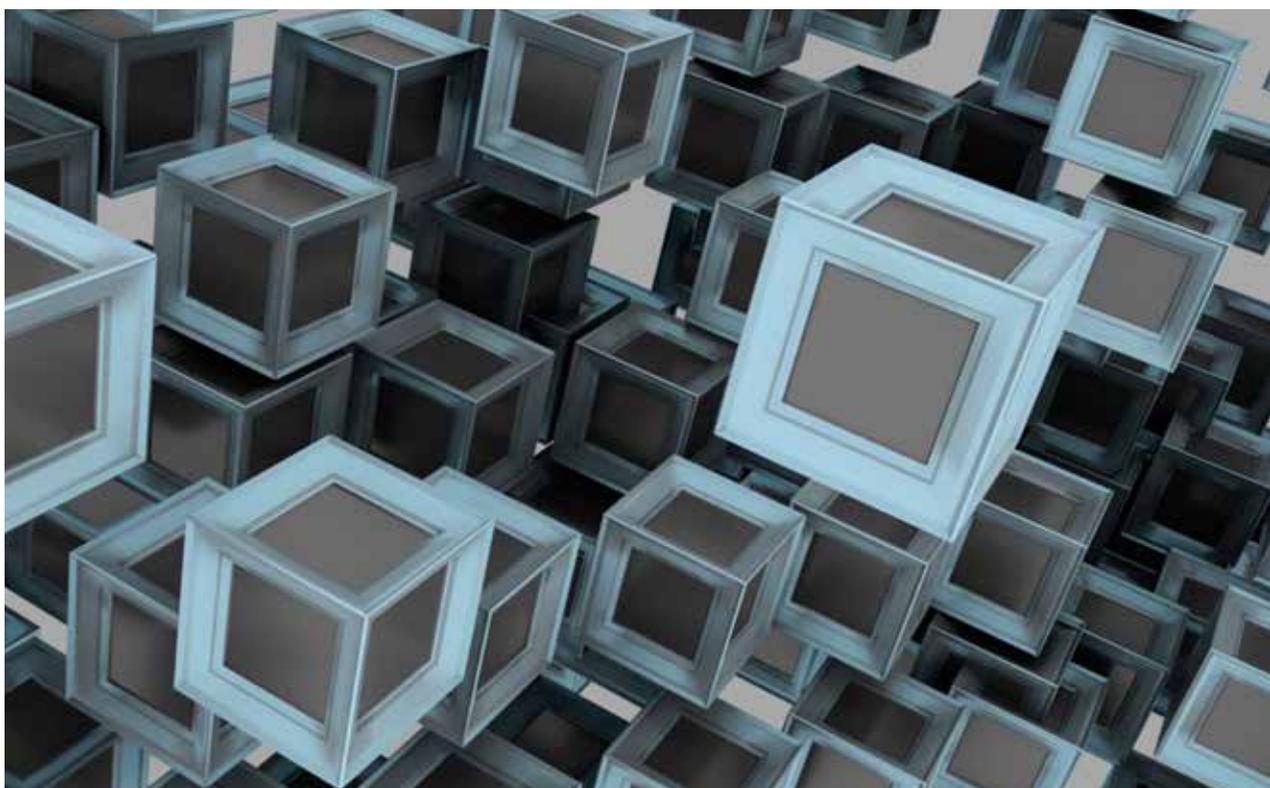


7.



*La Calidad Académica,  
un compromiso institucional*



## La administración de la salud mental en Cali: cambio institucional en el Hospital Psiquiátrico San Isidro 1956-1970\*

*José Fernando Sánchez Salcedo*

Sánchez Salcedo, José  
Fernando.  
(2019) La administración  
de la salud mental en  
Cali: cambio institucional  
en el Hospital Psiquiátrico  
San Isidro 1956-1970.  
Criterio Libre, 17 (30)  
pp. 191-212  
ISSN 1900-0642



# LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CALI: CAMBIO INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO 1956-1970\*

THE MENTAL HEALTH ADMINISTRATION IN CALI, COLOMBIA:  
INSTITUTIONAL CHANGE IN THE  
SAN ISIDRO PSYCHIATRIC HOSPITAL 1956-1970

A ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM CALI,  
COLOMBIA: MUDANÇA INSTITUCIONAL NO  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO 1956-1970

L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ MENTALE À CALI,  
COLOMBIA: CHANGEMENT INSTITUTIONNEL DANS L'HÔPITAL  
PSYCHIATRIQUE SAN ISIDRO 1956-1970

JOSÉ FERNANDO SÁNCHEZ SALCEDO\*\*

## RESUMEN

La construcción de un hospital psiquiátrico moderno en el departamento del Valle del Cauca entre 1956 y 1961 supuso importantes transformaciones en el campo organizacional y en el sistema de creencias sobre la salud mental en la región. A nivel organizacional, la Junta Directiva del Asilo logró aglutinar esfuerzos de instituciones privadas y públicas en pro del mejoramiento de la atención de los enfermos mentales. Así mismo, con el apoyo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, cambió la praxis

\* Este artículo es producto del avance del proyecto de investigación "Del asilo al hospital: procesos de institucionalización de la salud mental en Bogotá y Cali 1940-1970", el cual es financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle (C.I. 6175).

\*\* Doctor en Ciencias Políticas y Sociales, de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica); licenciado en Literatura, Universidad del Valle, Cali, Colombia; profesor asociado del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle. Adscrito al grupo de investigación Sociedad, Historia y Cultura. [jose.sanchez@correounivalle.edu.co](mailto:jose.sanchez@correounivalle.edu.co)

médica sobre la enfermedad mental e hizo del nuevo hospital un espacio con una estructura organizativa moderna, con todos los criterios y requerimientos, para la formación de especialistas en psiquiatría. En lo que respecta al sistema de creencias, las nuevas políticas implementadas por la OMS sobre la salud mental y el descubrimiento de nuevos tratamientos para la demencia operaron cambios profundos en los modos de entender la enfermedad. Siguiendo una línea de investigación historiográfica que utilizó como fuente el archivo administrativo del Hospital e historias clínicas, el presente trabajo describe el proceso de cambio institucional que se llevó a cabo en el Asilo, en su proceso de transición de Asilo a Hospital Psiquiátrico en Cali entre 1956 y 1960.

