UNA CIUDAD PARA LA LOCURA: LA PROFESIONALIZACIÓN DEL QUEHACER PSIQUIÁTRICO EN EL HOSPITAL SAN CAMILO Y LA DIVISIÓN DE SALUD DE LA UIS (1967-1993)

CESAR AUGUSTO PAREDES TÉLLEZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE HISTORIA Y ARCHIVÍSTICA
BUCARAMANGA
2018

UNA CIUDAD PARA LA LOCURA: LA PROFESIONALIZACIÓN DEL QUEHACER PSIQUIÁTRICO EN EL HOSPITAL SAN CAMILO Y LA DIVISIÓN DE SALUD DE LA UIS (1967-1993)

CESAR AUGUSTO PAREDES TÉLLEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE HISTORIADOR Y ARCHIVISTA

DIRECTOR

HELWAR FIGUEROA

DOCTOR EN ESTUDIOS SOBRE AMÉRICA LATINA

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE HISTORIA Y ARCHIVÍSTICA
BUCARAMANGA
2018

A Sonia Téllez, mi madre.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que de una u otra forma aportaron sus sugerencias y conocimiento a este proyecto, siempre estarán presentes los que desinteresadamente pusieron su granito de arena a este arduo trabajo, construido con inquietud por conocer antes que por un desafío burocrático. A mis amigos, Andrés Lugos y Andrés Nova, con los que compartimos académicamente, al taller de estudio del conflicto y los movimientos sociales que fue una escuela de vitales enseñanzas.

A mi tío Samuel Téllez y Madelin Rodríguez, que siempre han sido un referente en lecturas, conocimientos y empatía con lo humano que resiste los embates del tiempo, al igual que a mis padres Sonia Téllez y Cesar Ricardo Paredes, que decidieron apoyarme a pesar de las resistencias y las inseguridades de las que están rodeadas las verdaderas decisiones. A los que sin quererlo o queriéndolo leyeron esta investigación. Y finalmente a los que la leerán con la sorpresa de un hallazgo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 16

1.INSTRUMENTALIZAR LAS MENTES BALDÍAS: ¿APUNTES PARA UNA HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA PSIQUIÁTRICA LOCAL? 29

1.1. GENEALOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL 32
1.2. LA CIUDAD DE BENTHAM 35
1.3. LA INVENCIÓN DEL DÍSCOLO: APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA 37
1.4. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA CRIOLLA 39
1.5. EL LEVIATÁN DEL PRESIDIO: LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA 42
1.6. GÉNESIS DE LA LOCURA 45
1.7. LA MATERIALIZACIÓN DE LA CÁRCEL DE LA LOCURA 47

2.LA PRISIÓN DE LO IGUAL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO DE BUCARAMANGA 1967-1993 50

2.1. LA CIUDAD 51
2.2. EXTRAMUROS 53
2.3. INTRAMUROS: LA NAVE DE LOS LOCOS 55
2.4. CON LA CRISIS *AD PORTAS* 56
2.5. CAPITALIZAR LA LOCURA: EL PACIENTE AGUDO EN LA TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA 61
2.6. EL ARQUETIPO DEL PACIENTE CRÓNICO DOMINICAL 64
2.7. LA VIGILANCIA COMO CONTROL PRIMARIO EN LA RELACIÓN INSTITUCIÓN-PACIENTE 73

3.HISTORIA DE LA DIVISIÓN DE SALUD UIS, 1967 78

3.1. LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA EN COLOMBIA 80
3.2. LA PROFESIONALIZACIÓN DEL QUEHACER PSIQUIÁTRICO EN SANTANDER 81
3.3. LOS RECTORES DE LA REFORMA 84
3.4. COMITÉ PRO-FACULTAD DE MEDICINA UIS 87

4.LA CRISIS EN LAS INSTITUCIONES LOCALES Y LA APUESTA POR EL NEOLIBERALISMO 100

4.1. SITIAR LA LOCURA 105

4.2. FENOMENOLOGÍA DE LA CONCIENCIA CRIMINAL: PSIQUIATRÍA FORENSE.....108
4.3. CONCESIONAR LA SALUD: EL NEOLIBERALISMO 111
4.4. LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES EN EL EXPERIMENTO NEOLIBERAL 114
4.5. LA MITOLOGÍA DE LA PEQUEÑA EMPRESA DE LA SALUD 121

5.CONCLUSIONES 127

BIBLIOGRAFIA.....133

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Romería de San Isidro .Fuente: Francisco de Goya, serie de pinturas negras. 33

