Pro-Construcción ante el municipio de Cali, el Asilo obtuvo un lote contiguo de una extensión de 36.000 mt² situado sobre la autopista al Club Campestre.

En 1955 se asigna al Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle como ente consultor y científico del Asilo Isidro. El Departamento estaba encabezado por el Dr. Carlos León, un ecuatoriano recién llegado de los Estados Unidos que acababa de terminar sus estudios de especialización en psiquiatría en la Universidad de Tulane.

Al Departamento se le encargó como primera tarea elaborar un informe sobre el estado del Asilo. Carlos León fue acompañado por el Rómulo Mejía, quien era profesor de psiquiatría de la Universidad del Valle y también el Médico Director del Asilo. Los resultados se entregaron el 24 de octubre de 1955 a Alex Cobo, Presidente de la Junta Pro-Construcción¹² y subrayaban que las condiciones de diagnóstico y terapéuticas de la institución 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.

A partir del informe del Departamento de Psiquiatría, Alex Cobo se comunicó con el Director Departamental de Salud Pública, Fortunato Aljure¹³ en búsqueda de un auxilio económico para la construcción del nuevo edificio explicándole que:

¹² Carta de Carlos A. León y Rómulo Mejía a Alex Cobo. 24 de octubre de 1955. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

¹³ Carta de Alex Cobo a Fortunato Aljure, Director Departamental de Salud Pública. 25 de octubre de 1955. Libro: *Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

(...) 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 anota que de acuerdo a sus conversaciones con los ingenieros y las recomendaciones del Departamento de Psiquiatría se lograría un hospital con una capacidad para alojar 320 enfermos, un punto clave para la administración departamental, ya que se evitarían los gastos de traslado y sostenimiento de los enfermos mentales del Valle del Cauca en Bogotá y Pasto.

En cuanto a la respuesta del Director Departamental de Salud Pública coincidía en la necesidad de una institución de este tipo para el Departamento, señalando que era un absurdo enviar a los enfermos mentales a otras ciudades “*pudiendo atender esos mismos enfermos en el Asilo San Isidro de la ciudad*”¹⁴. Así mismo en su comunicación especifica cinco puntos para la constitución del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico: 1) lograr que el Valle del Cauca cuente con un hospital psiquiátrico que cumpla adecuadamente con las necesidades asistenciales y docentes; 2) evitar el traslado de los enfermos mentales a otras ciudades por las dificultades que conlleva para el tratamiento y por el mayor gasto de recursos para el Departamento; 3) el anuncio de un auxilio de 150.000 pesos que otorgaría la Beneficencia del Valle para la construcción del nuevo edificio; 4) en caso que desde el 1 de enero de 1956 se consiguiera atender a los enfermos mentales del Valle del Cauca en San Isidro, la institución recibiría otro auxilio por 150.000 pesos; 5) y se buscaría un auxilio más de 100.000 pesos anuales si se obtienen las partidas presupuestales de los municipios del departamento, especialmente Cali.

¹⁴ Carta de Fortunato Aljure a la Junta Directiva del Asilo San Isidro. 9 de diciembre de 1955. Libro: Dirección. Documentos varios. 1958 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

Con el presupuesto definido se dio inicio a la construcción del nuevo edificio. Ahora bien, durante el proceso y como consecuencia tanto de la falta de experiencia del ingeniero a cargo como de las características de la obra, la inauguración se fue retrasando. Además los problemas presupuestales no se hicieron esperar y retardaron la ejecución del proyecto.

Por otro lado, mientras se avanzaba en la obra, León y Cobo recibían los informes del ingeniero interventor, definiendo cuál sería el programa a seguir de acuerdo con el presupuesto. A su vez, durante sus visitas destinaban parte del tiempo para evaluar qué tan bien iba la obra ante la poca experiencia del ingeniero.

La obra continuó y en el *Plan de gastos para el Hospital Psiquiátrico “San Isidro” en el año 1960*¹⁵ se menciona que de acuerdo a los cálculos de quien dirige la construcción del edificio se estima que aproximadamente para el inicio del segundo semestre de 1960 se finalizaría con ella, fecha con la que no se cumplió pues se la inauguración ocurrió en 1961.

En cuanto a las especificaciones de las reformas que se aplicarían se indica que habrá un tramo para consulta externa, consultorios, oficinas administrativas, aulas para conferencias y docencia, laboratorio, electroencefalografía, odontología, rayos X, farmacia, un espacio para alojar a la comunidad religiosa, capilla, zonas de esparcimiento para los pacientes y servicios varios. Respecto a las anteriores instalaciones se las usaría como un área de reclusión para los pacientes crónicos.

Con la elaboración del Acta No. 116¹⁶ se establece oficialmente un antes y un después para la institución porque: 1) la Junta Directiva de la institución modifica el nombre de *Asilo San Isidro*

¹⁵ *Plan de gastos para el Hospital Psiquiátrico “San Isidro” en el año 1960*. 17 de noviembre de 1959. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

¹⁶ Acta No. 116. 14 de noviembre de 1960. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

a *Hospital Psiquiátrico San Isidro*; 2) se otorga una prórroga al contrato de construcción hasta el 28 de febrero de 1961; 3) se presentan lo que serían los estatutos definitivos para el Hospital.

En lo que refiere a los estatutos del ahora Hospital Psiquiátrico San Isidro, la Junta Directiva, es decir la antes denominada Junta Pro-Construcción se modifica. A partir de esta disposición la composición de los miembros de la Junta Directiva sería así: 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.

Las funciones asignadas a la Junta Directiva fueron: modificar los estatutos si era necesario; aprobar o desautorizar el presupuesto presentado por el médico director; dictar las normas de cómo se ejecutará la contabilidad; crear y suprimir cargos dentro de la institución; nombrar al médico director; autorizar contratos, permisos y similares; y actuar como entidad suprema del hospital psiquiátrico.

En la misma acta se crea un Consejo Médico integrado de la siguiente manera: un Médico Director quien lo presidirá; 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 asignadas para el Consejo Médico del Hospital Psiquiátrico San Isidro fueron: organizar, orientar y definir la actividad científica y médica del Hospital; sugerir a la Junta Directiva un candidato para Médico Director; nombrar al personal científico entre los candidatos propuestos por el Médico Director; aprobar las solicitudes de los médicos internos y residentes;

aplicar al personal científico las sanciones a que puedan ser acreedores por faltas de carácter científico, ético o disciplinario; y en definitiva actuar como una entidad directiva en aspectos científicos y médicos del Hospital.

De esta manera la Junta Directiva ahora estaría compuesta por representantes de instituciones oficiales, entre ellos uno de la Universidad del Valle, y no como en el caso de la Junta Pro-Construcción por criterios que no están del todo claros. En cuanto al Consejo Médico se asignó como mínimo que tres de los cinco miembros fuesen de la Universidad del Valle, ratificando la participación de esta institución como ente consejero del Hospital Psiquiátrico San Isidro.

Finalmente es el 6 de abril de 1961 cuando se entregan las obras de reformación y ampliación del ahora Hospital Psiquiátrico San Isidro¹⁷ por parte del ingeniero a cargo. Luego de un proceso de construcción con diversos obstáculos se logró que el Hospital Psiquiátrico San Isidro estuviese dotado 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 y tratamientos, servicios generales. Algunos de estos apartados del edificio fueron reformados y otros construidos desde cero.

El reparto de las camas y de los pabellones se modificó con la nueva obra. Para septiembre de 1961 el número total de camas era de 211 distribuidas en 8 pabellones, 4 para cada sexo, mientras que los pabellones se usaron para los pensionados (ICSS) el #1 para mujeres y el #2 para hombres. Finalmente, para los pacientes más agresivos se destinaron los pabellones #7 y #8¹⁸.

¹⁷ 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.

¹⁸ Carta de Blanca H. Córdoba a Ernesto Zambrano. 26 de septiembre de 1961. Libro: *Dirección. Documentos varios. 1961 a 1962*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

CAPÍTULO 4: CAMBIO INSTITUCIONAL

La teoría institucional es un enfoque que pretende dar cuenta de los entornos institucionales o de aquellos espacios normativos en los que se inscriben las organizaciones. El estudio de las instituciones, hace parte de la agenda sociológica desde los estudios de autores clásicos como Weber, Marx o Durkheim. Pese a esto, sigue siendo un tema novedoso para el análisis de fenómenos económicos, políticos o sociales.

Para el análisis de la configuración del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico y la participación del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle se ha seleccionado la categoría de cambio institucional elaborada por DiMaggio & Powell (1999) a partir de las directrices del *nuevo institucionalismo*. Para los autores, este nuevo enfoque responde a un contexto en el que:

El estudio de las instituciones experimenta un renacimiento en todas las ciencias sociales. En algunos sectores, este desarrollo es una reacción contra la revolución conductual de décadas recientes, la cual interpretó la conducta económica y política colectiva como la consecuencia agregada de la elección individual (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 34).

Además, el nuevo institucionalismo considera enfoques anteriores como el de Veblen y Commons en lo que respecta al énfasis que hacen en los mecanismos, a través de los cuales se presenta un tipo de acción social y económica; o para el caso funcionalista de Parsons y Sleznick, donde el objetivo consiste en comprender las interconexiones a largo alcance entre la organización económica, política y la sociedad.

El esfuerzo del nuevo institucionalismo radica en asociar los planteamientos investigativos de las anteriores tradiciones, pero sin recaer en análisis históricos específicos, abstracciones poco útiles para fines explicativos o nada más que una descripción. En otras palabras, es una búsqueda

por el desarrollo desde un marco contemporáneo por las preguntas de las tradiciones mencionadas, pero con un alcance intermedio que permita contar con efectividad explicativa.

En cuanto a la diferencia significativa entre el viejo y el nuevo institucionalismo son dos los aspectos principales. El viejo institucionalismo se centra en destacar la forma en la que los grupos de presión, actúan desde el interior de las organizaciones, valiéndose de intercambios o alianzas políticas. Por su parte, el nuevo institucionalismo guarda una relación estrecha con la estabilidad, la legitimidad y los acuerdos comunes que no se enuncian explícitamente. El segundo punto corresponde a la interpretación de la relación entre el actor y la institución. Para el viejo institucionalismo son los valores, las normas y las actitudes, las que institucionalizan a los actores a la manera de un proceso de socialización. En cuanto al nuevo institucionalismo las normativas sociales son entendidas como un elemento que influye en la relación entre actor e institución, pero son las reglas, las conductas esperadas y las clasificaciones, las que atraviesan la relación con prescripciones de tipo racional e impersonal (DiMaggio & Powell, 1999, págs. 46-50).

En cuanto a los puntos de convergencia entre ambos institucionalismos, se subraya que: existe un escepticismo ante un actor que es plenamente racional; los procesos de institucionalización son entendidos como dependientes del Estado; y se piensa a la institución como una participante más dentro de un campo organizacional (DiMaggio & Powell, 1999, págs. 34-46).

Para el neoinstitucionalismo, la legitimidad es la preocupación principal y para dar cuenta de ella DiMaggio & Powell desarrollan el concepto de campo organizacional que se define como:

(...) aquellas organizaciones que, en conjunto, constituyen un área reconocida de la vida institucional: los proveedores principales, los consumidores de recursos y productos, las agencias reguladoras y otras organizaciones que dan servicios o productos similares (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 106).

Es decir que se trata de un campo en el que existen unos requisitos a los que deben someterse las instituciones para ganar en legitimidad. La virtud de esta definición está en que se consideran tanto las conexiones entre organizaciones, como a los actores importantes que quizá por su forma de participar, no son tan evidentes. Además, los autores aclaran que es una unidad de análisis que sólo puede definirse empíricamente.

Para DiMaggio y Powell son cuatro etapas las que permiten la estructuración del campo organizacional:

(...) un aumento en el grado de interacción entre las organizaciones en el campo; el surgimiento de estructuras interorganizacionales de dominio y de patrones de coalición claramente definidos; un incremento en la carga de información de la que deben ocuparse las organizaciones que participan en un campo; y el desarrollo de la conciencia entre los participantes de un conjunto de organizaciones de que están en una empresa común (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 106).

Al compartir ciertos requisitos de legitimidad a los que se deben someter las instituciones, la estructuración de un campo organizacional conlleva a que éstas se hagan cada vez más similares. En un contexto institucional con estas características, las instituciones se asemejarán y su habilidad para el cambio en los años posteriores se limitará. Las innovaciones serán entonces un resultado de la mejora en el desempeño, pero en cuanto se consoliden en el campo pasarán a ser parte del umbral de lo que es legítimo o no. En ese orden de ideas, las organizaciones pueden intentar hacer cambios, pero después de un punto en la forma en que se ha estructurado un campo organizacional, *“el efecto del cambio individual es reducir el grado de diversidad dentro del campo”* (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 107).