**PALABRAS CLAVE:**

cambio institucional, campo organizacional, hospital, psiquiatría, sistema de creencias.

**CLASIFICACIÓN JEL:**

I-18, I-38.

**ABSTRACT**

The construction of a psychiatric modern hospital in the Department of Valle del Cauca (Colombia) between 1956 and 1961 implied important transformations in the organizational field and in the system of beliefs on the mental health in the region. At the organizational level, the Board of directors of the Asylum managed to agglutinate efforts of private and public institutions in favor of the improvement of the attention of the mental patients. Likewise, with the support of the Department of Psychiatry of the Universidad del Valle, it changed the medical practice on the mental illness and did the new hospital a space with an organizational modern structure, with all the criteria and requirements for the specialists' formation in psychiatry. In regard to the system of beliefs, new policies implemented on the mental health and the discovery of new treatments for dementia operated profound changes in the ways of understanding the disease. Following a line of historiographical research that used as a source the administrative file of the Hospital and medical histories, the present work describes the process of institutional change that took place in the asylum in its transition process of asylum to Psychiatric Hospital in Cali between 1956 and 1960.

**Keywords:** belief system, hospital, institutional change, organizational field, Psychiatry.

**JEL Classification:** I-18, I-38.

## RESUMO

A construção de um moderno hospital psiquiátrico no departamento de Valle del Cauca, na Colômbia, entre 1956 e 1961, implicou importantes transformações no campo organizacional e no sistema de crenças em saúde mental na região. No nível organizacional, o Conselho de Asilo conseguiu unir esforços de instituições privadas e públicas em favor da melhoria do atendimento aos doentes mentais. Além disso, com o apoio do Departamento de Psiquiatria da Universidad del Valle, mudou-se a prática médica em doenças mentais e transformou-se o novo hospital em um espaço com uma estrutura organizacional moderna, com todos os critérios e requisitos para a formação de especialistas em psiquiatria. Com relação ao sistema de crenças, as novas políticas implementadas pela OMS sobre saúde mental e a descoberta de novos tratamentos para a demência operaram profundas mudanças nas formas de entender a doença. Seguindo uma linha de pesquisa historiográfica que utilizou como fonte o arquivo administrativo do Hospital e as histórias clínicas, o presente trabalho descreve o processo de mudança institucional ocorrido no Asilo em seu processo de transição do Asilo para o Hospital Psiquiátrico em Cali entre 1956 e 1960.

**Palavras-chave:** campo organizacional, hospital, mudança institucional, psiquiatria, sistema de crenças.

**Classificação JEL:** I-18, I-38.

## RÉSUMÉ

La construction d'un hôpital psychiatrique moderne dans le département de Valle del Cauca, en Colombie, entre 1956 et 1961, a entraîné d'importantes transformations dans le domaine de l'organisation et du système de croyance en matière de santé mentale dans la région. Au niveau organisationnel, le Board of Asylum a réussi à associer les efforts d'institutions privées et publiques en faveur de l'amélioration des soins pour les malades mentaux. Également, avec le soutien du Département de Psychiatrie de l'Universidad del Valle, il a modifié la pratique médicale en matière de maladie mentale et a fait du nouvel hôpital un espace doté d'une structure organisationnelle moderne, avec tous les critères et exigences pour la formation de spécialistes en psychiatrie. En ce qui concerne le système de croyance, les nouvelles politiques mises en œuvre par l'OMS en matière de santé mentale et la découverte de nouveaux traitements pour la démence ont entraîné de profonds changements dans les façons de comprendre la maladie. Suivant une série de recherches historiographiques qui ont utilisé comme source le dossier administratif de l'hôpital et les antécédents cliniques, le présent travail décrit le processus de changement institutionnel qui a eu lieu à Asylum dans le processus de transition de l'asile à l'hôpital psychiatrique de Cali entre 1956 et 1960.

**Mots-clés:** champ organisationnel, changement institutionnel, hôpital, psychiatrie, système de croyance.

**Classification JEL:** I-18, I-38.

# 1. INTRODUCCIÓN

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

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

que cambiarían paulatinamente el modo de tratar la enfermedad mental.

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

El artículo está dividido en cinco partes, la primera presenta los referentes teóricos utilizados en el estudio; la segunda da cuenta de la estrategia metodológica empleada; la tercera muestra el proceso de transformación de Asilo a Hospital psiquiátrico entendido como un cambio institucional en el que se resalta la conformación de un campo organizacional que lo posibilita, así como el análisis de los principales cambios desarrollados en la organización a nivel de su infraestructura, la estructura formal de la organización y sus procesos fundamentalmente. Para ello se apoya en una revisión de las historias clínicas, entendidas como fuentes para identificar procesos de cambio en la práctica médica, a partir de las cuales es posible identificar modificaciones en los diagnósticos y el tratamiento de los pacientes. Finalmente se proponen algunas conclusiones.

## 2. LA CONSTITUCIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO

### 2.1 LA DINÁMICA DEL CAMBIO INSTITUCIONAL

En las últimas décadas del siglo XX hubo un renovado interés por el estudio de las instituciones en ciencias sociales (March y Olsen, 1984, 1997; Torres, 2015). Esta tendencia que se ha

reunido bajo el rótulo de neoinstitucionalismo ayuda a estudiar las funciones organizacionales en contextos según March y Olsen (1984) y a “establecer relaciones entre los factores culturales y sociales y las diversas formas de organización humana [...] que nos permite comprender los procesos de gestación y adopción de decisiones políticas, en su evolución y secuencia histórica” (Farfán, 2007, p. 88).