Figura 2. El Leviatán..... 43

Figura 3. Modelos de Expansión inicial de la ciudad 1930..... 51

Figura 4. Médicos del Hospital Psiquiátrico en 1968..... 54

Figura 5. Registro de pacientes en pabellones con internos crónicos en el HPSC del año 1969 62

Figura 6. División de Salud en la década de los ochenta..... 89

Figura 7. Editorial de la Revista de Medicina 1977 94

Figura 8. Sentencias condenatorias según sus causas 102

Figura 9. Tasa de Homicidio por cada 100.000 habitantes 1960-2006 106

LISTA DE ANEXOS

(Ver anexos adjuntos en el CD y pueden visualizarlos en la Base de Datos de la Biblioteca UIS)

Anexo A. NIÑO, Jorge. Entrevista realizada el 7 de agosto de 2016 en Bucaramanga.

Anexo B. OLARTE, Mario. Entrevista realizada el 14 de febrero de 2016 en Bucaramanga.

Anexo C. OTERO, Carlos. Entrevista realizada el 5 de Julio del 2015 en la ciudad de Bucaramanga.

Anexo D. TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 4 de marzo de 2015 en Bucaramanga.

Anexo E. QUINTERO, Douglas. Entrevista realizada el 16 de septiembre de 2016.

Anexo F. Familia Serpa. Entrevista realizada el 17 de febrero de 2015.

GLOSARIO

ASCOFAME: la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

CLORPROMAZINA: sedante, antipsicótico, antiemético y tranquilizante.

FENITOINA: inhibe la propagación de la actividad convulsivante en la corteza motora cerebral: estabiliza el umbral promoviendo la difusión de sodio desde las neuronas. También es antiarrítmico, al estabilizar las células del miocardio.

FENOBARBITAL: barbitúrico de acción prolongada, hipnótico, anticonvulsivo y sedante.

FENOTIAZINICOS: las fenotiazinas son medicamentos utilizados para tratar trastornos mentales y emocionales graves, y para reducir las náuseas.

FILOGÉNESIS: la filogenia es la historia del desarrollo evolutivo de un grupo de organismos. Aunque el término también aparece en lingüística histórica para referirse a la clasificación de las lenguas humanas según su origen común, el término se utiliza principalmente en su sentido biológico.

FLUFENAZINA: antipsicótico, bloquea los receptores dopaminérgicos.

FRENOCOMIO: es un hospital especializado en el tratamiento de trastornos mentales.

FRENOLOGÍA: difunto campo de estudio, una vez considerado una ciencia, en la que los rasgos de personalidad de una persona fueron determinados por la “lectura” golpes y fisuras en el cráneo. Desarrollado por el médico alemán Franz Joseph Gall alrededor de 1800, la disciplina era muy popular en el siglo XIX. Fue desarrollado originalmente en 1796.

HOSPITALISMO: es un concepto procedente del psicoanalista Rene Spitz, discípulo de Freud, a inicios del siglo XX. Spitz observó que la tasa de mortalidad

durante la puericia era mucho más elevada entre los neonatos que carecían de estímulos benignos, particularmente cuando en las maternidades eran aislados de sus madres y las enfermeras sustitutas quedaban a cargo de ellos.

ICFES: Instituto Colombiano para la evaluación de la educación.

ICSS: Instituto Colombiano de seguros Sociales.

KLINEFELTER: es una afección genética que sucede en los hombres cuando tienen un cromosoma X extra.

LOBOTOMÍA: incisión quirúrgica practicada en el lóbulo de un órgano o de una glándula.

NEUROBIOLOGÍA: estudio de las células del sistema nervioso y la organización de estas células dentro de circuitos funcionales que procesan la información y median en el comportamiento.1 Es una subdisciplina tanto de la biología como de la neurociencia.

NEUROLÉPTICOS: fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y están indicados especialmente en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones y en trastornos bipolares para tratar episodios maníacos con o sin síntomas psicóticos.

NOSOLOGÍA: disciplina médica cuyo objetivo es realizar una descripción exhaustiva de las enfermedades para distinguirlas entre sí y clasificarlas. Sus orígenes se remontan al siglo XVIII cuando comenzaron a clasificarse las especies de la flora y la fauna, aunque su acepción actual se inicia a partir del siglo XIX.