Ahora bien, ya se ha hecho alusión a los requisitos de legitimidad del campo organizacional, pero no se ha mencionado en dónde se encuentran enmarcados. DiMaggio y Powell usan el

concepto de sistema de creencias que se refiere a las ideas, valores o prácticas dentro de un campo organizacional (DiMaggio & Powell, 1999, págs. 106-109). Por tanto, si se quiere permanecer en ese contexto institucional habrá que amoldarse a esas expectativas, más allá si por condiciones técnicas implique una mejora en el rendimiento o no.

Tal y como se puede ver hasta el momento, la propuesta de los autores es una invitación para dar cuenta de un proceso de homogeneización entre instituciones o isomorfismo, entendiéndolo como:

(...) un proceso limitador que obliga a una unidad en una población a parecerse a otras unidades que enfrentan las mismas condiciones ambientales. En el nivel de la población, ese enfoque sugiere que las características organizacionales se modifican en dirección a una creciente compatibilidad con las características ambientales; el número de organizaciones en una población es una función de la capacidad de soporte ambiental, y la diversidad de las formas organizacionales es isomorfa a la diversidad ambiental (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 108).

Los autores sostienen que hay dos tipos de isomorfismo: el competitivo y el institucional. El primero supone *“una racionalidad del sistema que hace hincapié en la competencia del mercado, el cambio en los nichos y las medidas de ajuste”* (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 108). Por estas características es un isomorfismo adecuado para condiciones de libre competencia.

El isomorfismo de tipo institucional brinda una perspectiva pertinente para las organizaciones modernas en relación con este proceso isomórfico al destacar que *“los principales factores que las organizaciones deben tener en cuenta son las otras organizaciones”* (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 109). En ese sentido las organizaciones buscan legitimidad como instituciones dentro de un campo organizacional y unas condiciones económicas y sociales adecuadas para la ejecución de sus respectivos proyectos.

DiMaggio y Powell (1999, pág. 109) identifican tres mecanismos de cambio institucional isomorfo:

1) 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; 3) isomorfismo *normativo*, asociado con la profesionalización.

En conclusión, el aspecto central de la teoría institucional de DiMaggio y Powell gira en torno a un proceso de homogenización o isomorfismo, al que las instituciones se someten para ganar en legitimidad. Dependerá entonces de si se cumple o no con unos requisitos impuestos, a través de un mecanismo de cambio institucional isomorfo si se consigue cumplir con los requisitos del sistema de creencias del campo organizacional para definir si la institución es legítima.

4.1 CAMBIOS EN EL SISTEMA DE CREENCIAS

El campo organizacional y el sistema de creencias en el que se enmarca el proceso de cambio del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico están atravesados por profundas modificaciones en la concepción de la salud, la formación médica, la profesionalización de la psiquiatría, el cambio de modelo para la atención clínica en Colombia y la modernización del país.

Para efectos de presentación se ha dividido en dos apartados el sistema de creencias: en internacional y nacional. No quiere esto decir que sean dos contextos institucionales por separado, sino que se presenta de esta manera con fines explicativos.

4.1.1 Internacional

El cambio en el sistema de creencias de la salud en el que se funda el paso del Asilo San Isidro a un hospital psiquiátrico, ocurre en un momento histórico en el que a nivel internacional se experimentaban una amplia serie de modificaciones. Para dar cuenta de ello se han identificado las

siguientes instituciones o procesos: la revolución psicofarmacológica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Fundaciones norteamericanas Rockefeller y Kellogg, las misiones médicas norteamericanas Humphreys y Lapham y la Universidad de Tulane.

Hasta la mitad del siglo XX los trastornos psicóticos eran tratados con métodos terapéuticos de dudosa eficacia clínica¹⁹. La situación comenzó a cambiar a partir de la década de 1950 en la que se experimenta 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-Muñoz, Alamo, & Cuenca, 2002, pág. 38).

Esta situación ha sido denominada como una *revolución psicofarmacológica* por López-Muñoz et al. (2002), que se fundamenta en la aparición de la clorpromazina en 1952 y de la reserpina en 1953. Ambas con un efecto sedante que calma los movimientos bruscos, la ansiedad y la agresividad de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, pero sin perder la orientación y manteniendo un considerable grado de objetividad a diferencia de los barbitúricos.

El uso de la clorpromazina se consolidó en 1955²⁰, con tal trascendencia que entre este año hasta 1965 se contabilizaron 50 millones de pacientes a quienes se les recetó. Así mismo, con su uso se dio pie a fuertes modificaciones al tipo de tratamiento psiquiátrico que imperaba, al permitir que los enfermos mentales pudiesen ser atendidos *por fuera de* los centros de atención y dentro de su entorno familiar.

¹⁹ Ver el subcapítulo 1.1: Los cuatro momentos de la psiquiatría.

²⁰ Respecto al uso de la clorpromazina y sus derivados López-Muñoz, Alamo & Cuenca (López-Muñoz, Alamo, & Cuenca, 2002, pág. 99) dicen al respecto que: *“Durante la primera mitad del siglo XX, el número de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos en EE.UU. se incrementó alarmantemente desde 150.000 hasta 500.000 enfermos, estimándose que, en 1955, la mitad de las camas hospitalarias estaban ocupadas por pacientes psiquiátricos. Sin embargo, desde 1956, fecha en la que los antipsicóticos comenzaron a utilizarse masivamente, la tasa de hospitalizaciones se invirtió, y en 1975 el número de ingresados descendió hasta 200.000”*.

Por otro lado, los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial estuvieron marcados por una preocupación de los vencedores por evitar que un conflicto de tales dimensiones se volviese a repetir. Como consecuencia se conformó una red de organismos internacionales entre los que se destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La fundación de la OMS ocurre en 1948 reelaborando el concepto de higiene y promoviendo 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).

Así mismo se definió la diferencia entre higiene mental y salud:

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, pág. 113).

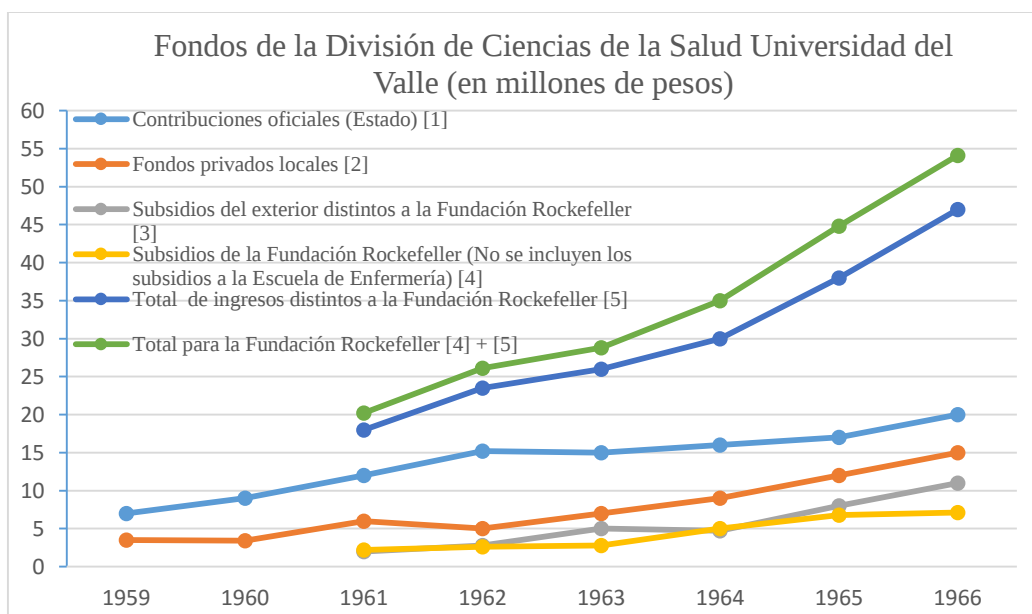
En ese orden de ideas el proyecto de la OMS hacía énfasis en integrar una dimensión social a la salud, promover la Salud Pública y la introducción de servicios alternativos en los hospitales. Para el caso de los hospitales psiquiátricos se indicaba que tuviesen servicio de consulta externa, hospital día, hogares de transición, dispensarios de salud mental y clubes de ex pacientes.

El apoyo de las Fundaciones Rockefeller y Kellogg fue clave para financiar los estudios de postgrado del cuerpo docente de la Facultad de Salud en el extranjero, la compra de equipos y la mejora sustancial de la biblioteca.

Entre los datos de un estudio que se ejecutó sobre la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle²¹ (para la época así se denominaba a la actual Facultad de Salud) a mediados de la década de 1960 se presentó información del profesorado, estudiantes, graduados, financiación y proyectos en curso.

En el informe se muestran las contribuciones que recibe la División de Ciencias de la Salud y la Fundación Rockefeller, que por cierto supera con creces a las contribuciones del Estado o los fondos privados como lo detalla la Gráfica 1.

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



Fuente: Resumen (Datos estadísticos) sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la comunidad, etc. 1952-1966. Sin fecha. Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971 presentado por el decano de la división. Archivo Central de la Universidad del Valle. Adaptación propia.

²¹ Resumen (Datos estadísticos) sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la comunidad, etc. 1952-1966. Sin fecha. Carpeta: *Informe publicaciones 1967-1971 presentado por el decano de la división*. Archivo Central de la Universidad del Valle.

Por otro lado, al finalizar la década del 40 e iniciar la siguiente, dos misiones médicas norteamericanas visitaron el país para evaluar las facultades de medicina y los hospitales del país. A partir de sus informes fundamentados en el modelo flexneriano que consiste en: darle prioridad a las ciencias básicas; priorizar la práctica clínica en el hospital para los estudiantes; destinar personal docente de tiempo completo y dedicado exclusivamente a su actividad; lograr un vínculo entre cada escuela y un hospital; una especialización creciente en la disciplina; e instituir la investigación y la enseñanza como una función de la escuela de medicina (Pineda Cañar, 2014, págs. 186-187).

La primera fue la misión Humphreys o Médica Unitaria solicitada por el Gobierno Nacional y encabezada por nueve médicos estadounidenses que se realizó desde el 12 de octubre al 13 de noviembre de 1948 recorriendo las facultades y los hospitales de las ciudades de: Bogotá, Medellín y Cartagena. Entre sus recomendaciones se aconsejó la creación de una nueva facultad de medicina en el país en la que se aplicara el modelo Flexner. Cali fue la ciudad elegida.

La misión médica Lapham fue la siguiente. Se ejecutó entre julio y agosto de 1953 con el objetivo de visitar siete escuelas médicas del país en: Bogotá (Universidad Nacional y la Universidad Javeriana), Medellín, Cartagena, Cali, Popayán y Manizales. Los integrantes de la misión médica eran: Maxwell E. Lapham y Charles M. Goss, de la Universidad de Tulane y Robert C. Berson de Vanderbilt, de la Universidad de Nashville.

Aunque las dos misiones médicas norteamericanas en sus informes no se refirieron de forma concreta a la práctica o la enseñanza psiquiátrica, cada una de sus recomendaciones para la medicina en general del país marcó un camino a seguir para esta especialidad.

Finalmente está la Universidad de Tulane de los Estados Unidos que tuvo influencia por: 1) la misión médica Lapham que visitó el país fue enviada por la Universidad de Tulane; 2) en uno de los prospectos de la Facultad de Medicina se menciona el plan Tulane-Colombia que consistía en 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, pág. 120); 3) en cuanto a Carlos León una vez terminó con sus estudios de postgrado en la Universidad de Tulane fue enviado como parte del plan Tulane-Colombia.

El sistema de creencias en el que se inscribe el paso del Asilo San Isidro a un hospital psiquiátrico moderno está mediado entonces por organizaciones de carácter internacional que a través de sus aportes económicos, científicos y docentes conformaron un sistema de ideas, valores y prácticas que aunque no hacía alusión directa a la psiquiatría, sí que ocasionó modificaciones para esta disciplina.

Por ejemplo, la OMS impulsó la salud pública que encuentra en la revolución psicofarmacológica un excelente aliado. En cuanto a las fundaciones norteamericanas, misiones médicas y la Universidad de Tulane son actores con influencia directa sobre el Departamento de Psiquiatría y que dinamizan la práctica y la enseñanza de esta especialidad, que a la postre, aplica el Departamento al intervenir en San Isidro.

En la Tabla 5 se muestra de manera esquemática y sintética las instituciones y procesos vinculados con el cambio en el sistema de creencias a nivel internacional en el que se enmarca la constitución del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico moderno.