Aunque son diversas las perspectivas que abarca el neoinstitucionalismo: económico, político, histórico o sociológico, sus autores coinciden en definir las instituciones “como las reglas de juego en una sociedad o, más formalmente, los constreñimientos u obligaciones creados por los seres humanos que le dan forma a la interacción humana” (North, 1990, p. 3). Estos patrones sociales tienden a reproducirse, porque tienen que ver con la manera en que los individuos hacen las cosas en su vida cotidiana, en la cual “los hombres actúan como si siguieran reglas; saben cómo hacer las cosas y ese saber incluye una experiencia práctica, una experiencia reflexiva y una orientación normativa” (Escalante, 1992, p. 30).

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

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

Lo anterior, pese a que como afirman posteriormente March y Olsen (2006, p. 11) “las instituciones cambian con el tiempo en respuesta a la experiencia histórica, pero los cambios no son

inmediatos y tampoco garantizan mejoramiento en su capacidad de adaptación y supervivencia, ni su eficiencia”. Para comprender el cambio institucional es preciso identificar el tipo de actores que existen en la sociedad y la relación que estos establecen con su entorno institucional.

En este estudio se abordará el campo organizacional que define la posibilidad de un cambio institucional y el papel que desempeñan en dicho proceso de cambio las transformaciones en los sistemas de creencias. El campo organizacional se estructura en 4 etapas:

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

La importancia del concepto de campo radica en que busca privilegiar los vínculos entre las organizaciones, los cuales solo pueden establecerse a nivel empírico. Los campos organizacionales se encuentran enmarcados en sistemas de creencias, cuyas ideas influyen “en la forma como los actores perciben sus intereses y opciones en primera instancia, incluyendo las instituciones que preferirían continuar y mantener bajo circunstancias diversas” (Campbell, citado por Muñoz, 2014, p. 409). De esta manera, “los actores dentro de un campo organizacional crean y reproducen las lógicas de un campo” (Yepes, 2017, p. 22). Estas lógicas expresadas en formas comunes de ver y entender problemas y modos de solución van a estar soportadas en reglas, normas y hábitos de comportamiento idénticos o parecidos a otras organizaciones (López, 2009), cuya homogeneidad va a contribuir a la difusión unificada de las nuevas creencias que los actores del campo quieren establecer.

La adscripción en un sistema de creencias permite aglutinar a las organizaciones a partir de puntos

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

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

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

En este estudio la transformación del Asilo San Isidro en un Hospital Psiquiátrico moderno se entiende como un *cambio institucional* producto de las constantes denuncias de la prensa e instituciones del Estado, como la Beneficencia Pública y la Dirección de Higiene del Valle del Cauca, sobre la falta de organizaciones adecuadas para la atención de los dementes en la ciudad, y principalmente en lo relacionado con los costos que debía pagar el gobierno a nivel local por

el traslado de dichos enfermos a los Hospitales de Sibaté en Bogotá y San Rafael en Pasto. La identificación de este problema permitió generar una *oportunidad de cambio* que se tradujo en la conformación de un *campo organizacional* (Junta pro construcción del Hospital), compuesto por una serie de actores que representaban instituciones públicas y privadas de la ciudad.

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

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

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

El papel de los actores del campo organizacional generó un proceso de isomorfismo institucional, pues creó las condiciones para que el nuevo Hospital

adoptara fórmulas institucionales aceptadas y reconocidas, sobre todo en el ámbito de las instituciones de salud mental norteamericanas. En este aspecto, como ya se mencionó, desempeñaron un importante papel psiquiatras como el Dr. Carlos León, primer jefe del recién creado Departamento de Psiquiatría, que se formó en Tulane y cuyas ideas sobre la atención hospitalaria forjadas en Estados Unidos incidieron en el diseño y posterior construcción del Hospital Psiquiátrico.

### 3. METODOLOGÍA

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

## 4. DEL ASILO AL HOSPITAL

A diferencia de otras ciudades del país en donde existían instituciones asilares para el tratamiento de enfermos mentales, en Cali eran reclusos en la Casona San Isidro,<sup>1</sup> la cual fungió como correccional de menores hasta que en 1940 la Asamblea Departamental del Valle mediante la Ordenanza No 26 de junio de ese mismo año designó un presupuesto de \$36.000 para la “construcción de un manicomio para la atención y mejoramiento de dementes del Departamento”. En un texto dedicado al doctor Carlos León, los psiquiatras José Ramón Jaramillo, Juan Manuel Valverde y Gloria de Jaramillo relatan sus propias impresiones del Asilo hacia 1950:

El Asilo San Isidro era la misma casona de la correccional Meléndez con sus enormes salas de gruesas y altas paredes en las que se disponían hileras de camas de hierro más o menos destartadas por los “locos mansos” o “dementes inofensivos”, como los llamaban los inspectores de policía o los curas párrocos en las cartas de remisión que enviaban con los familiares de los enfermos. Para los “locos furiosos” o simplemente poco colaboradores, había varias hileras de celdas de ladrillo, de más o menos 1.80 cm de largo por 2 m de altura y 1 m de ancho, con una angosta cama de cemento desnuda que ocupaba casi todo el espacio y una puerta de reja de gruesos barrotes que se cerraba por fuera con un candado. La comida se les pasaba por entre las rejas y en la celda hacían sus necesidades fisiológicas como animales enjaulados. En el exterior de las celdas podían verse argollas empotradas en el piso, a las que estaban fijadas las cadenas y los grillos con los que se

<sup>1</sup> Antes de su fundación los enfermos mentales eran enviados al Hospital San Juan de Dios en Bogotá o al San Rafael en Pasto.

aseguraban a “los locos bravos” cuando no estaban encerrados en las celdas. En el resto del edificio habían amplios patios, hermosos jardines, un huerto bien cuidado y un chiquero con varios cerdos obesos y saludables. (Jaramillo, 1970, p. 1).