OSTRACISMO: alejamiento (impuesto o voluntario) de un individuo del medio social o de la participación en actividades que antes eran habituales. Una forma de ostracismo que ocurre con cierta frecuencia es en el medio artístico, cuando el

profesional se desconecta del público o se retira por un tiempo, siendo, a veces, completamente olvidado.

PROFILAXIS SOCIAL: reciben este nombre las medidas adoptadas por los poderes públicos encaminadas a evitar el contagio y la propagación de enfermedades venéreas.

PSICOPATOLOGÍA: disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual.

RIZOMÁTICA: concepto filosófico desarrollado por Gilles Deleuze y Félix Guattari en su proyecto Capitalismo y Esquizofrenia (1972, 1980). Es lo que Deleuze llama una "imagen de pensamiento", basada en el rizoma botánico, que aprehende las multiplicidades.

SINERGÍA: refleja un fenómeno por el cual actúan en conjunto varios factores, contrariamente o varias influencias, observándose así un efecto, además del que hubiera podido esperarse operando independientemente, dado por la con causalidad, a los efectos en cada uno. En estas situaciones, se crea un efecto extra debido a la acción conjunta o solapada, que ninguno de los sistemas hubiera podido generar en caso de accionar aisladamente.

RESUMEN

TITULO: UNA CIUDAD PARA LA LOCURA: LA PROFESIONALIZACIÓN DEL QUEHACER PSIQUIÁTRICO (1967-1993)[1]

AUTORES: CESAR AUGUSTO PAREDES TELLEZ[2]

PALABRAS CLAVE: HISTORIA, PSIQUIATRÍA, PROFESIONALIZACIÓN, HOSPITAL, BUCARAMANGA.

DESCRIPCIÓN:

Esta investigación describe analíticamente la profesionalización de la psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico San Camilo (HPSC) de Bucaramanga y su relación con la creación de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Industrial de Santander en 1967. Un hecho que desplazó en su labor médica a la beneficencia y a las órdenes religiosas, y que en esta investigación se explica desde una perspectiva socio-histórica, apelando a las entrevistas semiestructuradas, a la crítica documental de los archivos del HPSC y a los documentos personales del psiquiatra santandereano Roberto Serpa Flórez, uno de los gestores más sobresalientes de las instituciones anteriormente mencionadas. Se concluye que los médicos progresistas lograron desplazar a la beneficencia y administrar profesionalmente el HPSC, en medio de las precariedades económicas y de una política pública deficiente. En la posguerra, después de 1945, se introducen en varios países los sistemas de seguridad social siguiendo al plan Beveridge del Reino Unido. En Colombia, el Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS), se crea en 1946 durante la administración del presidente Mariano Ospina Pérez; en Santander el ICSS comienza diez años más tarde. Las reformas neoliberales del presidente César Gaviria y la Constitución de 1991, abonan el terreno a la implantación de un modelo de medicina gerenciada (Managed Care), cuyo principal objetivo es el lucro, pervirtiendo el ejercicio de la medicina y desmantelando la red hospitalaria nacional.

[1] Trabajo de grado.

[2] Facultad de humanidades. Escuela de historia y archivística. Director: Helwar Figueroa, Historiador y Doctor en estudios sobre América Latina.

ABSTRACT

TITLE: A CITY FOR MADNESS. THE PROFESSIONALIZATION OF PSYCHIATRIC WORK (1967-1993)[3]

AUTHOR: CESAR AUGUSTO PAREDES TELLEZ[4]

KEYWORDS: HISTORY, PSYCHIATRY, PROFESSIONALIZATION, HOSPITAL, BUCARAMANGA.

DESCRIPTION:

This research analytically describes the professionalization of the psychiatry in the San Camilo Psychiatric Hospital (HPSC) of Bucaramanga and its relation with the creation of the Division of Health Sciences of the Industrial University of Santander in 1967. A fact that displaced in its work medical to charity and to religious orders, and that in this research is explained from a socio-historical perspective, appealing to semi-structured interviews, to the documentary criticism of the HPSC archives and to the personal documents of the Santanderean psychiatrist Roberto Serpa Flórez, one of the most outstanding managers of the aforementioned institutions. It is concluded that the progressist doctors managed to displace the charity and professionally manage the HPSC, in the middle of economic precariousness and insufficient public policy. In the post-war period, after 1945, social security systems were introduced in several countries following the Beveridge plan of the United Kingdom. In Colombia, the Colombian Social Security Institute (ICSS) was created in 1946 during the administration of President Mariano Ospina Pérez; in Santander the ICSS begins ten years later. The neoliberal reforms of President César Gaviria and the Constitution of 1991 paved the way for the implementation of a model of managed medicine, whose main objective is profit, perverting the practice of medicine and dismantling the national hospital network.