Tabla 5. Cambios en el sistema de creencias a nivel internacional

Revolución psicofarmacológica	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Fundaciones norteamericanas Rockefeller y Kellogg	Misiones médicas Humphreys y Lapham	Universidad de Tulane
Aparición de la clorpromazina en 1952 y de la repersina en 1953. Marcan el inicio de la <i>revolución psicofarmacológica</i> (López-Muñoz, Alamo, & Cuenca, 2002)	Creada en 1948. Se reelabora el concepto de higiene por el de salud. Como consecuencia se establece una diferencia entre <i>higiene mental</i> y <i>salud mental</i> (Bertolote, 2008)	Desde la creación de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle ofrecieron su apoyo económico con equipos, becas y recursos. Especialmente la Rockefeller.	Las dos provenían de los Estados Unidos. La misión Humphreys se realizó en 1948 y la Lapham en 1953 con miembros de la Universidad de Tulane.	La misión médica Lapham que visitó el país fue enviada por la Universidad de Tulane.
Se consolidan de 1955 a 1965. En estos 10 años se registran más de 50 millones de pacientes recetados con clorpromazina y más de 10.000 publicaciones científicas sobre ella.	Se asigna a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como oficina regional para Latinoamérica.	Entre 1961 a 1966 los auxilios de la Fundación Rockefeller superaron incluso a los estatales o de fondos privados.	Entre las recomendaciones de la misión Humphreys se invitaba a la creación de una nueva facultad de medicina en Cali. (Rosselli Cock, y otros, 2000, pág. 39)	Se conformó el plan Tulane-Colombia que consistía en la visita de profesores de la Universidad y de otros centros científicos de renombre. (Orozco, 1984, pág. 120)
Permiten un tratamiento por fuera de las instituciones psiquiátricas consiguiendo que muchos pacientes pueden ser atendidos dentro de su entorno familiar. La revolución psicofarmacológica sentó las bases para la producción de nuevos fármacos.	Aspectos claves de la OMS: promoción del uso del DSM I y II (del Barrio, 2009); énfasis en la inclusión de servicios alternativos en los hospitales; la puesta en escena de la salud pública y la medicina preventiva antes que la hospitalización o reclusión.	Además del auxilio económico para otorgar becas para la formación de los docentes de la Facultad, la Fundación Rockefeller impulsó la Salud Pública apoyando al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública para establecer un centro de atención en Siloé que acercara la medicina a la comunidad.	Ambas misiones impulsan la adopción del modelo flexneriano en el país, es decir: priorizar las ciencias básicas en la formación médica; prevalecer la práctica clínica para los estudiantes; establecer las residencias; encargar el control de los hospitales a las facultades; y departamentalizar las facultades por especialidad.	Carlos León, el primer Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle terminó sus estudios en la Universidad de Tulane y fue enviado como parte del plan Tulane-Colombia.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2 Nacional y local

Para dar cuenta del contexto nacional y local que influye en el sistema de creencias para la constitución del Asilo San Isidro como un hospital psiquiátrico, se han identificado las siguientes instituciones o procesos: el Ministerio de Salud Pública, la Beneficencia del Valle, la Gobernación del Valle, la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, el cambio de modelo clínico y el Departamento de Psiquiatría.

El lapso de treinta años que va de 1920 a 1950 fue un periodo en el que Colombia no sólo se modernizó, sino las expectativas sobre la salud de su población²². De acuerdo con Téllez Pedroza (2011) la institucionalización de la Salud Pública en Colombia ocurre entre 1946 a 1953. Es decir, a partir de la fundación del Ministerio de Higiene en 1946 y el posterior cambio institucional que atraviesa, para asumir el nombre de Ministerio de Salud Pública en 1953.

Respecto a este periodo de institucionalización de la Salud Pública en el país²³, Téllez Pedroza anota que no es casualidad que ocurra durante la época de la Violencia, pero tampoco hay que descuidar el desarrollo socioeconómico que se experimentó entre la década del cuarenta y del cincuenta, posibilitando cambios administrativos que fortalecieron las instituciones colombianas (Téllez Pedroza, 2011, pág. 50).

En cuanto a las Beneficencias Departamentales a partir de 1943 se facultó al Departamento de Asistencia Pública y de Previsión Social para intervenir en el estudio y la aprobación de los contratos que eran destinados a las loterías departamentales, es decir a las Beneficencias Departamentales. Como consecuencia, la cantidad de ingresos en caja para las beneficencias se incrementó al reducirse la cantidad de contratos por celebrar (Téllez Pedroza, 2011, pág. 95).

²² Ver el Subcapítulo 2.1: Contexto Nacional para profundizar

²³ Para profundizar se puede consultar el subcapítulo 3.1: Contexto nacional.

Así mismo, a las Beneficencias Departamentales se les encargó las siguientes funciones en el marco del Plan Hospitalario Nacional:

- Elaborar sus estatutos, reglamentos, presupuestos, sometiéndolos a aprobación del Ministerio de Higiene.
- Organizar las rentas que estarían destinadas exclusivamente al sostenimiento y construcción de hospitales y asilos.
- Apropiar las partidas necesarias para el sostenimiento de todos los centros asistenciales que funcionarían en el departamento.
- Distribuir con la autorización del Ministerio de Higiene todos los auxilios nacionales destinados a asistencia o beneficencia públicas (Téllez Pedroza, 2011, págs. 104-110).

Respecto a la Gobernación del Valle, su objetivo para la salud mental en la década del 40, consistió en conformar un centro de atención especializado para los enfermos mentales del Departamento, para así evitar su traslado a otras zonas del país con todos los sobrecostos que ello acarreaba²⁴.

En cuanto a la Universidad del Valle, se fundó como la Universidad Industrial del Valle mediante la Ordenanza No. 12 de junio 11 de 1945. Una institución creada con el objetivo de atender el creciente desarrollo de la ciudad de Cali a través de la formación de profesionales, pero que durante sus primeros años no contó con una facultad de salud (Ortiz C., 1971, pág. 49).

Entre las anotaciones de la misión médica Humphreys se destacó la recomendación de constituir una nueva facultad de medicina para Colombia en la que se adoptase el modelo Flexner.

²⁴ Para profundizar ver el subcapítulo 3.3: Fundación del Asilo San Isidro.

La ciudad elegida fue Cali, que como ya se mencionó, contó con el apoyo de la Fundación Rockefeller (Rosselli Cock, y otros, 2000, pág. 38).

De acuerdo con el relato de Orozco (1984), el Colegio Médico del Valle que aglutinaba los profesionales de medicina del Departamento, presidió la fundación de la Facultad de Salud de la Universidad de Valle. A su vez, Orozco resalta que Velásquez Palau como su primer decano, estudió en los Estados Unidos becado por la Fundación Rockefeller e hizo las veces de intermediario para sostener buenas relaciones con dicha fundación (Orozco, 1984, pág. 119).

Tabla 6. Participación de las fundaciones norteamericanas de acuerdo a los prospectos de la Facultad de Salud

1951-1952	1953-1954	1954-1955	1956-1957
La Fundación Rockefeller participa en la compra de equipos y asiste para la obtención de descuentos.	La Fundación Kellog y Rockefeller conceden becas para estudios de postgrado en los Estados Unidos para los actuales y futuros miembros del personal docente.	Se acentúa nuevamente el auxilio prestado por las fundaciones norteamericanas para otorgar becas a los docentes de la Facultad de Salud.	Las Fundaciones Kellog y Rockefeller conceden recursos para financiar programas académicos, la concesión de 13 becas al personal docente, aportes para el laboratorio, insumos para la biblioteca y una donación de US\$504.000 para fortalecer el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Fuente: Guillermo Orozco (1984). Elaboración propia.

El influjo norteamericano sobre la Facultad de Salud como se observa en la Tabla 6 se presentó incluso desde su creación y se extendió hasta la década del 60 como se muestra en la Gráfica 1.

Respecto a las misiones médicas norteamericanas también influenciaron cambios posteriores en la Facultad pues: se reorganizó la estructura de la Facultad, creando departamentos

por especialidad; se instituyeron programas de residentes en los hospitales de la ciudad; se asumió el control del Hospital Departamental Evaristo García y del Asilo San Isidro con la intervención del recién creado Departamento de Psiquiatría. Además, Cali fue la sede del primer encuentro de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

Previo a la década del cincuenta y sesenta, los psiquiatras que laboraban en Colombia se formaban en su especialidad en universidades del extranjero, porque en el país no había oferta para estudiar un programa de postgrado en medicina. El destino por el que se optaba principalmente era Francia.

El modelo médico francés o anatomoclínico se caracteriza por centrar la explicación de la enfermedad, como resultado de una lesión anatómica que se da en un órgano específico. En cuanto a la enseñanza, era exclusivamente magistral y teórica (Díaz Hernández, 2011, pág. 210). Una vez retornaban los médicos formados en Francia, el modelo médico francés se afianzaba en el país al introducir sus ideas, valores y prácticas.

Tras la Segunda Guerra Mundial, Europa se había debilitado y las posibilidades de realizar estudios en este continente se redujeron. Por tanto, los Estados Unidos con su avance económico, político y social, se ubicó como el destino principal para la formación de postgrado para los médicos colombianos. A diferencia de Francia, en los Estados Unidos primaba el modelo fisiopatológico, es decir, aquel en el que se concibe la enfermedad como un conjunto de síntomas y signos que de acuerdo a cómo se identifiquen, son evaluados para diagnosticar un tratamiento. Por tal motivo, los manuales médicos como el DSM I y el DSM II para clasificar las enfermedades mentales fueron uno de los sustentos para la práctica psiquiátrica.

Del mismo modo que se relata para el caso francés, quienes retornaban a Colombia impulsaban los ideales, valores y prácticas norteamericanas al darle prioridad a las ciencias básicas, la práctica clínica en el hospital, y un profesorado de tiempo completo²⁵.

Finalmente, el Departamento de Psiquiatría surge como ente consultor y científico nombrado por la Junta Pro-Construcción del Asilo San Isidro en 1955, decisión fundamentada en que se trata de un cuerpo profesional preparado en psiquiatría, con las condiciones necesarias para evaluar las necesidades y requerimientos del Asilo San Isidro en su proceso de configuración como un hospital psiquiátrico.

En ese orden de ideas, el cambio en el sistema de creencias a nivel internacional respondía a: los criterios de clasificación de los trastornos mentales, el impulso de la Salud Pública y el acercamiento con la comunidad de la OMS; los informes norteamericanos de las misiones médicas Humphreys y Lapham; y la revolución farmacológica, clave para el cambio de rumbo en la práctica clínica de la psiquiatría en cuanto a la atención de los pacientes. En lo que respecta al entorno nacional se institucionalizaba la Salud Pública por medio de la creación del Ministerio de Salud Pública; se había puesto en marcha el Plan Nacional Hospitalario; se fortaleció económica y administrativamente a las Beneficencias Departamentales; la Gobernación del Valle buscaba conformar un centro de atención especializado para los enfermos mentales de su departamento y evitar el traslado a otras zonas del país; se creaba la Facultad de Salud apoyada con recursos de las fundaciones norteamericanas siguiendo los preceptos del modelo flexner, las recomendaciones de las misiones médicas Humphreys y Lapham, y adoptando el modelo clínico fisiopatológico; y se

²⁵ En otras palabras, el modelo Flexner que a partir de las misiones médicas norteamericanas Humphreys y Lapham se promovió para Colombia.

nombraba al Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Salud como ente consultor y científico del Asilo San Isidro.

Las ideas, valores y prácticas cambiaron sustancialmente y el contexto institucional que engloba la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico forjaron unas condiciones de oportunidad en las que la Junta Pro-Construcción no sólo logró movilizar recursos económicos, sino que contó con la participación del Departamento de Psiquiatría que traía consigo los cambios en el sistema de creencias para ser aplicados en el que pasaría ser el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

En la Tabla 7 que se presenta a continuación se ha organizado de manera sintética las instituciones y procesos vinculados con el cambio en el sistema de creencias a nivel nacional.