El Asilo Meléndez estuvo en manos de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, las cuales eran las encargadas de la asistencia y sostenimiento de los enfermos y, en general, de su funcionamiento. En un contrato firmado entre las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y la Alcaldía Municipal de Cali en 1946 se les autoriza la total dirección del servicio interno del Asilo Meléndez (Contrato del Asilo de Meléndez con las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, 26 de agosto de 1946). Archivo documental Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Libro 7). Entre las funciones asignadas están: recibir el dinero enviado por el municipio; hacer las compras y los gastos que requiera la asistencia de los enfermos y empleados; llevar los libros de cuentas; registrar las defunciones de los enfermos; suministrar la medicina y alimentación ordenada por los médicos; admitir o despedir los empleados a su cargo; velar por la moralidad, orden, aseo y policía del establecimiento; tener bajo su autoridad a los enfermos y empleados.

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

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

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

**Tabla 1.** Enfermos reportados, Asilo San Isidro 1940-1950.

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

Fuente: Orejuela (2014, p. 60).

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

Usted que ha tenido la generosa preocupación de informarse e interesarse con inspecciones personales del estado actual del Asilo San Isidro, sabe a cabalidad la situación precaria de la institución y la penosa condición en que las limitadas condiciones físicas y económicas obligan a mantener a sus 200 enfermos. El presupuesto con que cuenta la institución es de \$ 5.800 mensuales, incluyendo la nómina de las hermanas, choferes, enfermeros, etc., como solo parte de esta suma se invierte en alimentación, resulta que el presupuesto

para la comida es muy inadecuado. Es evidente que con esta suma es imposible alimentar a los enfermos y el enfermo mental goza de buen apetito. Afortunadamente, contribuciones de alimentos por parte de particulares ayudan a calmar el hambre de los alienados. El presupuesto actual no contempla ni permite gastos de droga, haciendo necesario el uso de métodos crueles y anticuados para poder manejar enfermos agitados. Esta falta de elementos técnicos hace posible salvar de la rutina física y psíquica a hombres y mujeres que podrían ser mejorados. (Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Correspondencias).

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

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

Para la Nación es de mucha conveniencia crear nuevos centros para la correcta atención de las enfermedades mentales, pues no todos los casos son de posible curación en climas altos, como está sucediendo al enviar a todos nuestros enfermos a Pasto o Bogotá y porque abre a la investigación científica, un nuevo medio para los profesionales de Cali, un campo cuya extensión beneficiaría a la raza Colombiana. Para los familiares de los muchos enfermos mentales vallecaucanos será muchísimo más placentero saber que los tienen en sitios como Cali, cerca de sus hogares y con atenciones que ellos, como principales

interesados, pueden comprobar, que en sitios distantes en donde la sola acción del gobierno no es suficiente para alcanzar los buenos resultados que con ella se persiguen. Económicamente al construir nuestro asilo, la Nación se libera de un pase que le significa el movilizar a los enfermos de la República a los sitios en donde ahora se concentran, aumentando, con los propios edificios que levantaremos, el patrimonio común de la República. (Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, 1941).

Las críticas que empiezan a hacerse al asilo provienen de miembros de diferentes instituciones a nivel nacional y municipal. La opinión que generan dichas críticas, ligadas, sobre todo, a los altos costos que tiene que pagar el Departamento por el traslado de enfermos a otras ciudades del país y la emergencia de nuevas situaciones como la creación de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en 1950 y el nombramiento de un médico, Alex Cobo (Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Libro 9), como director del Asilo de dementes San Isidro el 27 de octubre de 1948, generarán lo que March y Olsen (1997) llaman *oportunidad de cambio*.

*La oportunidad de cambio* se da en momentos en que los recursos acumulados por los actores, sus preferencias o necesidades de modificar sus costos de transacción los conducen a apostar por una transformación mayor en las reglas de juego, en las estrategias de todos o buena parte de los actores relevantes. En el caso particular del Asilo, las condiciones antes mencionadas permitieron la creación de una Junta, tal como reza el Decreto No. 290 de 1950 de la Alcaldía de Cali (Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle), cuyo objetivo fue llevar a cabo la construcción del hospital psiquiátrico.

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

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

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

La Junta Directiva del Asilo "San Isidro" [...] fue constituida para llevar a cabo la construcción de un hospital para enfermos mentales en esta ciudad. Como ustedes estarán informados no hay una Institución para el tratamiento de estos innumerables enfermos en todo el occidente de Colombia, esta Junta con todas las atribuciones de Junta Directiva de tal establecimiento, con autoridad para solicitar y recaudar auxilios oficiales y particulares

destinados a financiar su funcionamiento; acordar los presupuestos de gastos e inversión de los auxilios citados; reglamentar su régimen disciplinario interno y tomar las medidas que sean propias para la mejor dirección y funcionamiento del actual Asilo de Dementes. (Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Correspondencia, Libro 4).

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

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

El diseño del hospital con salas para distintos tipos de terapia y tratamiento evidencia un cambio en el sistema de creencias sobre la enfermedad mental, que inicialmente no supuso un cambio en profundidad (Grouard y Meston, 1996) o de segundo orden (Burke y Litwin, 1992), sino un conjunto de pequeños y continuos cambios, en los que se mezclaban viejos y nuevos tratamientos para la demencia, pero que, sin embargo, ponen en evidencia cómo estas pequeñas modificaciones a nivel "superficial" terminaron por generar cambios en profundidad, como lo muestra la tendencia en la que empezarán a prevalecer las nuevas drogas psiquiátricas, el TEC y la psicoterapia.