[3] Bachelor Thesis

[4] Facultad de humanidades. Escuela de historia y archivística. Director: Helwar Figueroa, Historiador y Doctor en estudios sobre América Latina.

INTRODUCCIÓN

¡La guerra…! Un soldado capturó a una guerrillera del ELN, cerca al municipio de Simacota para llevarla a las instalaciones del Batallón de Artillería del Socorro en Santander. Era el año de 1973 y no había nada que Teresa González, la guerrillera, pudiera hacer más que delirar para conseguir asilo en el Hospital Psiquiátrico San Camilo (HPSC) de Bucaramanga. Frente a esta disyuntiva, las autoridades militares accedieron a que un psiquiatra forense diera su veredicto sobre cuál calabozo era el más adecuado para maniatar su locura, o si estaba fingiendo para huir de un juicio militar.

Ese hallazgo documental[5] me movilizó a investigar sobre la psiquiatría en mi ciudad. Siempre tuve una sospecha motivada principalmente por las lecturas sobre Foucault, que son un lugar común para los investigadores de las instituciones disciplinarias de la modernidad (cárcel, hospital, escuela, ejército, etc.). Me llamaban la atención los rumores sobre las condenas para los internos, asociaba fácilmente un escenario de la inquisición con castigos de electricidad mediados por científicos sin una ética clara, ni más norte que la experimentación.

Ese interés por desenmarañar rumores y por conocer personalmente el hospital psiquiátrico a donde iban a parar personas que conocía o de las que había escuchado casi como mitos urbanos, junto con mis lecturas sobre psicología social, *como el malestar en la cultura* de Sigmund Freud, perfilaron la investigación a un problema que rebosaba los muros del hospital, al preguntarse por las raíces del malestar social, por la locura masiva como un problema íntimamente ligado al proceso de modernización, a la violencia y la trasgresión psíquica en la medula de nuestro comportamiento occidentalizado.

A lo anterior siguieron preguntas cómo: ¿Por qué se crearon los hospitales psiquiátricos en cierto momento de la historia y no antes? Después entendí que,

[5] En el cuarto capítulo se analiza dicho hallazgo documental, puntualmente entre las paginas 93 y 94.

hacia parte de un discurso político, por lo que me pregunte: ¿Quién o quiénes crearon un hospital dedicado únicamente a las enfermedades mentales?; finalmente, el tema de la creación de un hospital psiquiátrico estaba en consonancia con un tema de urbanización: ¿Por qué aparecen en las márgenes de las ciudades?

Para resolver estos y otros interrogantes que aparecían al plantearse el problema, hice pesquisas sobre la historiografía de la locura y la psiquiatría en Colombia y Latinoamérica. Hay varios enfoques para realizar una historia institucional, naturalmente la primera es la historia oficial, que resalta el progreso positivo que trae la institución a la ciudad, el mejoramiento en la calidad de vida y su centralidad en el proyecto urbano. Por otra parte, la historia de la psiquiatría, como un problema de salud mental pública, remite a la historia social de la ciencia: las innovaciones tecnológicas, la migración de profesionales y la construcción de paradigmas científicos; donde, en palabras del Dr. Emilio Quevedo:

> […] la investigación de la historia de la medicina es también el análisis de cómo, a partir de la práctica misma, surgen los problemas desde los cuales se reinicia los procesos de conocimiento y de investigación en las diversas ciencias, permitiendo la producción de nuevos conceptos y nuevas prácticas, en la medida en que se constituyen nuevos objetos y nuevos métodos.[6]

La presente monografía es el resultado de un proyecto de investigación cuyo punto de partida era analizar el proceso de profesionalización del ejercicio psiquiátrico en Bucaramanga desde 1967 hasta 1993, por medio de la descripción histórica del HPSC y su relación con la fundación de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, reflejado en el posterior liderazgo de la facultad y el Hospital Psiquiátrico en el campo de tratamiento de las enfermedades mentales en Santander y el oriente Colombiano.