Tabla 7. Cambios en el sistema de creencias a nivel nacional y local

Ministerio de Salud Pública	Beneficencia del Valle	Gobernación del Valle	Facultad de Salud	Modelo clínico y de enseñanza	Departamento de Psiquiatría
Creado en 1946 como Ministerio de Higiene y en 1953 renombrado como Ministerio de Salud Pública. Marca el inicio de la institucionalización de la salud pública en el país (Téllez Pedroza, 2011)	Su aporte fue fundamental para la construcción del nuevo edificio de San Isidro. Casi la mitad del presupuesto de 1960 del Hospital correspondía a su auxilio.	Desde la década del cuarenta se considera la necesidad de un centro de atención para los enfermos mentales del Departamento.	La misión Humphreys dejó como resultado la necesidad de una nueva facultad de medicina para el país aplicando el modelo Flexner. (Rosselli Cock, y otros, 2000, pág. 38). La ciudad elegida fue Cali.	Antes de la década del cincuenta los especialistas en medicina se formaban por fuera del país. El destino principal era Francia.	Se crea a partir de la departamentalización de la Facultad de Salud en 1955. El mismo año es nombrado ente consultor y científico del Asilo San Isidro.
Se integra el Departamento de Asistencia Pública y Previsión Social como dependencia en 1947 para unificar los organismos sanitarios del país.	Participó en la constitución del Hospital Psiquiátrico San Isidro a través de la contratación de parte de su personal o asumiendo algunas de sus funciones	A través de la intervención del Departamento de Salud Pública Departamental se obtuvieron fondos para el Hospital.	Se crea en 1950 y comienza a operar a partir de 1951. Desde el primer momento recibe el apoyo de las Fundaciones Rockefeller y Kellog (Ver Tabla 6.).	Luego de la Segunda Guerra Mundial Estados Unidos se posicionó como el lugar al que más viajaban los médicos del país para sus estudios de postgrado.	Su cuerpo profesional se ha formado en los Estados Unidos y sus recomendaciones corresponden a las del modelo norteamericano.
En 1950 se elabora el Plan Hospitalario Nacional para mejorar la infraestructura hospitalaria. Con él se asignan funciones administrativas, contables, presupuestales y estatutarias a las Beneficencias Departamentales sobre las instituciones hospitalarias (Téllez Pedroza, 2011, págs. 104-110).	Como Beneficencia Departamental el Ministerio de Salud Pública le facultó para evaluar los estatutos de las instituciones hospitalarias, organizar las rentas de sostenimiento, distribuir los auxilios nacionales para la asistencia o beneficencia pública (Téllez Pedroza, 2011, pág. 7)		Cumple con cada una de las recomendaciones de las misiones médicas norteamericanas: departamentalización, programas de residentes, asumir el control de los hospitales para la práctica clínica y Cali fue la primer sede para la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)	El cambio de destino para la formación de postgrado trajo consigo el paso del modelo anatomoclínico francés al fisiopatológico norteamericano por el tipo de ideas, valores y prácticas que implantaron los profesionales que llegaban al país (Pineda Cañar, 2014)	Finalmente el Departamento de Psiquiatría actúa como un ente consultor a nivel: administrativo, médico, docente y arquitectónico (Ver el capítulo 5 para profundizar).

Fuente: Elaboración propia.

4.2 CAMPO ORGANIZACIONAL: LA JUNTA PRO-CONSTRUCCIÓN COMO ENTE DINAMIZADOR

La Junta Pro-Construcción fue el escenario que ayudó a generar el campo organizacional al actuar como un ente dinamizador que desde 1950 asumió la tarea de recaudar fondos y encausar la construcción de un hospital psiquiátrico para San Isidro. En primera instancia, con seis miembros de la élite de la ciudad, que aunque proyectaban la construcción del nuevo edificio, no disponían de los recursos suficientes para ello y destinaban sus esfuerzos para el sostenimiento del asilo. En un segundo momento, por ser el ente que fortaleció el tránsito de asilo a hospital psiquiátrico con asignaciones como la del Departamento de Psiquiatría, que actuaría como ente consultor y científico o la búsqueda de auxilios económicos. Y finalmente por ser el espacio en el que se reunieron los representantes de las organizaciones involucradas con el proceso de cambio del Asilo San Isidro y posteriormente con su dirección, ahora denominada como Junta Directiva.

La Junta Directiva para el año de 1961, es decir, el año en que comienza a operar con los representantes asignados por las instituciones vinculadas con el Hospital Psiquiátrico San Isidro estaba compuesta como se ve en la Tabla 8:

Tabla 8. Junta Directiva de 1961

Institución	Representante
Universidad del Valle	Alex Cobo
Ministerio de Salud Pública	Alfonso Bonilla Aragón
Beneficencia del Valle	Germán Holguín Zamorano
	Gilberto Gómez Trujillo
Concejo Municipal de Cali	Mercedes de Lloreda Garcés

Fuente: Orejuela (2014, pág. 66)

En ese orden de ideas, la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico San Isidro contaba con representantes de las organizaciones que hacían parte del contexto institucional de la salud del país y del contexto local. Ya fuese como una organización que proveía de recursos a San Isidro, una

agencia reguladora, consultora o de capacitación científica, la Junta Directiva era el escenario que fortalecía el campo organizacional.

Ahora bien, en lo que respecta a la participación del Departamento de Psiquiatría dentro del campo organizacional, como ya se ha mencionado, fue la Junta Pro-Construcción la que en el marco de unas condiciones de oportunidad, al disponer de auxilios económicos nacionales, departamentales y locales, dinamizó el proceso con el nombramiento del Departamento, ente que movilizó el cambio isomorfo normativo con base en la profesionalización de su cuerpo docente para San Isidro.

En 1955 con la participación de Carlos León se preparó el primer informe sobre el estado del Asilo San Isidro. León era un ecuatoriano recién egresado de sus estudios de especialización en la Universidad de Tulane, quien hizo parte del programa Tulane-Colombia, siendo nombrado como Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle el mismo año que se creó.

El proyecto de reformatión del Asilo San Isidro se encontraba en el tintero desde 1950 con la conformación de la Junta Pro-Construcción, pero fue a partir de unas condiciones de oportunidad, como se detalla párrafos arriba, que se encausó el proyecto.

En ese sentido la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico fortaleció el proceso de profesionalización de la psiquiatría en el entorno local, entendiendo 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”* (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 113).

De tal modo, el cuerpo profesional del Departamento de Psiquiatría debía interactuar y pactar compromisos con personas u organizaciones que no necesariamente estaban vinculadas con

su profesión. En el caso del Asilo San Isidro, la Junta Pro-Construcción es el actor que se encarga de designar al Departamento de Psiquiatría, pero en realidad quienes componen la Junta no son especialistas en psiquiatría, ni siquiera Alex Cobo.

El Departamento de Psiquiatría se conformó con especialistas formados en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos que impulsaron un cambio isomorfo normativo²⁶. En ese sentido, su influjo supuso la adopción del modelo médico norteamericano.

“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”. (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 114)

Carlos León y el plan Tulane-Colombia son el caso más visible de cómo se filtró personal durante este proceso de intervención del Departamento de Psiquiatría sobre el Asilo San Isidro. Lo mismo ocurrió con quienes luego viajaron para formarse en el extranjero auspiciados por las fundaciones norteamericanas con miras a retornar en cuanto finalizaran sus estudios.

²⁶ Para el caso del isomorfismo normativo hay dos aspectos que son clave: “*Uno es que la educación formal y la legitimidad tienen una base cognoscitiva producida por especialistas universitarios; el segundo es el crecimiento y complejidad de redes profesionales que van más allá de una sola organización y a través de las cuales se difunden rápidamente los nuevos modelos*” (DiMaggio & Powell, 1999, pág. 114).

CAPÍTULO 5: APORTES DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Para la identificación de los aportes del Departamento de Psiquiatría se han establecido cuatro niveles: 1) administrativo, por la reorganización que se ejecutó sobre la estructura del personal, las modificaciones en la atención a los pacientes y los cambios presupuestales; 2) la práctica psiquiátrica, a raíz de la introducción de un nuevo modelo clínico (fisiopatológico o biomédico norteamericano) ; 3) docencia, al integrar la institución como un centro para la formación de especialistas en el campo de la psiquiatría y la investigación psiquiátrica; 4) y en los cambios arquitectónicos motivados por las necesidades materiales de un hospital psiquiátrico que permita el adecuado desenvolvimiento de las actividades médicas, administrativas y docentes.

5.1 NIVEL ADMINISTRATIVO

La situación financiera de la institución en su etapa como asilo y durante los años previos a que se iniciara el proceso de construcción del nuevo hospital, dependía casi exclusivamente de las estrategias de la Junta Pro-Construcción para recolectar fondos que solventaran las necesidades de San Isidro. Incluso el mismo año en el que se inaugura el Hospital Psiquiátrico San Isidro se continúan realizando este tipo de eventos para solventar los gastos de la construcción.

De todos modos, fue a partir de 1956 con el ingreso de los fondos provenientes del Gobierno Nacional, el municipio de Cali y la Beneficencia del Valle, que se logró proyectar la construcción del nuevo edificio y las adecuaciones técnicas sugeridas por el Departamento de Psiquiatría. Entre las primeras disposiciones que se le encargó al personal científico y al de servicio social del Hospital, fue establecer el origen de los enfermos mentales que al ingresar no presentaban la información pertinente para determinarlo²⁷. La medida provenía de la Gobernación del Valle del

²⁷ Decreto 0448 de la Gobernación del Valle. 3 de marzo de 1958. Libro: *Documentos varios. 1958 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Cauca, para que de acuerdo al origen de los pacientes, se pudiese distribuir las contribuciones de los municipios para el sostenimiento de sus enfermos mentales.

Al contar con más fondos y espacios especializados para cada actividad, el Hospital Psiquiátrico San Isidro modificó la estructura de su personal. Por ejemplo, en 1956 era la siguiente:

Tabla 9. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1956.

Cantidad	Cargo
1	Síndico Administrador
1	Mecanógrafa
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: Resolución No. 1 del 1 de noviembre de 1956. Libro: Presupuestos. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Elaboración propia.

Al disponer de salas especializadas y preparadas con equipos para la práctica médica, la selección y contratación de nuevo personal se encaminó a que para 1964 la estructura del personal²⁸ fuese la siguiente:

²⁸ Relación de sueldos para 1964. 30 de noviembre de 1963. Libro: *Fotos Sánchez*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Tabla 10. Estructura del personal del Asilo San Isidro en 1964.

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

Fuente: Relación de sueldos para 1964. 30 de noviembre de 1963. Libro: Fotos Sánchez. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Fue a partir de 1960, un año antes de dar por finalizada la construcción del edificio que se organizó el personal por secciones de acuerdo a su profesión o tarea, pues no todos estaban calificados. Para 1964 la estructura del personal se había dividido en veinte secciones y el personal se había octuplicado en un lapso de ocho años.

Ahora bien, de acuerdo con el sistema de creencias desde el que se intervenía la concepción clínica para San Isidro, era necesario cumplir con unos requisitos mínimos en cuanto a integrar personal calificado, adquirir los equipos necesarios para realizar los tratamientos, adecuar las instalaciones para la práctica psiquiátrica y atender la enfermedad mental como un resultado de

causas múltiples, razón por la que se requería de personal proveniente de disciplinas diversas como trabajadores sociales, enfermeras o psicólogos.

Por esa razón como se muestra en la Tabla 10, hay secciones que reúnen a 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. Es decir, no sólo se impulsó la creación de secciones para una organización más óptima del personal, sino que se amplió su cantidad y se integraron profesionales para atender los nuevos espacios de atención del Hospital.

Los informes de la OMS (1957) o de las misiones médicas norteamericanas, fueron claves en lo que se refiere a la inclusión de las nuevas secciones y cargos como: ergoterapia (terapia ocupacional), consulta externa, servicio social, laboratorio, historias clínicas, un director de tiempo completo y personal de apoyo (enfermeras y residentes).

En ese orden de ideas, la mirada especializada del Departamento de Psiquiatría que intervino en San Isidro, facilitó que en un lapso de ocho años se crearán nuevas secciones, cargos y se contratase personal calificado para atender las nuevas necesidades que demandaba el hospital.

En cuanto a la reorganización del personal hay que agregar la preocupación de quien fue el Médico Director de San Isidro hasta 1960, Rómulo Mejía, quien renunció a su cargo un año antes de terminar con la construcción del nuevo edificio, comentando que el Hospital al encontrarse en una etapa final y ampliar su rango de opciones de atención, requería de una persona que en verdad

fuese un especialista en el cargo, para así impulsar sus servicios asistenciales y docentes, dedicando la mayor parte de su tiempo a esta labor²⁹.

Ernesto Zambrano, profesor del Departamento de Psiquiatría fue quien lo reemplazó, siendo nombrado como Médico Director a tiempo completo por la Junta Directiva del Hospital³⁰. De todos modos, Zambrano continuó formando parte del Departamento y participaba en él como un profesor más, sólo que guiaba la formación de los estudiantes principalmente desde el Hospital.