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

Aunque a partir de 1956 se contó con un importante apoyo financiero por parte del Ministerio de Salud Pública, la Beneficencia del Valle, la Gobernación y la Alcaldía de Cali, el hospital tuvo dificultades económicas para continuar con la construcción de la sede. Según el Presupuesto de Rentas del Asilo San Isidro para 1959, el Asilo contó con un monto de \$ 72.600 en auxilios y \$375.000 para la construcción del Hospital.

En 1961 se lanzó una nueva campaña para recaudar fondos y terminar la edificación de pabellones para pacientes crónicos. Al igual que en otros momentos, se contó con el apoyo de la empresa privada de la región. Los aportes permitieron dotar 8 pabellones para enfermos, cuartos para médicos y empleados y camas para pacientes. En la Tabla 2 se presentan los pabellones construidos, distribuidos en salas, el carácter de cada una de ellas y el número de camas.

## 4.2 CAMBIOS A NIVEL ADMINISTRATIVO

Paralelamente al trabajo desarrollado por la Junta en la construcción del nuevo hospital, empezaron a generarse cambios a la estructura administrativa y en la praxis médica. A nivel administrativo, el paso del Asilo a Hospital implicó, en menos de 4 años, un incremento del personal a nivel administrativo y el dedicado a la atención de los pacientes, tal como se evidencia en las dos siguientes Tablas comparativas de dos períodos distintos, 1956 y 1960.

**Tabla 2.** Número de camas, Hospital Psiquiátrico San Isidro.

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

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

**Tabla 3.** Personal del Asilo San Isidro, 1956.

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

Fuente: Resolución No. 1 de noviembre de 1956.

**Tabla 4.** Personal del Asilo San Isidro, 1960.

Cantidad	Cargo
Personal calificado, médicos y enfermeras	
1	Director
1	Sub director
4	Médicos de medio tiempo
4	Residentes
1	Psicólogo
1	Odontólogo
1	Técnico de laboratorios
1	Ginecólogo
1	Radiólogo
1	Internista
2	Asistentes sociales
8	Enfermeras graduadas
2	Laborterapistas
Personal administrativo	
1	Administrador
1	Contador
1	Secretaria
1	Jefe de Estadística
1	Farmacéutico
2	Motoristas
1	Ecónoma
1	Peluquero
1	Empleado de información
4	Vigilantes
1	Empleado para reparaciones
1	Cajero
1	Portero
1	Mensajero
1	Capellán
Personal auxiliar y de servicio doméstico	
20	Auxiliares de enfermería
1	Jefe de cocina
6	Ayudantes de cocina
2	Reposteros
6	Aseadoras
4	Lavadoras
4	Costureras

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

Como lo muestran las Tablas 3 y 4, el paso del asilo a Hospital significó transformaciones profundas y muy rápidas en la estructura administrativa. La primera tiene que ver con la cantidad de personal de ambas instituciones. Mientras el Asilo de dementes contaba para 1956 con 26 personas, dicha cantidad se triplicó en 1960, alcanzando 87 personas. Un segundo aspecto por reseñar tiene que ver con la inserción de médicos, pues no se contaba en el asilo, salvo algunas enfermeras y el director, con profesionales de la salud y mucho menos con un especialista en la rama de la psiquiatría. En ese orden de ideas, un tercer aspecto por anotar es el cambio operado en la dirección de la institución, la cual empieza a recaer en personal científico y no en un síndico, como era usual en el esquema administrativo del Asilo. El síndico, como señala la Ordenanza No. 2 de junio de 1888 de la Beneficencia de Cundinamarca, era el encargado de administrar cada establecimiento (asilos, hospicios y hospitales), adscritos a la Beneficencia. Entre sus funciones se encuentran presentar las cuentas mensuales a la Junta de la Beneficencia, recaudar recursos provenientes de impuestos y presentar un informe al presidente de la Junta.

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

Otra situación que sin duda fue clave para llevar a cabo las transformaciones señaladas tiene que ver, además de las actividades desarrolladas por la Junta directiva del Asilo, con el papel desarrollado por el Departamento de Psiquiatría, que, como se señala más adelante, va a encargarse

de la dirección científica del hospital a partir de 1956. Este nuevo actor que va a insertarse en el nuevo campo organizacional conformado por la Junta va a cambiar paulatinamente el modo de atención que hasta ese momento se daba a los enfermos mentales en la ciudad, modificando de esta forma -al menos a nivel de la institución-, los sistemas de creencias sobre la locura, que como se mencionó, hace parte de un proceso más general en el que confluyen no tanto los psiquiatras, como la Organización Mundial de la Salud, OMS, que a través de sus políticas empiezan a cambiar la concepción sobre la enfermedad mental y el papel del personal médico y hospitalario en el tratamiento de este tipo de enfermedades.

### 4.3 CAMBIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

En lo que respecta a la práctica médica, desde 1955 iniciaron las clases de psiquiatría en la Universidad del Valle y visitas de los estudiantes al Asilo. En el Acta de la Junta Directiva del 6 de enero de 1956 los médicos Carlos León y Ernesto Zambrano son nombrados como médicos visitantes del Asilo. En febrero del mismo año, el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle fue designado, por esta misma entidad, como encargado de la dirección científica de la institución. En este mismo período, la Junta, con el apoyo del Departamento de Psiquiatría, pudo organizar un servicio de consulta externa con 8 consultorios, una oficina de historias clínicas, archivo y un departamento de servicio social.