Para eso, jugo un papel central la exploración y recolección de información extraída del archivo central del H.P.S.C., *la Revista de Salud UIS*, la revista *Neurociencia del HPSC*, bibliografía científica de médicos psiquiatras involucrados con la institución,

[6] QUEVEDO, Emilio. *Historia social de la ciencia en Colombia, institucionalización de la medicina en Colombia 1492-1860: antecedentes de un proceso*. Bogotá: tercer Mundo, 1993, Tomo VII. p. 13.

además de las notas en periódicos regionales y archivos personales de médicos relacionados como actores directos de la historia de la institución. Las fotografías de archivo y diez entrevistas a psiquiatras, hacen parte íntegra de los documentos testimoniales; los registros en soportes digitales y análogos, con sus elementos visuales y orales permitieron la contrastar la información y por lo tanto lograr un panorama más amplio del problema de investigación. Fue esta sinergia entre documentación y otros tipos de fuentes, la que me permitió realizar una crítica al discurso institucional. Asimismo, cabe aclarar que el problema de investigación se desarrolló dentro del Taller sobre el Estudio del Conflicto y los Movimientos Sociales en Colombia, con las sugerencias y aportes de los estudiantes participantes y la dirección del profesor Helwar Figueroa.

En general la historiografía de la psiquiatría en Latinoamérica tiene dos momentos o abordajes. En primer lugar, la historia oficial y descriptiva, así como una corriente historiográfica más cercana a la sociología y a la crítica de la modernidad, expresada en una postura progresista y generalmente en desacuerdo con la reclusión en todas sus modalidades (cárcel, hospital psiquiátrico, batallón, etc.). Un caso local de historia institucional es el de la tesis de Judith Sarmiento titulada *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*; por otra parte, la tesis de Darle Villanova, *Esquizofrénicas y maniacodepresivas: Las mujeres internas en el instituto psiquiátrico San Camilo 1953-1964,* es un claro ejemplo de historia descriptiva, que al abordar la institución escoge un enfoque farmacológico, optando por una posición aparentemente neutral aunque sin omitir comentarios introductorios que justifican la terapéutica psiquiátrica. Finalmente, la historia crítica tiene como referente nacional el trabajo de José Andrés Felipe Silva Mantilla, titulado: *Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia 1875-1930.* Una investigación en función de la ética profesional del investigador, que a su vez ejerce la profesión de psicología, como lo resalta en sus primeras páginas:

> [Una] investigación [que] nace de esta coyuntura entre las visiones tecnológicas de intervención sobre la locura y establece la necesidad de una crítica al discurso psicopatológico de la psiquiatría para hallar las justificaciones de su actuar. Es decir, que se busca justificar el conocimiento crítico de la historia de las transformaciones técnicas de la psiquiatría en Medellín como una acción ética.[7]

La tesis anteriormente citada resulta importante por su compilación de trabajos historiográficos a nivel Latinoamericano. Lo que concluye el autor de su revisión bibliográfica es que esos trabajos resultan prácticos por la información que pueden aportar a ulteriores análisis críticos. Cabe resaltar además el papel que da Mantilla a las instituciones de asistencia psiquiátrica en la vida nacional y regional, lo que concuerda con la misión del H.P.S.C. como referente de la institucionalidad pública regional de la salud mental.

En cuanto a la locura en Bogotá sobresale la investigación de Diana Lorena Rodríguez Ledesma; *Los locos de Bogotá: Del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá 1850-1930.* La investigadora no toma como objeto de estudio un hospital o manicomio; en vez de eso, se enfoca en el proceso de consolidación del estado nación durante el siglo XIX y XX y la planificación urbanística de la capital de la república en un plan dirigido por las elites que proyectaban la consolidación del capitalismo ante las masivas migraciones campo-ciudad. Esta tesis de investigación en pregrado, da otro abordaje a un fenómeno social universal como es la locura. Si bien resulta evidente que la reclusión y la cotidianidad intra muros constituye un enfoque importante al contar con la documentación generada por la institución y el poder de un saber especializado: El poder psiquiátrico; la autora opta por un relato enlazado por los testimonios que las elites, los medios de opinión y comunicación dejan a la posteridad: la fotografía, caricatura y finalmente las crónicas.

La tesis de Rodríguez Ledesma funciona dentro de la relación sociedad-locos, mientras que con el hospital psiquiátrico es central la relación sociedad-institución.

[7] MANTILLA, Felipe Silva. Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia 1875-1930. Tesis de maestría. Medellín: Universidad Nacional de Colombia. 2012. 217p.