Otra muestra de las relaciones que sostenía el Hospital Psiquiátrico San Isidro y la Universidad del Valle, fue el caso de la instructora de Enfermería Psiquiátrica, Blanca H. Córdoba, quien fue contratada para trabajar en el Hospital³¹, pero su sueldo era pagado por la Escuela de Enfermería³².

Con la inclusión de una instructora de Enfermería Psiquiátrica y las visitas de los psiquiatras del Departamento de psiquiatría para supervisar la labor de la práctica clínica de los estudiantes, el enfoque que se dio a la estructura del personal, fue el de promover que a nivel administrativo el Hospital aminorase sus gastos con estudiantes residentes, internos o de disciplinas afines a la atención en salud mental y disminuyese el número de médicos nombrados. Si se tiene en cuenta la estructura del personal en 1964 (Tabla 10) había: un médico jefe de consultar externa, un médico instructor, un médico de personal y consulta interna, y nueve residentes.

²⁹ Carta de Rómulo Mejía a la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico. 8 de marzo de 1960. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

³⁰ Carta de Alex Cobo, Presidente de la Junta Directiva a Ernesto Zambrano, Director Departamental de Salud Pública. 21 de noviembre de 1960. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

³¹ Carta de Giannetta Rizzotto, Secretaria del Hospital Psiquiátrico San Isidro a Blanca H. Córdoba, 17 de marzo de 1960. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

³² Carta de Inés Viveros, Directora de la Escuela de Enfermería a Jaime Lozano. 9 de marzo 1960. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

Respecto al tema de los residentes, la misión médica Lapham fue enfática en la necesidad de lograr que los médicos en formación fuesen entrenados 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, Berson, & Goss, 1954, pág. 519)

Los residentes eran remunerados y hacían parte de la resolución de sueldos del Hospital. En cuanto a las instalaciones se adecuó posteriormente una zona para residentes en el hospital para facilitar así una integración gradual a la estructura del personal.

Tabla 11. Residentes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1959-1964.

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

Fuente: Resumen (Datos estadísticos) sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la comunidad, etc. 1952-1966. Sin fecha. Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971 presentado por el decano de la división. Archivo Central de la Universidad del Valle. Adaptación propia.

Finalmente y como se detalla en el siguiente apartado sobre la práctica médica y psiquiátrica, el Hospital Psiquiátrico San Isidro fortaleció su consulta externa y los tratamientos ambulatorios, no sólo con fines terapéuticos, sino para aminorar costos, ya que era mucho más económica este tipo de atención que la hospitalización.

5.2 PRÁCTICA MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA

Una de las principales preocupaciones que tuvo Carlos León tras su visita al Asilo San Isidro, consistía en la inexistencia de historias clínicas para registrar los diagnósticos, tratamientos, información personal y actualizar el progreso del paciente. La introducción de las historias clínicas a la práctica médica y psiquiátrica en San Isidro se da a partir de 1956, mismo año en el que se han habilitado ocho consultorios para consulta externa y una oficina para el almacenamiento de las historias clínicas.

Durante la experiencia de recolección de la información para la base de datos de historias clínicas³³, fue posible observar cómo a medida que iban pasando los años, el instrumento para el ingreso de la información del paciente se fue tecnificando para consolidarse en la década del 60.

Por ejemplo, antes de la intervención del Departamento de Psiquiatría se hallaron hojas sueltas en las que se registraba la siguiente información de los pacientes: nombre, edad, procedencia, anotaciones breves sobre su comportamiento y las sesiones de terapia de electrochoques suministradas, con su respectiva fecha de aplicación como se ve en las Ilustraciones 1 y 2. Es decir, se trataba de un intento rudimentario para registrar los datos del enfermo, en el que no se contemplaba un diagnóstico o un tratamiento a seguir, a menos que fuese un caso en el que se aplicaran sesiones de electrochoques.

³³ Se recomienda ver el apartado metodológico en donde se profundiza sobre esta base de datos.

Ilustración 1. Hoja suelta usada como una historia clínica rudimentaria

57 años - Casada - 10 hijos
vivos y dos muertos: de neu-
monía y aborto -
Actuó en Bagdad en el
Asilo de locos. Queve
mal - Come bien - Humor
alegre - Extraordinario Buena
orientación -

Fuente: Fotografía propia

Ilustración 2. Hoja suelta usada como una historia clínica rudimentaria (reverso)

Historia Maniaco Depresiva
Junio 24/53. Electroconvulsión
27/53 350 - 05.12
350 05
Julio 12/53 - 110 - 06
agosto 27/54 - 110 - 05
septiembre 8/54 - 110 - 05
Diciembre 10/54 - 110 - 05
Diciembre 17/54 - 110 - 05
← 0 →

Fuente: Fotografía propia

Las historias clínicas son entonces un instrumento para unificar el ingreso de los datos, llevar un control sobre la evolución del paciente y tecnificar la recolección de la información.

Ilustración 3. Historia clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956.

Hospital Psiquiátrico "San Isidro"
— CALI —

FECHA Julio 2/57 ENCUESTA SOCIAL No. _____
HISTORIA CLINICA No. [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: 18 SEXO: m. ESTADO CIVIL: Soltero PROFESION u OFICIO: ayuda al padre

MEDICO TRATANTE: _____

DOMICILIO DEL PACIENTE: Calle 44 # 4N-221 Barrio Lery 47 SALA No. _____
CONSULTORIO

ENTIDADES o PERSONAS DE QUIEN DEPENDE: el padre

NOMBRE Y DIRECCION DE PARIENTES o AMIGOS: La misma dirección

INFORMANTES: El padre.

FECHA DE SALIDA: _____
CAUSA: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Historia de Consulta. - Lo trae, porque está demente. -
Enfermedad actual. - Hace 15 días, se muestra vulgar, desobediente,
en los días de que lo quieren menear, cuando le dan los alimentos
no come ni duerme. Últimamente agresivo con sus padres (le pega)
padre) y vecinos; tiene visiones consistentes en que ve "muertos",
bras, huesos etc; se siente otra persona; "dice que es una ballena
o caballo o serpiente". A veces siente que lo llaman. "dice: por-
quí me llaman? "me van a volver loco". En ocasiones no recono-
ce a sus amigos. La mayoría de las veces se acila de los demás y
no responde a ninguna pregunta. -
Los síntomas lo presenta por primera vez. -

Fuente: Fotografía propia

En este formato de historia clínica se incluyeron los campos 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. Además la hoja en la que se

registraban los datos contaba con un espacio para anotar los antecedentes familiares y una transcripción de la entrevista psiquiátrica que realizaba el médico tratante.

Con el nuevo instrumento para las historias clínicas, el objetivo de rehabilitar el paciente comenzó a forjarse porque ya había una mirada terapéutica sobre el enfermo mental al diagnosticarlo, medicarlo y asignar un tipo de tratamiento según fuese el caso.

En los primeros años de la década del 60 el instrumento para la construcción de la historia clínica vuelve a ser reformado, en esta ocasión con más rigurosidad. Continuaron siendo utilizados los campos del modelo de 1956, pero agregando: raza, religión, lugar de procedencia, tipo de atención, clase de paciente, clase de admisión, clasificación socioeconómica, admisiones previas, tratamientos previos, número de admisiones, enfermedad intercurrente³⁴, sesiones de psicoterapia, sesiones de terapia de electrochoques, estado al salir, días de permanencia, diagnóstico, drogas recetas, otros tratamientos y grado de educación.

De esta manera se materializaba en el modelo de historia clínica las ideas, valores y prácticas que movilizaba el Departamento de Psiquiatría en cuanto a una visión amplia de la enfermedad mental en la que convergen múltiples factores. De todos modos se debe aclarar que aunque el instrumento se creó y se fue reconfigurando conforme el Hospital Psiquiátrico San Isidro lo consolidaba, en la mayoría de las historias que se revisaron durante la construcción de la base de datos, una buena parte de los campos quedaban vacíos o había inconsistencias en la información.

Por otro lado la práctica clínica en San Isidro se modificó no sólo a partir del uso de historias clínicas cada vez más rigurosas para el registro de los datos de los enfermos mentales, sino que la

³⁴ Enfermedad que se produce a la vez que otra enfermedad.

institución adoptó los principios del modelo médico norteamericano para la prevención y el fomento de la Salud Pública.

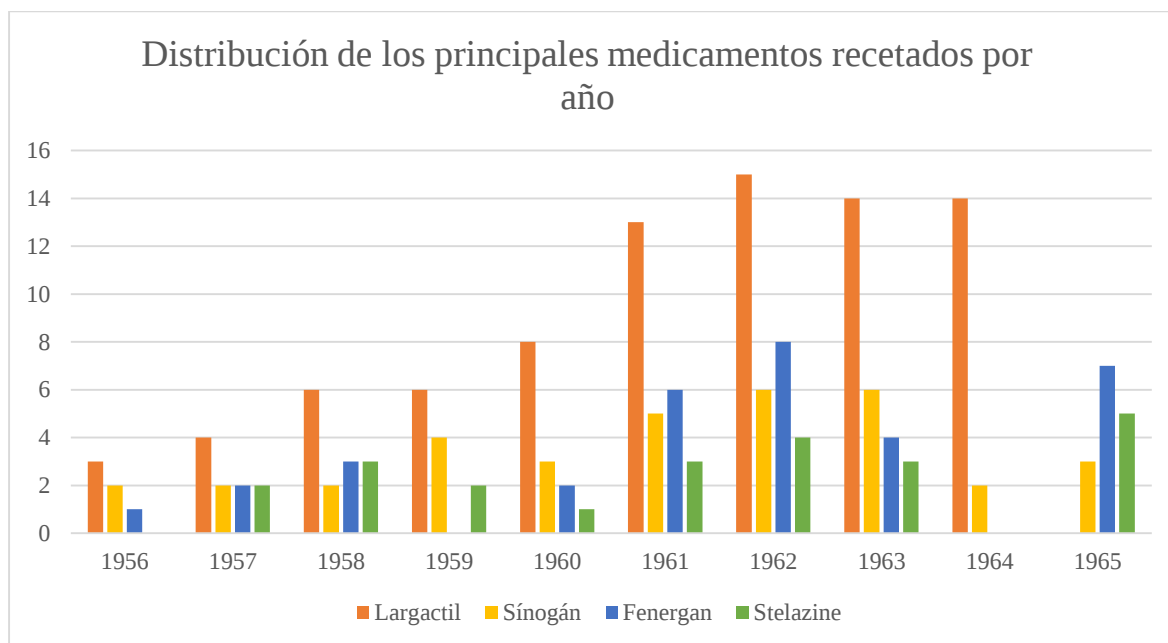
En uno de los informes de la OMS sobre cómo se debería ser un hospital psiquiátrico que le apunta a la prevención y la Salud Pública como su modelo de atención, se resalta que una institución de estas características, debe asegurarse de atender la menor cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas de urgencia para concentrar la atención en *“la creación de medios de tratamiento extrainstitucionales y de otras formas de asistencia psiquiátrica en el seno de la colectividad”* (Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 4).

La ya mencionada revolución psicofarmacológica³⁵ fue clave para lograr establecer los *medios de tratamiento extrainstitucionales* recomendados por la OMS, ya que a los enfermos mentales se les recetaba un psicofármaco que les permitía retornar a su casa en poco tiempo para continuar con su tratamiento en medio de su entorno familiar, pero asistiendo al Hospital de forma periódica a través del servicio de consulta externa. A raíz de estas disposiciones para San Isidro su servicio de consulta externa se fortaleció.

La revolución psicofarmacológica dejó su impronta en la práctica clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro y como se ve en la Gráfica 2 de la base de datos de historias clínicas, el largactil (clorpromazina) fue el psicofármaco que más se recetó los primeros años del asilo.

³⁵ En el Capítulo 4.1: Cambios en el sistema de creencias se mencionan sus características principales. También puede consultarse la Tabla 5.