Entre las primeras tareas realizadas por médicos y estudiantes referentes a la práctica médica y que contribuyeron a la organización del Hospital estuvo la elaboración de historias clínicas. Para ello utilizaron un modelo propuesto por el doctor Carlos A. León, que para ese entonces ya se desempeñaba como Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad. En lo que tiene que ver con el enfoque teórico se integró al principio la perspectiva psicoanalítica y el enfoque psico-

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

dinámico, de origen norteamericano. Al respecto señalan los doctores Jaramillo y Zambrano: “El enfoque teórico era el psicoanalítico, modificado de acuerdo con la psicodinámica adaptativa de Sander Rado, y yo recuerdo haber escrito páginas tras páginas de interpretaciones psicodinámicas sobre la historia de un esquizofrénico, al que naturalmente tratábamos con electrochoques”. (Jaramillo, s.f., p. 2).

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

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

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

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

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

Fuente: Jaramillo (1970).

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

### 4.3.1 Las historias clínicas

Las historias clínicas son tan antiguas como la medicina, y para este estudio es uno de los aspectos que mejor permiten describir los cambios operados en la *praxis* médica especialmente por aquellas que empezaron a recogerse a partir de 1956. La información disponible en ellas ofrece datos de la manera como funcionaban las instituciones asilares y hospitalarias “y sugieren las características reales de una *praxis* clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o paradigmas imperantes” (Huertas, 2008, p. 8).

En las páginas que siguen se retomará, tal como se explicó en el apartado metodológico, algunos de los análisis realizados a una muestra de 308 historias clínicas del período comprendido entre los años 1956 y 1970.

### 4.3.2 Procedencia de los pacientes y clase de admisión

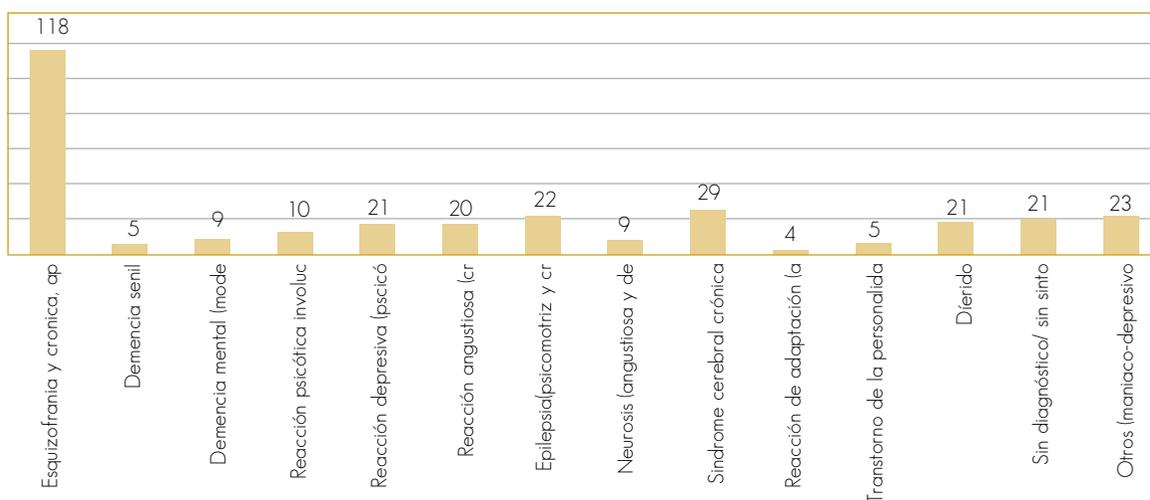
Aunque de las 308 historias registradas, 71 no tienen información sobre la procedencia de los pacientes, en las historias restantes, en un primer lugar predominan aquellos procedentes de municipios situados fuera del Departamento del Valle, representado en 97 casos. Un segundo lugar lo ocupan 80 casos de pacientes originarios de otros municipios del Valle y en tercer lugar, se sitúan 58 casos de pacientes que proceden de la misma ciudad de Cali. Esta información es importante, en tanto muestra la amplia cobertura que empieza a ofrecer el hospital, frente a situaciones que debieron enfrentar en épocas anteriores, cuando los enfermos debían ser trasladados a ciudades como Pasto, Medellín o Bogotá.

En lo que respecta a la admisión, la revisión efectuada permitió establecer que 58,8% de los pacientes, es decir, 180 casos, fueron llevados al hospital por familiares y amigos; 7,8%, correspondiente a 24 casos, fueron remitidos por policías y extraños, 24 casos; y finalmente, 4,9%, representado en 15 casos, se presentan voluntariamente a consulta.

### 4.3.3 Diagnósticos

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

Gráfica 1. diagnóstico del medico tratante



Fuente: Elaboración propia con base en historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Departamental San Isidro.

El término "reacción" reflejó la influencia de la visión psicobiológica que caracterizó el DSM I, en las que los trastornos mentales reflejaban reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. Los diagnósticos formulados por los psiquiatras muestran el peso que empieza a tener la psiquiatría psicodinámica y psicoanalítica frente a la tradición biológica. Peso que no es similar en otras instituciones psiquiátricas en el país que funcionaban en ese mismo momento. En el Instituto Psiquiátrico San Camilo, en Bucaramanga, por ejemplo, las enfermedades más recurrentes fueron la epilepsia, que representaba 22,43% de las historias consultadas, las esquizofrenias (13,12%) y las oligofrénicas (12,65%) según Escobar (2009). Paulatinamente, como se verá más adelante, su terapéutica será desplazada por el uso de fármacos y de terapias de choque.

Cuando se observa cómo se distribuyen los diagnósticos por años, Gráfica 1, entre 1956 y 1964 hay un importante predominio del diagnóstico de esquizofrenia. Después de 1965 es posible constatar una disminución de dichos diagnósticos. En el segundo período hubo 333 casos, de los cuales se seleccionaron 49.

Como lo plantea el psiquiatra Roberto Serpa Flores, es posible que una de las razones para la recurrencia del diagnóstico de la esquizofrenia en el período estudiado se deba a que en la década de los años cincuenta y comienzos de los sesenta "se usó mucho ese concepto de esquizofrenia y se le trató de aplicar a todos los enfermos psicóticos, es decir a aquellos que tenían trastornos del pensamiento, afecto y conducta de cierta severidad" (Escobar, 2009, p. 69).