Descentraliza su objeto de estudio y lo superpone a la localidad en un relato más amplio que tiene como referente espacial a la ciudad. Una de las primeras inferencias útiles para esta investigación es la separación del sujeto loco, del enfermo mental. En palabras de Rodríguez Ledesma los locos, como “ciudadanos excéntricos” conseguían ser divertidos, pintorescos y en algunos casos llegaron a generar cierto halo de respeto, por otra parte, los enfermos mentales eran recluidos en el asilo y relegados al anonimato de no pertenecer al imaginario identitario de la ciudad por su separación de los citadinos y del ideal de ciudadano. En un primer momento, las órdenes religiosas dirigían el asilo de mendigos y locos, igual caso sucedió con el H.P.S.C., que tenía como cuidadoras a las Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús, por lo que la institucionalización pública de la locura se concentró en el H.P.S.C. y se amplió su capacidad de alojamiento para asistir también a la población rural y de los municipios de la región Santandereana.

El caso de la tesis de Claudia Patricia Mantilla Duran es interesante en la medida que no tiene como único objeto de estudio al H.P.S.C., en vez de eso realiza una serie de entrevistas *in situ* que configuran la cotidianidad de la calle 45, analizadas desde la semiología y las metodologías propias de la Maestría en Idiomas de la UIS. En su investigación llamada *Figuraciones de la vida y la muerte en la calle 45 de Bucaramanga*, llega a la importante conclusión de que la cárcel modelo, medicina legal, la cárcel de mujeres, el Hospital psiquiátrico, y otras instituciones, conforman un circuito para la retención de los cuerpos en la calle 45.

En un capítulo de la tesis, la investigadora hace una entrevista al Dr., Sergio Ancicoque. La entrevista está dirigida a determinar el criterio que tienen los médicos del Hospital Psiquiátrico para determinar si un paciente tiene “problemas mentales” o si se trata por el contrario de algo orgánico o psicológico. Teóricamente se apoya en Foucault y relaciona las respuestas con los discursos de verdad y la configuración que tiene la calle 45, de contención de los cuerpos y de regularizadora de la sociedad regional.

Es importante este tipo de estudios, ya que intentan interpretar la ciudad como el plano en el que se desarrolla una institucionalidad premeditada y unos discursos que genera verdades, fricciones y resistencias. Es entonces, a mi parecer un análisis importante al ir de lo particular (calle 45) a lo local (ciudad de Bucaramanga).

Las investigaciones históricas sobre el H.P.S.C. conservadas en el repositorio institucional de la Universidad Industrial de Santander, trabajan el primer momento de la institución. En el primer caso del año 1953 hasta 1967, con la tesis de investigación en pregrado de Eide Judith Escobar Sarmiento*: La enfermedad mental en el nororiente de Colombia*. *Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.* Recurrentemente la autora menciona su intención de realizar un análisis relacional del enfermo mental, la enfermedad (en su etiología) y el médico (como autoridad) caracterizando al estado, la institución, los médicos, el desarrollo urbano, los cambios en la cotidianidad, el incremento de enfermos mentales, en el contexto de la Violencia Colombiana que es contemporánea a la investigación.

A pesar de que referencia recurrentemente en las páginas introductorias de su investigación a la obra Foucault como fundamento teórico, termina construyendo un relato fundacional de la institución con muy poco análisis sobre los elementos que al principio eran su objeto testimonial, como las tendencias de crecimiento de los pacientes en varios momentos del segmento de tiempo trabajado. En el contenido, la investigación se asemeja más a una historia para médicos, antes que para humanistas. Parece rehuir de hablar de los actores y sujetos que se veían involucrados en la institución, para construir un relato sobre el uso de fármacos. No deja de ser una historia institucional con una evidente contradicción entre la elección del marco teórico y el contenido de la investigación. Ahora bien, hay que resaltar que la investigación abrió el camino para el trabajo historiográfico, marcando un precedente en los temas y líneas de investigación de las tesis en la Escuela de Historia de la UIS.

Por otra parte, hay otra investigación que tematiza la institución desde 1953 hasta 1964, es el caso de Darle Paola Cepeda Villanova, con su monografía en pregrado, *“Esquizofrénica” y “maniaco-depresiva": Las mujeres internas en el instituto psiquiátrico San Camilo*. La elección del marco temporal tiene que ver con la creación de la Institución y el año de finalización en 1964 se relaciona con la limitada fuente documental, de historias clínicas de mujeres esquizofrénicas que encajaran con el perfil de la investigación. La elección de una población sectorizada de los internos del Hospital, se debe al amplio número de internas a diferencia de los hombres; cumple satisfactoriamente con sus objetivos y trabaja igualmente el primer momento de la institución porque desde la introducción señala los vacíos e incongruencias del primer trabajo historiográfico.