Gráfica 2. Distribución de los principales medicamentos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1965

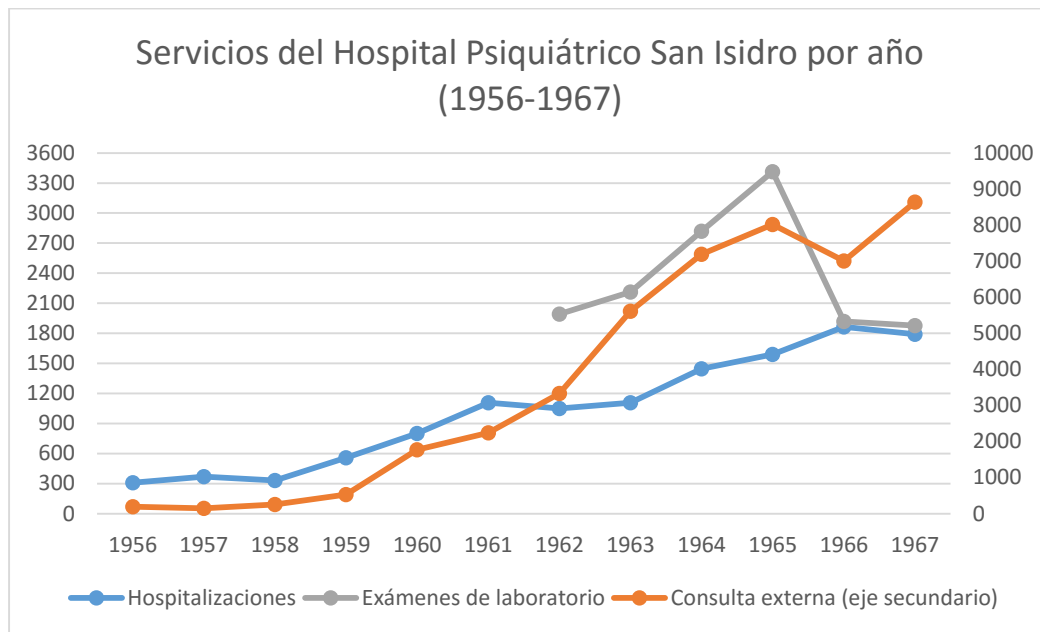


Fuente: Base de datos de historias clínicas.

El fortalecimiento de la consulta externa respondía no sólo a una búsqueda de reducción de costos como se mencionó en el subcapítulo anterior, sino a facilitar un medio de atención con el que el paciente no perdía el contacto con su familia. Incluso de acuerdo a su situación, podía seguir trabajando y se evitaba la difícil tensión para un paciente que estuvo en un hospital psiquiátrico, de tener que volver a adaptarse a su vida antes de ingresar allí (Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 9).

En la Gráfica 3 es notorio el crecimiento acelerado de la cantidad de consultas externas atendidas por el Hospital Psiquiátrico, mientras las hospitalizaciones aunque siguen incrementándose anualmente, su ritmo no se compara al de consulta externa.

Gráfica 3. Servicios del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1957



Fuente: Resumen (Datos estadísticos) sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la comunidad, etc. 1952-1966. Sin fecha. Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971 presentado por el decano de la división. Archivo Central de la Universidad del Valle. Adaptación propia.

Así mismo, en la base de datos de historias clínicas se constató que las visitas al servicio de consulta externa eran recurrentes después de la primera visita del enfermo mental al Hospital. En los casos en que la enfermedad no fuese crónica o se pudiese controlar con psicofármacos, se optaba por una atención que fuese por fuera del Hospital.

En la Tabla 12 se puede observar la información recolectada de la historia clínica de un hombre que ingresó por primera vez con 25 años y fue diagnosticado con reacción esquizofrénica indiferenciada crónica.

Tabla 12. Hospitalizaciones y razón de la salida – Historia clínica # 00088

Hospitalizaciones y razón de la salida – 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 su 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: Base de datos de historias clínicas

Se han seleccionado los ingresos por urgencias u hospitalización debido a que sus visitas al servicio de consulta externa fueron constantes por casi 30 años. En cuanto a las hospitalizaciones se registran cada 3 años o más y se deben a cuadros de crisis o urgencias, en los que se ingresa el paciente al Hospital, para que en un corto periodo de tiempo reciba la salida por mejoría y orden médica.

En ese orden de ideas se ha implantado para la práctica clínica del Hospital Psiquiátrico San Isidro la consulta externa como el principal servicio a promover, acompañado de las hospitalizaciones como un mecanismo de atención en el que se busca que el paciente esté en la institución el menor tiempo que sea posible.

A finales de la década del 60 se elaboró un informe de actividades hospitalarias³⁶ en el que se establece una comparación con otros centros de atención en salud mental del país. El influjo norteamericano del Hospital Psiquiátrico San Isidro fue notorio en sus resultados.

La cantidad de egresos de San Isidro tuvo un incremento constante, casi duplicándose en sus primeros cuatro años y superando siempre el registro del año anterior.

Tabla 13. Número de egresos del Hospital Psiquiátrico San Isidro 1960-1968

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

Fuente: Informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

En comparación con los hospitales psiquiátricos del país sólo dos superaron a San Isidro en 1967:

- 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.

³⁶ Informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

- El Hospital San Camilo de Bucaramanga con 2.210 egresos y 650 camas disponibles.

Las camas psiquiátricas del país estaban distribuidas de la siguiente manera en 1967.

Tabla 14. Camas psiquiátricas en Colombia para el año 1967

Departamento	Cantidad
Cundinamarca	2.552
Nariño	1.120
Antioquia	966
Santander	650
Valle del Cauca ³⁷	253
Atlántico	198
Norte de Santander	125
Boyacá	75

Fuente: Informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

Las Tablas 13 y 14 hacen constar la afirmación del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (1957, pág. 9) tras invitar a los hospitales psiquiátricos a que fortalezcan su servicio de consulta externa para disminuir la cantidad de hospitalizaciones: *“se puede demostrar que cuanto más aumentan las consultas externas más puede reducirse el número de camas del hospital”*.

Respecto a los cambios aplicados para el área de consulta externa consiguieron que la cantidad de consultas se octuplicara en un lapso de ocho años a partir de 1960.

³⁷ Todas las camas psiquiátricas del Valle del Cauca son las que están en el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

Tabla 15. 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: Informe de actividades hospitalarias. Sin fecha. Libro: Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Adaptación propia.

Además, San Isidro fue en 1967 el hospital psiquiátrico que más pacientes nuevos atendió en Colombia con 2.029 casos. El segundo puesto lo ocupó el Hospital Mental de Antioquia con 866 pacientes y el tercero el Neuropsiquiátrico de Sibaté.

En cuanto al índice de renovación, es decir la cantidad de veces que una cama fue usada 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. 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.

Otro de los índices del informe fue la tasa de egresos psiquiátricos. Para calcularla se usó la cantidad de egresos por cada 10.000 habitantes. El total del país fue de 14,27. En cuanto a San Isidro fue de 28,7, es decir, el doble de la tasa nacional.

El lugar que comenzó a ocupar la consulta externa era un resultado del enfoque del Departamento de Psiquiatría, que a partir de la concepción médica norteamericana, la revolución psicofarmacológica y la Salud Pública, le daba prioridad a un tratamiento que fuese por fuera del hospital.

Sobre este punto el modelo flexneriano, desde el que partían las misiones médicas norteamericanas, era claro en cuanto a su concepción de industrializar el hospital:

“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 Cañar, 2014, pág. 260)

En lo que respecta a los electrochoques, eran el tipo de tratamiento principal que se aplicaba debido a su efectividad para casos de esquizofrenia, el diagnóstico que más se registraba en el Hospital para 1966 (Orejuela, 2014, pág. 111).

En cuanto a la terapia ocupacional, el objetivo consistía en ocupar al enfermo mental y hacerlo sentir útil. Dependiendo de su ocupación, habilidades, aptitudes y ciertas consideraciones socioeconómicas se destinaba a los pacientes a que trabajaran en los talleres de carpintería, de coser, o la fabricación de colchones y escobas.

La psicoterapia fue otra de las vías usadas para el tratamiento de los pacientes. No son claros los datos sobre el uso de este tipo de tratamiento ya que parece ser que se le delegó principalmente a los residentes³⁸. Más allá de lo anterior, los datos obtenidos de las historias clínicas muestran que su enfoque era psicoanalítico. El test de Rorschach era el que más se aplicaba, principalmente en casos en los que se atendía a niños o en los que no era muy claro si se requería de psicofármacos. Para su realización se remitía a los pacientes para que fuesen atendidos por miembros del Departamento de Psiquiatría.

³⁸ En el siguiente subcapítulo se profundiza sobre los aportes desde la docencia del Departamento de Psiquiatría para la constitución de San Isidro como un hospital psiquiátrico. Allí se hace alusión a la enseñanza y práctica de los residentes en psicoterapia.

Tanto la terapia ocupacional como la psicoterapia cimentada en el psicoanálisis, se inscriben en el sistema de creencias norteamericano. Además por la formación de los miembros del cuerpo profesional del Departamento de Psiquiatría en los Estados Unidos, el psicoanálisis era un tipo de tratamiento que hacía parte de su concepción para la práctica clínica.

5.3 NIVEL DOCENTE

Entre el primer grupo de graduandos de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en 1958, hubo sólo uno que lo hizo con especialización en psiquiatría. Los años posteriores hubo más egresados de la Facultad, aunque la especialización en psiquiatría no fue de las más demandadas en los primeros años, ya que únicamente el 5,6% optó por esta especialidad entre 1958 a 1962.

Tabla 16. Distribución de egresados de la Facultad de Salud con especialización en psiquiatría

Años	# de egresados	Psiquiatría
1958	15	1
1959	25	3
1960	18	0
1961	23	1
1962	27	1
Total	108	6

Fuente: Resumen (Datos estadísticos) sobre profesorado, estudiantes, graduados, postgraduados, servicios a la comunidad, etc. 1952-1966. Sin fecha. Carpeta: Informe publicaciones 1967-1971 presentado por el decano de la división. Archivo Central de la Universidad del Valle. Adaptación propia.

A nivel docente el isomorfismo normativo tuvo como principal influjo la reestructuración del programa curricular de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. La formación de los médicos se dividió en dos grandes apartados en la Facultad de Salud: el primero para las ciencias básicas y el segundo para la enseñanza clínica y práctica en el hospital.

La Universidad del Valle fue la primera en Colombia que introdujo como prerrequisito un pre-médico de dos años antes de comenzar con los cursos de medicina. Medida que se tomó desde 1956 en aras de fortalecer los conocimientos en ciencias básicas de los estudiantes³⁹.

Los últimos años eran los seleccionados para enviar a los estudiantes a sus prácticas en el hospital y sección que estuviese más acorde con su disciplina. En ese sentido la cantidad de residentes en el Hospital Psiquiátrico San Isidro fue incrementando (Ver Tabla 11).

Es importante anotar que la práctica clínica no sólo correspondía a los estudiantes de medicina que estuviesen cursando una materia de psiquiatría o quienes se hubiesen matriculado a un postgrado en psiquiatría. En realidad, en aras de hacer del Hospital Psiquiátrico un centro de enseñanza con énfasis en la práctica clínica y aminorar sus gastos evitando la contratación excesiva de médicos de planta, paulatinamente se fue integrando estudiantes de disciplinas vinculadas con la atención en salud mental. Entre ellas se destaca la maestría en Enfermería Psiquiátrica que comienza a operar desde los primeros años de la década del sesenta y los programas de trabajo social, psicología y salud ocupacional.

En lo que respecta a las reformas como facultad, a raíz de los informes de las misiones médicas norteamericanas, el Departamento de Psiquiatría no se quedó atrás y modificó parte de su programa académico. A partir de ese momento se dio prioridad a una enseñanza en el hospital atendiendo casos directamente en San Isidro y no sólo con conceptos teóricos de difícil comprensión.

³⁹ Summary of the historic background and future goals of the Universidad del Valle Medical Faculty. Carpeta: *Informe desarrollo de los cursos de la facultad. 1963-1965*. Archivo Central de la Universidad del Valle

“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.”⁴⁰

En la misión Lapham se decía por ejemplo 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, Berson, & Goss, 1954, pág. 520).

Y en cuanto a lo que un interno debe hacer:

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, Berson, & Goss, 1954, pág. 520).

Considerando los puntos anteriores se planificó la enseñanza y la práctica psiquiátrica de quienes se estaban formando en medicina.

En el cuarto año se enseñaba Psiquiatría Clínica, donde los alumnos tenían la obligación de obtener historias clínicas psiquiátricas completas en los casos que les fuesen asignados. El curso

⁴⁰ Informes prospecto Universidad del Valle. Sin fecha. Sin ubicación. Archivo Central de la Universidad del Valle

se dictaba de forma teórico-práctica en una sesión por semana de tres horas en el Hospital Psiquiátrico San Isidro o en el Hospital Departamental.

En su quinto año, el estudiante podía realizar un externado de tiempo completo en algún servicio psiquiátrico hospitalario por un mes en San Isidro. Allí se le asignarían casos clínicos de pacientes internos para estudiarlos y discutir sobre ellos.

Entre las obligaciones del alumno estaban: estudiar por su cuenta el caso estipulado para el curso; atender la consulta externa del Hospital Psiquiátrico y el Hospital Departamental supervisados por miembros del Departamento de Psiquiatría; obtener historias clínicas completas y entrevistas de los parientes; y ofrecer sesiones de psicoterapia a pacientes internos.