### 4.3.5 Tratamientos

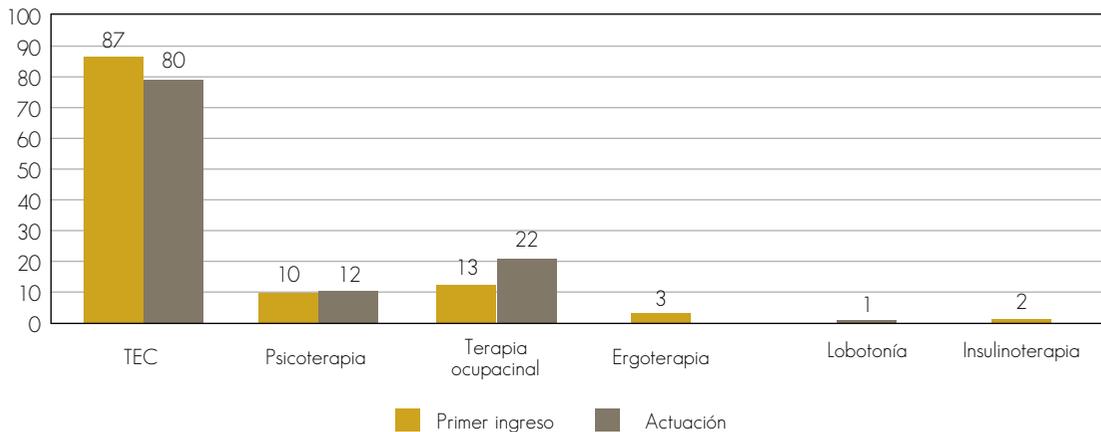
El principal tratamiento recetado por los médicos para enfrentar la enfermedad mental fueron las denominadas drogas psiquiátricas. Aunque durante el período estudiado hubo 65 casos en los que no se recetaron ningún tipo de fármacos, los más recurrentes fueron antipsicóticos, neurolépticos (utilizados para disminuir la actividad neurológica

y lograr el enlentecimiento motor), y antiepilépticos, como el Largactil (clorpromazina) en 86 casos, el Sinogan (levomepromazina) en 51 casos, el Fenegan (prometazina) en 49 casos, el Stalazine (trifluoperazine) en 36 casos, Gardenal (fenebarbital) en 31 casos, el Stemetil (prochlorperazine) en 25 casos, Siquil (trifluopromazine) en 18 casos y el Epamin (fenitoína) en 18 casos. La mayoría de estos fármacos son derivados de las fenotiazinas y fueron introducidos en el campo psiquiátrico en la década de 1950, debido a sus virtudes antipsicóticas y neurolépticas, las cuales se descubrieron a medida que se utilizaban. Entre estos nuevos medicamentos, quizás uno de los más importantes fue la clorpromazina, cuyo nombre comercial fue Largactil, pues produjo lo que muchos autores llaman una 'auténtica revolución farmacológica', pues no solo "introdujo un abordaje selectivo y eficaz para los pacientes esquizofrénicos, sino que abrió las puertas a la síntesis de numerosos fármacos destinados al tratamiento de los trastornos mentales, y, por ende, al inicio de la era psicofarmacológica" (López y otros, 2002, p. 80).

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

Las drogas psiquiátricas fueron acompañadas, como muestra la Gráfica 2, de otro tipo de terapias, de las cuales la de uso más recurrente fue la terapia de electrochoques, utilizada en 87 casos, seguida por la terapia ocupacional aplicada en 16 casos y la psicoterapia, en 0 casos.

Tal como se señaló, el papel que desempeñó la terapia de electrochoques fue muy importante en el tratamiento de las esquizofrenias, las cuales frecuentemente eran tratadas con Largactil y TEC.

**Gráfico 2.** distribución de tratamientos recetados

Fuente: Elaboración propia basada en historias clínicas, Hospital Psiquiátrico Departamental San Isidro.

Tal vez esto explique la similitud en el número de pacientes que utilizaron dicho tratamiento, que corresponden a 80 y 87 casos, respectivamente. Además vale la pena resaltar la importancia que tuvo la terapia ocupacional o ergoterapia, sobre todo en pacientes que respondieron bien al tratamiento de fármacos y como una forma de preparar a los que están hospitalizados para una futura salida del establecimiento.

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

## 5. CONCLUSIONES

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

Este proceso que se llevó a cabo en muy poco tiempo y en un contexto de profundas transformaciones a nivel internacional y nacional, entre las que vale la pena destacar el desarrollo de una política sobre la salud mental desarrollada por la OMS, la publicación del Manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-I) en 1952, y el descubrimiento de la clorpromazina, que revolucionó el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. A nivel nacional se destaca la creación en 1946 del Ministerio de Salud Pública y un plan de desarrollo hospitalario

para todo el país (Téllez, 2011, pp. 106-108), así como las visitas de dos misiones médicas, la Misión Humphreys o Médica Unitaria (1948) y la Lapham (1953), las cuales aconsejaron la creación de nuevas facultades de medicina y el desarrollo de especialidades médicas en el país, crearon las condiciones para transformar la enseñanza de la medicina y el modo de tratar la enfermedad mental. Paradójicamente, todo ello se desarrolla en un momento de intensificación de la violencia en Colombia y del acceso del general Gustavo Rojas Pinilla al gobierno en 1954. Finalmente, a nivel local fue muy importante la creación del Departamento de Psiquiatría en 1956. Todos estos aspectos crearon una oportunidad de cambio que, como ya se dijo, se traduciría en la coalición de un grupo de actores, la Junta pro-construcción, los cuales se encargarían de impulsar transformaciones en el sistema de creencias sobre la salud mental, pero sobre todo, sus acciones fueron clave para la sustitución de un modelo asilar orientado a excluir de la sociedad a los dementes, mediante su confinamiento en una institución, por un modelo hospitalario centrado en la atención clínica y científica de los enfermos mentales, lo que contribuyó a reducir la incertidumbre y a proporcionar una estructura confiable y eficiente para el manejo de la salud mental en la ciudad.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es sin duda el papel desempeñado por la Junta para desarrollar procesos de isomorfismo institucional, pues como lo plantea López (2015, p. 2) "no son las instituciones por sí solas las que reducen la incertidumbre, son los comportamientos de agentes organizacionales dentro de un campo organizacional, una vez han sido influidos por un proceso dinámico de isomorfismo". En ese orden de ideas, los actores van a desarrollar un importante trabajo institucional a partir del cual se buscó legitimar las nuevas prácticas médicas que empezaron a implementarse en las instituciones mentales.