Aunque se trata de trabajos introductorios a la cuestión de la Historia de la Psiquiatría regional, cabe resaltar el enfoque de género enunciado desde el título de la investigación. Un referente del enfoque diferencial de género es el trabajo de María Angélica Ospina: *Con notable daño del buen servicio: Sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá*, que no fue trabajado en el estado del arte de Darle Paola Cepeda, limitando su análisis casi que a la descripción organizada de historias clínicas con muy poco interés por la comprensión y menos aún por la explicación de las variables de género y su relación con la enfermedad mental en ese muestreo.

El vacío en la investigación de Darle Paola Cepeda radica en la escasa interpretación de los procesos históricos relacionados con las diferentes etapas en la consolidación del H.P.S.C. y la profesionalización del ejercicio psiquiátrico. Aunque referencia trabajos importantes, como lo es la obra de Foucault sobre la *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo 1), se queda a medio camino; probablemente por la imposibilidad de aplicar de forma directa y sin critica la teoría del control disciplinario en las instituciones europeas al contexto Bumangués.

Es imperativo resaltar las investigaciones de más largo alcance sobre la historia de la psiquiatría a nivel de Latinoamérica, principalmente por su empleo de grandes cantidades de información centralizadas en los archivos de los hospitales psiquiátricos nacionales, donde la conservación de la documentación fue primordial desde siempre para el Estado. Esto les permite a los historiadores realizar un análisis en extenso de la locura institucionalizada. Lo anterior es visible en libros como L*os pacientes del manicomio la Castañeda y sus diagnósticos 1910-1968*, de Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, et al. Una historia institucional total y excepcional en la historiografía latinoamericana, principalmente por las dificultades que le son propias a los archivos públicos del sur del continente americano.

En el caso brasileño, la investigación titulada *La asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña*, de Ana Teresa A. Venancio, se enfoca en la sinergia entre política e instituciones de reclusión, explicando el sentido social de la contención de los cuerpos inadaptados y el proceso civilizador que signó al hospital psiquiátrico en Brasil entre los siglos XIX y XX. La autora hace un recorrido desde la monarquía hasta los años 1970, describiendo las coyunturas políticas y sus reacciones en la institucionalidad. Incluso los hospitales psiquiátricos modificaron su función social, del asilo, la asistencia y la contención se pasó a la terapia psiquiátrica. Un proceso de profesionalización medica que devino de la modernización nacional.

Herramientas teóricas y el problema de archivo

Dentro de la caja de herramientas conceptuales para la investigación se encuentra la delimitación conceptual de las *Instituciones totales* que hace el sociólogo Erving Goffman[8], entre ellas está el Hospital Psiquiátrico. Goffman los define como la tendencia absorbente o totalizadora simbolizado por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior, que suelen adquirir forma material: Puertas

[8] GOFFMAN, Erving. *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrotu, 2001., p. 379.

cerradas, altos muros, alambres de púas, ríos, bosques o pantanos. A la par configura a los actores recluidos total o parcialmente en las dinámicas del Hospital: Internos, personal, entre otros.

Ahora bien, el vínculo institucional que se torna coercitivo es la psicopatología como objeto de tratamiento y juicio diagnóstico. Al respecto de la enfermedad mental, Franco Basaglia señala la naturaleza metafórica de la enfermedad mental; y también el carácter totalitario de la práctica de la psiquiatría.

> En cuanto a los llamados pacientes mentales, no tienen enfermedades médicas y corporales; esto es, en tanto que las enfermedades mentales son "funcionales", no resultan ser, en mi opinión, verdaderas enfermedades. Se trata de enfermedades metafóricas. Se trata de enfermedades solo en un sentido analógico, en el hecho de que sus llamados "síntomas" se asemejan a los síntomas de las enfermedades corporales. [9]

Los dos autores mencionados hasta ahora, no dudan en denominar la práctica psiquiátrica como totalitaria y este es el puente de sentido teórico que permite una crítica anti-psiquiátrica a la terapéutica y el diagnóstico. En cuanto al diagnóstico psiquiátrico Franco Basaglia, señala que desde el momento en que se hace un diagnóstico, la etiqueta es inmediata; cuando un especialista determina esquizofrenia, la etiqueta es un juicio de valor: bueno o malo, es delincuente o no delincuente.