Para el sexto año, el mínimo de horas laborables era de 132 y se internaba al estudiante en la rotación del Hospital Psiquiátrico por seis semanas a tiempo completo. Las responsabilidades asignadas eran la consulta externa y las admisiones. Cada caso aprobado debía tener un trabajo diagnóstico y cada alumno debía asumir la responsabilidad clínica de sus casos.

En este año se hacía énfasis en la insulino-terapia, convulsoterapia, exámenes psicológicos especiales, sesiones de psicoterapia y consulta externa. A su vez, se indica que al ser un internado de tiempo completo, no es posible establecer un límite de horas laborables. De nuevo la supervisión para el cuerpo de residentes estaría a cargo de los miembros del Departamento de Psiquiatría.

En el séptimo año se establecían 318 horas para que el estudiante diese inicio a sus estudios de especialización, trabajando como un residente auxiliar por 9 meses en el Departamento de Psiquiatría; 2 meses en el servicio de neurología; y un mes en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

El octavo año correspondía a la medicatura rural en un centro de salud o un hospital rural trabajando en equipos de cuatro, conformados así: un pediatra, un cirujano, un internista y un obstetra.

El Comité de Expertos en Salud Mental a finales de la década del cincuenta 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” (Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 16)

En ese sentido lo que se planteaba desde la construcción del programa académico, era introducir algunos elementos de la psicología y la psicoterapia para ser practicados en San Isidro. Al respecto hay que resaltar que este tipo de enfoque se usó particularmente a partir de la década del sesenta, sin decir con ello que fuese lo que primara, pues los electrochoques y los psicofármacos eran la forma sin duda más utilizada.

El Hospital Psiquiátrico San Isidro también fue usado como una fuente para la recolección de datos que fuesen útiles para la investigación y 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, tan sólo superado por el Departamento de Medicina Interna. Entre ellos se destaca el *Plan Piloto para investigación sobre esquizofrenia* a cargo de Carlos León y Ernesto Zambrano, un proyecto que contó con el apoyo directo de la OMS pues hacía parte de un *Estudio piloto internacional de esquizofrenia* que contemplaba varias regiones en el mundo. Para su desarrollo se usaron historias clínicas del Hospital Psiquiátrico San Isidro y se hizo seguimiento a los pacientes por varios años.

Por parte de Carlos León, elaboró un artículo que título como *El diablo y el almanaque*⁴¹, en el que utiliza 1.000 historias clínicas de San Isidro con diagnóstico de esquizofrenia para establecer una comparación del transcurso de los pacientes al pasar algunos años. Por tanto, el Hospital no era sólo un espacio intervenido desde la docencia, su administración o clínicamente, sino que se lo concebía como un escenario para la investigación.

A su vez, los miembros de Departamento estaban asociados a la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y publicaban sus investigaciones en la Revista Colombiana de Psiquiatría. Es decir, San Isidro no sólo era usado como un espacio para la recolección de datos, sino que las conclusiones a las que se llegaba, eran divulgadas, mientras el Departamento afianzaba el proceso de profesionalización de la disciplina a nivel local y nacional.

Para ejemplificar y matizar cada uno de los niveles expuestos hasta el momento, se ha elaborado un breve recuento del primer egresado de la Facultad de Salud con especialización en psiquiatría, usando algunos de sus testimonios en un artículo que denominó como *Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría en Cali* escrito en junio de 1970⁴² y documentos administrativos que lo vincularon con el Departamento de Psiquiatría. Al seguir de cerca su trayectoria es posible identificar su proceso como residente, la obtención de una beca en el extranjero financiada por la Fundación Rockefeller y los planes a futuro que había elaborado para retornar al país y aplicar los conocimientos que adquiriese en San Isidro.

⁴¹ *El Diablo y el almanaque*. 25 al 30 de noviembre de 1968. Presentado al V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Bogotá, Colombia. Archivo del Departamento de Psiquiatría.

⁴² *Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría en Cali*. Sin fecha. Archivo del Departamento de Psiquiatría.

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.

Al ser miembro de la primera cohorte de la Facultad de Salud y vivenciar como estudiante los cambios en el programa curricular, sus cursos en psiquiatría no fueron dictados de acuerdo a lo planeado y tuvo que recibir en su quinto año una versión resumida del tercer y cuarto año por Carlos León.

En su relato muestra que pese al impulso modernizador del Hospital Psiquiátrico San Isidro hay que matizarlo ya que durante su estadía como residente observó y vivió situaciones en las que las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl los trataban como intrusos. En ese sentido las religiosas habían entablado una disputa en la que defendían sus prácticas frente al modo de atención dirigido por principios científicos de quienes se estaban formando como profesionales.

En una ocasión, Jaramillo llegó en horas de la mañana y encontró un paciente que estaba en muy mal estado de salud rodeado por un grupo de religiosas que rezaban a su alrededor. Tan pronto como pudo lo trasladó al Hospital Departamental, pero ya era tarde y murió de peritonitis.

Entre las experiencias que mayor impactó tuvo para Jaramillo durante su formación destaca un trabajo que hizo con Carlos León en torno a las historias clínicas, en el que León había diseñado un instrumento para la recolección de los datos que hasta el momento se hacía de manera desorganizada y poco esquemática.

Jaramillo se encontró con que en la mayoría de los casos los datos de los pacientes ni siquiera eran anotados, ocasionando que los residentes como él, tuviesen que desplazarse a los hogares de los pacientes para reconstruir las historias clínicas.

Por otro lado, en 1956, Jaramillo al ser parte del primer grupo de egresados, no pudo vivenciar como tal el programa de residentes, pues para la fecha aún no existían las residencias para el internado en el Hospital Psiquiátrico, por tanto, su “*internado*” fue diurno, ya que los internos iban en las noches a sus casas y en caso de que se les necesitara eran llamados usando la ambulancia.

A finales de 1960 obtuvo una beca para estudiar en Gran Bretaña otorgada por la Fundación Rockefeller. Como sus estudios iniciarían durante el segundo semestre de 1961, viajó para realizar previamente un curso de electroencefalografía en el Hospital Maudsley y continuar en esa institución como asistente clínico hasta que su beca diese inicio.

Durante su estadía se comunicaba constantemente con León y le hacía notar que cada vez le parecía más importante la adquisición de un aparato de electroencefalografía por parte del Departamento de Psiquiatría para San Isidro, tanto para atender a los pacientes como para realizar investigaciones⁴³. Incluso en algún momento le dice a León que “*Si el hospital no tiene probabilidades de conseguir un aparato de electroencefalografía, eso significa que he perdido mi tiempo*”⁴⁴.

Ante la insistencia, Carlos León le aclara que lo importante en el momento es que termine con sus estudios en el extranjero y aclara que para su regreso el Hospital Psiquiátrico tendría un equipo de electroencefalografía⁴⁵.

⁴³ Carta de Ramón Jaramillo Ramírez a Carlos A. León. 14 de febrero de 1961. Archivo muerto Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

⁴⁴ Carta de Ramón Jaramillo Ramírez a Carlos A. León. 05 de marzo de 1961. Archivo muerto Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle

⁴⁵ Carta de Carlos A. León a Ramón Jaramillo Ramírez. 13 de marzo de 1961. Archivo muerto Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

Durante su condición como becario afianzó sus conocimientos en electroencefalografía atendiendo el servicio del Hospital Maudsley, pero para Jaramillo la adaptación fue un martirio por el clima, el tipo de interacciones, un noviazgo que había dejado en Colombia y el enfoque de su formación en psiquiatría que chocaba con el de Gran Bretaña, en donde el psicoanálisis se descartaba inmediatamente..

Finalmente, Ramón Jaramillo canceló su beca pese a la insistencia de Carlos León y de su instructor en Edimburgo para que no lo hiciera. El 5 de mayo de 1962 se encontraba de nuevo en Cali y en junio se unió al personal del Hospital Psiquiátrico como el encargado de la sección de electroencefalografía.

A partir de allí su vínculo con el Departamento de Psiquiatría fue: instructor de 1957 a 1962, auxiliar de Cátedra desde 1962 a 1968, profesor Auxiliar de 1963 a 1969 y finalmente como profesor asociado desde 1969⁴⁶.

A nivel docente, el Hospital Psiquiátrico fue usado como un centro de enseñanza para la práctica clínica al que acudían los residentes y estudiantes de otras disciplinas afines a la atención en salud mental. Para ello se había dotado el edificio de los espacios necesarios y se le encargaba a los médicos en formación: los casos clínicos, el ingreso de la información de las historias clínicas, las entrevistas a los parientes, sesiones de psicoterapia, atender la sección de admisiones, recibir las nociones básicas de insulino-terapia y convulsoterapia, y hacer internados de tiempo completo.

Es importante matizar que aunque hubo un cambio institucional, esto no significó que cambiase todo el sistema de creencias. Como dicen DiMaggio y Powell (1999) son pocos los casos en los que un cambio isomorfo normativo se da con éxito en su totalidad. Al respecto las memorias

⁴⁶ Curriculum Vitae de Ramón Jaramillo Ramírez. Archivo Departamento de Psiquiatría.

de Jaramillo son claras al mencionar que las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl eran recelosas con los residentes y que incluso en una ocasión uno de los pacientes murió por no recibir la atención adecuada en el tiempo preciso.

Por otro lado, es un caso con el que se ejemplifica el modo en el que el Departamento de Psiquiatría operó en este proceso de cambio institucional, considerando que se obtuvo una beca con la Fundación Rockefeller para enviarlo a Edimburgo y sus estudios serían sobre electroencefalografía, una de las nuevas secciones que se iban a habilitar para el Hospital Psiquiátrico.

Pese a que no obtuvo el diploma, Jaramillo sí adquirió experiencia y retorno a Cali para ser nombrado como profesor del Departamento de Psiquiatría y como encargado del electroencefalógrafo del Hospital.

5.4 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, aparte de sus actividades terapéuticas, podría igualmente servir de centro de información y distribución” (Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 13)

La entrega de la obra del nuevo edificio del Hospital Psiquiátrico San Isidro se da en 1961⁴⁷, una novedad que supuso un cambio profundo en la distribución de los espacios de la institución. Ya no se usaría la vieja Casona, cuya construcción se ejecutó sin ningún tipo de criterio avalado

⁴⁷ 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

por la psiquiatría, sino un edificio con las adecuaciones técnicas necesarias para que allí opere un hospital psiquiátrico.

Aunque el edificio se inauguró en un lapso de aproximadamente cinco años, la falta de planificación y de conocimiento suficiente del ingeniero encargado de la obra del edificio fueron dos de las razones por las que las obras se retrasaron. Al respecto Roselli dice 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 (1968, pág. 558).

El avance en las obras fue supervisado con visitas de Carlos León en representación del Departamento de Psiquiatría. Durante las revisiones del avance de la obra, León, Cobo y el Ingeniero Interventor realizaban un recorrido por el edificio en construcción revisando cada una de las secciones y debatiendo sobre cómo proceder⁴⁸.

El objetivo con la construcción del nuevo edificio consistía en que las instalaciones fuesen las de un hospital relativamente pequeño y que por su estructura no diese la impresión de ser una institución manicomial, sino un espacio para la rehabilitación de los enfermos mentales.

Se optó por esta perspectiva para lograr un cambio sobre las representaciones sociales que usualmente despierta la imagen de un hospital psiquiátrico.

“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

⁴⁸ Informe N° 2 del mes de marzo de 1957 sobre el avance de las obras en San Isidro. 7 de abril de 1957. Libro: *Dirección. Junta Directiva. 1950 a 1972*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

el estado de los enfermos hospitalizados empeoraban en lugar de mejorar, reforzaba los prejuicios corrientes contra la psiquiatría” (Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 6).

Por tal motivo el Departamento de Psiquiatría se adscribía a estas ideas, valores y prácticas en aras de lograr legitimidad en relación con su disciplina al profesionalizarla. La construcción de un edificio adecuado para las necesidades del naciente Hospital Psiquiátrico San Isidro fue una prioridad para la institución desde su etapa como asilo. La diferencia en este caso es que a través de la intervención del Departamento de Psiquiatría como ente consultor y las condiciones económicas logradas por la Junta Pro-Construcción se orientó la obra, incluso superando el obstáculo que supuso la falta de experiencia del ingeniero.

El reparto de las camas al inaugurar la obra en de 1961 era de: en total 211⁴⁹ distribuidas en 8 pabellones, 4 para cada sexo. Además se definieron dos pabellones para los pensionados (ICSS) el #1 y #2 de mujeres y hombres respectivamente. Para los pacientes más agresivos se destinaron los pabellones #7 y #8⁵⁰.