La presencia de los médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle y la creación del Departamento de Psiquiatría de este mismo centro educativo desempeñaron un impor-

tante papel en las transformaciones que la Junta empezó a jalonar en la ciudad, pues ayudaron a que el nuevo Hospital se ajustara a los estándares internacionales y tuviera los espacios y la tecnología de un hospital mental moderno. Igualmente, gracias al nombramiento de los profesores del Departamento de Psiquiatría como encargados de la dirección científica del hospital, se logró incidir también en la estructura administrativa y la *praxis* médica.

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

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

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

Estos nuevos tratamientos significaron una clara ruptura con el Asilo para dementes que se instauró en 1940, y en donde prácticamente no existían historias clínicas y los métodos utilizados para tratar a los enfermos se basaban en su confinamiento en un estado deplorable de hacinamiento y maltrato (muchos enfermos permanecían amarrados y encadenados). Todos estos cambios convirtieron

al Hospital Psiquiátrico San Isidro en un importante centro de enseñanza para la formación de nuevos médicos y de atención para los enfermos mentales en el suroccidente colombiano.

## FUENTES PRIMARIAS

Alcaldía de Santiago de Cali. Decreto No. 290 del 11 de mayo de 1950. Libro: Gerencia. Decretos Varios. Estatuto orgánico. 1943 a 1949. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Asamblea Departamental del Valle del Cauca. Ordenanza No. 26 de 1940.

Archivo Central del Hospital Psiquiátrico San Isidro:

Contrato del Asilo de Meléndez con las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. 26 de agosto de 1946. Libro: 7. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Archivo Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Correspondencias. Carta del Doctor Fortunato Aljure, Director departamental de Higiene al doctor Alex Cobo, octubre 25 de 1955.

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

Correspondencia Libro: 4. Archivo Documental del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Archivo de Historias Clínicas Hospital Psiquiátrico San Isidro (1956-1970).

Beneficencia de Cundinamarca. Ordenanza No. 2 de junio de 1888.

Plan de gastos Hospital Psiquiátrico San Isidro (1960).

## REFERENCIAS

Burke, Warner, y Litwin, George (1992). A causal model of organizational change: Building organizational change capacity. *EBS Review* (27), 9-21.

Escalante, Fernando (1992). *Ciudadanos imaginarios*. México: El Colegio de México.

Escobar, Eduardo (2009). La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967. (Trabajo de grado). Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/8863/2/129447.pdf>

Farfán, Guillermo (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. *Polis*, 3 (1), 87-124.

Grouard, Benoit, y Meston, Francis (1996). *Reingeniería del cambio*. México: Alfaomega.

Huertas, Rafael (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, 1 (2), 7-33.

Jaramillo, Roberto (1970). Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la Psiquiatría en Cali, dedicado a Carlos A. León En: *Archivo del Departamento de Psiquiatría*. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

López, Francisco; Alamo, Cecilio, y Cuenca, Eduardo (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia*, 2 (1), 77-107.

López, Laura Marcela (2009). Instituciones e isomorfismo, implicaciones en la incertidumbre organizacional. *Revista Mundo Económico y Empresarial*, No. 7, 1-7. Recuperado de: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/rmee/issue/view/79/showToc>

- López, Ignacio (2016). Elección pública y análisis institucional de la acción gubernamental. *Economía Informa*, 396, 49-66. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ecin.2016.01.003>
- March, James, y Olsen, Johan (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *The American Political Science Review*, 78 (3), 734-749.
- March, James, y Olsen, Johan (1997). *El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública A.C., Universidad Autónoma de Sinaloa y Fondo de Cultura Económica.
- March, James, y Olsen, Johan (2006). Elaborating the "New Institutionalism". En: R.A.W. Rhodes; S.A. Binder y B.A. Rockman (Ed.) *The Oxford Handbook of Political Science* (3-20). United States: Oxford University Press Inc.
- Muñoz, Rodrigo (2014). Un enfoque integrador del cambio institucional en los hospitales públicos. En: *Departamento de Producción y Desarrollo (E) Instituciones y Desarrollo* (405-429). México: UAM-X, CSH.
- North, Douglas (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Powell, Walter, y Dimaggio, Paul (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis Organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Orejuela, Diana (2014). *La locura en Cali: De una mirada asistencial a una mirada clínica, el caso del Asilo San Isidro 1940-1970* (Trabajo de grado). Universidad del Valle, Cali, Colombia. Recuperado de: <http://salud.univalle.edu.co/simposio/index.php/simposioXVII/Simposio/paper/view/360>
- Téllez, Marlín (2011). *Reconstrucción histórica del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia* (Trabajo de grado de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4138/>
- Torres, Eduardo (2015). El nuevo institucionalismo: ¿hacia un nuevo paradigma? *Estudios Políticos*, 34, 117-137.
- Yepes, Cristian (2017). Aportes teórico-conceptuales acerca del cambio organizacional de la industria cafetera colombiana. *Suma de Negocios* 8, 19-30.