Las instalaciones de la obra que se entregó en 1961 eran las siguientes⁵¹ (se especifican los espacios más relevantes de cada sección):

- Bloque administrativo: recepción, oficinas para servicio social, caja y contabilidad, sindicatura, secretaria, dirección y juntas.
- Bloque de docencia: salón de clases, cuarto de profesores y salón de demostración.

⁴⁹ Como se menciona en los aportes del Departamento de Psiquiatría a nivel administrativo, a finales de la década del sesenta el número de camas se amplió a 253.

⁵⁰ Carta de Blanca H. Córdoba a Ernesto Zambrano. 26 de septiembre de 1961. Libro: *Dirección. Documentos varios. 1961 a 1962*. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

⁵¹ 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.

- 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.

Estas medidas arquitectónicas responden a los cambios en el sistema de creencias y en ese orden de ideas los enfermos crónicos son considerados como una parte más de la atención que debe ofrecer el Hospital, pero desde una perspectiva adecuada para su tratamiento. Al respecto el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (1957) es enfático en resaltar que en la medida de lo posible, se opte por destinar espacios para ocupar a los pacientes o para que entablen charlas con las trabajadoras sociales. En cuanto a los enfermos mentales que claramente no pueden ser rehabilitados, se aconseja que se los interne al no haber otra salida.

Como resultado de esta concepción clínica, se adecúan los espacios para el servicio social, la terapia ocupacional y recreativa con sus respectivos lugares para los talleres a los que se

trasladaba a los pacientes. Posteriormente se ejecutan las modificaciones necesarias en la capilla para la instalación del Hospital Diurno.

De igual manera ocurre con el bloque administrativo, el bloque de docencia y los servicios de diagnóstico y tratamiento. Son espacios que previo a la conformación del Asilo ni siquiera se los pensaba porque no había una visión terapéutica de la enfermedad mental.

La movilización del campo organizacional por parte de la Junta Pro-Construcción al encontrar unas condiciones de oportunidad y la asignación del Departamento de Psiquiatría como ente consultor que asumió el rol de trasladar el sistema de creencias al Hospital Psiquiátrico San Isidro, son las dos variables cruciales para la conformación de este proceso de cambio institucional.

En conclusión, a nivel arquitectónico primó la adecuación del edificio para garantizar unas condiciones aptas para la práctica médica, administrativa y docente de San Isidro. Por esta razón las modificaciones se ajustaron para la creación de secciones como odontología, electroencefalografía, rayos X, pequeña cirugía, laboratorio clínico, urgencias o consulta externa, las aulas de enseñanza, el depósito de historias clínicas y demás. Decisión motivada por las necesidades que implica atender las tareas administrativas, clínicas y docentes del Hospital y particularmente por el proyecto de profesionalización de la psiquiatría que encaminaba el Departamento.

A nivel administrativo la estructura del personal se reorganizó contratando personal calificado, organizándolo por secciones, consiguiendo que la cantidad de personas contratadas se octuplicase en un lapso de ocho años. A nivel clínico la revolución psicofarmacológica y el fortalecimiento de la consulta externa orientaron el tipo de atención de los pacientes, además de la introducción de adecuaciones técnicas para el manejo de la información como las historias clínicas.

En cuanto a la docencia se ubicó a los residentes dentro del Hospital para que realizarán su práctica allí y se alejarán de la concepción francesa plenamente teórica. Así mismo, se ejecutaron investigaciones, se integró a los residentes como parte del personal y se constató que los psiquiatras del Departamento estaban asociados con la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y publicaban en la Revista Colombiana de Psiquiatría, es decir, divulgaban sus hallazgos a nivel nacional y local, en vías de profesionalizar la especialidad. Finalmente a nivel arquitectónico se ejecutaron los cambios necesarios para que la infraestructura estuviese en condiciones para responder a las necesidades de los puntos ya descritos.

CONSIDERACIONES FINALES

El Asilo San Isidro se había proyectado desde la década del 40 como un hospital psiquiátrico, como una respuesta a las necesidades de atención a la salud mental del Valle del Cauca. Para constituirse como tal, el cambio institucional está atravesado por la intervención que realiza la Junta Pro-Construcción como un ente dinamizador al captar fondos y encaminar el proyecto a mediados de la década del 50, encontrando en la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y particularmente en el Departamento de Psiquiatría, un aliado que actuó como ente consultor y científico.

Durante el proceso de cambio se gestan una serie de hechos que son trascendentales para la práctica y enseñanza médica como sistema de creencias, considerando que el tipo de enfoque que impera para la salud en el mundo se inclina por la salud pública y la medicina preventiva, se da la revolución psicofarmacológica, el influjo norteamericano sobre la salud en Colombia, la institucionalización de la Salud Pública en el país y la profesionalización de la psiquiatría en Cali movilizada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle.

En cuanto a la Junta Pro-Construcción es preciso anotar que incide en el campo organizacional en el que se inscribe la construcción del hospital psiquiátrico, como el escenario en el que convergen las instituciones involucradas en el cambio institucional de San Isidro, es decir: la Universidad del Valle, el Ministerio de Salud Pública, la Beneficencia del Valle y el Concejo Municipal de Cali.

Ahora bien, las condiciones de oportunidad están y ya han sido dinamizadas por la Junta Pro-Construcción, pero es el Departamento de Psiquiatría el que en términos de DiMaggio y Powell (1999) se encausa el cambio el cambio isomorfo normativo, porque como ente consultor y

científico, guío las condiciones a las que debió someterse el Hospital Psiquiátrico San Isidro para cumplir con las exigencias de legitimidad propias de su campo organizacional.

De esta manera, el papel de los psiquiatras adscritos al Departamento es evidente al encaminar un cambio en el sistema de creencias para el Asilo San Isidro en varios niveles: administrativo, clínico, docente y arquitectónico. En ese orden de ideas, es un cambio institucional asociado con la profesionalización, pues no en vano su formación en el extranjero y las recomendaciones tanto de las misiones médicas norteamericanas como de las fundaciones Rockefeller y Kellogg, los encuadran dentro de los preceptos norteamericanos para la especialidad, situación que se traduce en el cómo se piensa y construye el hospital.

Desde este momento el Hospital Psiquiátrico San Isidro: 1) a nivel administrativo reorganizó su personal por secciones, octuplicó su número de miembros en ocho años, asignó cargos relevantes para la atención de los enfermos mentales con personal calificado e integró los residentes como parte del personal; 2) a nivel clínico se introdujo el uso de las historias clínicas como una herramienta cada vez más tecnificada, se promovió la atención por fuera del hospital, razón por la que el servicio de consulta externa y el uso de psicofármacos creció exponencialmente, se incluyeron nuevos tratamientos para complementar los electrochoques; 3) a nivel docente se instauró en la Facultad de Salud un nuevo modelo de enseñanza y práctica médica en el que se separaba las ciencias básicas y la práctica clínica en el hospital, además se trabajó con los datos de San Isidro para realizar investigaciones que se publicaban en la Revista Colombiana de Psiquiatría y su cuerpo profesional estaba asociado a la Sociedad Colombiana de Psiquiatría; 4) y los cambios arquitectónicos permitieron que los otros tres niveles se pudiesen llevar a cabo, pues se cumplieron con las condiciones de infraestructura para que fuese así, con el añadido que una de las búsquedas

planteadas con el nuevo edificio tenía que ver con evitar la apariencia de una institución manicomial.

Vale la pena anotar que tanto el Departamento de Psiquiatría como el Hospital Psiquiátrico San Isidro se *hicieron a la americana*, más allá de algunos matices que pueden resultar contradictorios en la práctica clínica como el hecho de trasladar un paciente de la sala de electrochoques a una sesión de psicoterapia. En otras palabras, se aplicó el modelo Flexner que venía operando en Estados Unidos desde el inicio del siglo XX y se adoptaron las prácticas médicas y de enseñanza de ese país. Por tal motivo, no es de extrañarse el fortalecimiento de la consulta externa en San Isidro, la inclusión del psicoanálisis como una vía para atender a los pacientes, el incremento en el número de egresos y la poca cantidad de camas respecto a la cantidad de casos atendidos, si se hace una comparación con otros centros de atención mental de la época

Antes los hallazgos del trabajo , es posible plantearse vías para profundizar en el tema: la primera en términos de la profesionalización de la especialidad, pues la labor que cumple el Departamento de Psiquiatría al participar del cambio institucional de San Isidro, implica un afianzamiento de la disciplina en la ciudad de Cali, particularmente en lo que textos como el de Arboleda (2013) al desarrollar cómo se configura el campo de la salud mental a partir del programa de psiquiatría comunitaria, pretenden elucidar; y en segunda instancia, para evaluar la manera en la que se va desenvolviendo la especialidad en relación con las sociedades científicas que van surgiendo, congresos, coloquios y demás eventos asociados con la disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

Arango-Dávila, C. A. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41s1/v41s1a02.pdf>

Arboleda Trujillo, 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*. Cali: Universidad Nacional de Lanús.

Arias Castillo, L., & Tovar Sánchez, M. A. (2008). *Recorriendo caminos: Medicina en la Universidad del Valle 1950-2008*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle.

Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 113-116. Recuperado el 23 de Noviembre de 2015, de https://www.academia.edu/7184707/Origenes_del_concepto_de_salud_mental

Bravo, O. (2011). *La construcción institucional de la locura. La construcción institucional del preso psiquiátrico*. Cali: Universidad ICESI.

Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 129-156. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3834959.pdf>

del Barrio, V. (junio-septiembre de 2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30(2-3), 81-90. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3043153.pdf>

Díaz Hernández, D. (junio-agosto de 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, 207-214.

DiMaggio, P., & Powell, W. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México D. D.: Fondo de Cultura Económica.

Escobar, E. (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*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.

Forero Caballero, H. (2009). Salud Pública y social. En *Momentos históricos de la medicina colombiana* (págs. 268-320). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Foucault, M. (2008). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gutiérrez, J., & 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).

Lapham, M., Berson, R., & Goss, C. (Sep-Oct de 1954). Un estudio para la educación médica en Colombia, 1953. *Antioquia Médica*, 4, 478-546.

López-Muñoz, F., Alamo, C., & Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: Medio siglo de psicofarmacología. *FRENIA*, II(1), 77-107.

Mejía, R. (1959). *La asistencia psiquiátrica en el Valle del Cauca*. Bogotá: VI Congreso Médico Nacional.

Muñoz, R. (2014). Un enfoque integrador del cambio institucional en los hospitales públicos. En D. d. Ecoómica, *Instituciones y desarrollo* (págs. 405-429). México D.F.: Universidad Autoónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Obtenido de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=CAPITULO&id=6198&archivo=458-6198zye.pdf&titulo=15%20Un%20enfoque%20integrador%20del%20cambio%20institucional%20en%20los%20hospitales%20p%C3%ABlicos

OPS. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902 - 2002*. Bogota: Organización Panamericana de la Salud.

Orejuela, D. M. (2014). *La locura en Cali: De una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970*. Tesis. Cali: Universidad del Valle. División de Humanidades.

Organización Mundial de la Salud. (1957). *El hospital psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Recuperado el 31 de Enero de 2016, de

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*. Cali: Departamento de Publicaciones Universidad del Valle.

Ortiz C., E. (1971). *La Universidad del Valle 1945-1970*. Cali.

Ospina, M. A. (2006). Con notable daño del buen servicio: Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda*(2), 303-314.

Pineda Cañar, C. A. (jul-sep de 2014). Formación y medicina: la transición del modelo anatomo-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Iatreia*, 27(3), 255-266.

Roselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia* (Vol. II). Bogotá: Editorial Horizontes.

Roselli, H. (2009). In memoriam: Terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. *Psimonart*, 11-121.

Roselli Cock, D. A., Pérez Medina, A., Moreno Luna, I., Calderón Vega, C. P., Heller Mitrani, D., & Otero Forero, A. (2000). *La medicina especializada en Colombia: Una aproximación diagnóstica*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.

Situ Delle Donne, C. A. (1988). *La relación entre el Estado, la salud y la ayuda externa en la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle*. Tesis. Cali, Universidad del Valle.

Stagnaro, J. C. (Enero - Febrero de 2006). Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos: del asilo a la comunidad. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 17(65), 28-34. Obtenido de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex65.pdf>

Téllez Pedroza, M. (2011). *Reconstrucción histórica del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia*. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Vásquez Benitez, E. (2001). *Historia de Cali en el siglo 20. Sociedad, economía, cultura y espacio*. Cali: Artes Gráficas del Valle.

Venancio, A. (2011). Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 35-52.