En su ensayo teórico sobre los establecidos y los marginados Norbert Elias apunta que la pieza central de esta figuración es una balanza de poder desigual, con las tensiones que le son inherentes. Esta es también la condición definitiva de la estigmatización de un grupo marginal por parte de otro establecido. Un grupo puede estigmatizar a otro efectivamente solo mientras esté bien establecido en posiciones de poder de las cuales el grupo estigmatizado se encuentra excluido[10]. Así los "locos" son relegados al ostracismo, sin posibilidad de representación del poder

[9] OBIOLS, J, BASAGLIA, F. Psiquiatría y antipsiquiatría. Barcelona: Salvat Editores. 1973., p. 92
[10] ELIAS, Norbert. Ensayo teorico sobre las relaciones entre establecidos y marginados. En: La civilización de los padres y otros ensayos. Bogota: Universidad Nacional de Colombia, 1993., p. 115.

político, sin discursos, solo gritos y una representatividad social sesgada por el diagnóstico.

La distinción entre establecidos y marginados se puede ilustrar cuando se hace referencia a las migraciones campo-ciudad desde 1948, por la Violencia política, como un problema demográfico y urbano. Las anteriores discusiones entre historiografía y teoría que me llevaron a la decisión temática de la tesis condujeron hacia el problema de las fuentes a disposición, las preguntas para abordar el archivo y la contrastación con otras fuentes de información.

En el caso de la presente investigación el archivo de las correspondencias enviadas y recibidas del Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC) es el principal insumo. En contraste con gran parte de la historiografía, la correspondencia precisamente establece una relación entre lo que sucede intramuros y extra muros. El archivo de correspondencia del HPSC es inédito en la sección escogida para la investigación (1967-1993).

Las condiciones mismas del archivo del Hospital Psiquiátrico San Camilo, sin duda no eran ni son las mejores, la organización archivística de los fondos documentales es un proceso remanente, pausado por los cambios en la administración de la institución. Esas dificultades no son exclusivas del HPSC, sino que se replican en gran parte de las instituciones públicas del país y en los archivos regionalizados, fuente fundamental para la historia nacional. Sin embargo, las políticas de archivística llegaron tarde y no se cumplen a cabalidad ni de forma homogénea. Por otra parte, son medulares las entrevistas a los profesionales involucrados en ese proceso en el marco temporal de la investigación, además de sus publicaciones científicas e historiográficas en la revista de la División de Salud de la UIS (*Medicas UIS*), sus archivos personales y algunas columnas en la prensa regional.

En síntesis, es inevitable una historia institucional del HPSC, claro está, haciendo una crítica a las prácticas psiquiátricas y a la reclusión en base a paradigmas científicos, que también son históricos y por lo tanto culturales. Pensando en la

utilidad de la historia de una institución para la comunidad académica y la sociedad, se pretendió contextualizar la investigación con la ciudad, sacando el problema de sus muros para construir un precedente en medio de una memoria urbana fragmentada, como es el caso de Bucaramanga.

Dentro de la institución quedan aún sin explorar la documentación sobre historias clínicas, que es un insumo para analizar el rol del enfermo dentro del hospital, sus testimonios para el diagnóstico, sus patologías antes, durante y después del internamiento e incluso su estética al ingresar y ser dado de alta; pero lamentablemente las condiciones propias del archivo, la falta de criterios archivísticos de organización, el volumen documental y las limitaciones de publicar información personal custodiada por una institución del Estado, hacen del archivo de historias clínicas del HPSC, un fondo documental insalvable en una cruzada individual.

Con estas limitantes y posibilidades se desarrolló un relato histórico de la profesionalización de la psiquiatría en el nororiente colombiano, teniendo como hito inicial no la creación del HPSC sino la fundación de la División de Ciencias de la Salud de la UIS, por la incidencia que tendría en adelante para la formación de médicos en Santander y culminó con lo que se conoce en la historiografía colombiana como la “privatización de la salud” con la ley 100 de 1993. Se eligió partir del segundo momento del HPSC ya que la fundación de esta institución ya ha sido abordada en otros trabajos de pregrado como los son los de Judith Sarmiento y Diana Paola Cepeda.

La presente investigación no pretende poner en duda la realidad misma de la enfermedad mental o del sufrimiento que produce en el enfermo y su círculo de sociabilidades más cercano; sin embargo, se enfoca en las tecnologías psiquiátricas heredadas, modificadas o creadas por la psiquiatría médica. La labor de los médicos psiquiatras, por ética, es velar por el bienestar de los pacientes, por eso es recurrente a lo largo del texto, nociones como precariedad, el mínimo capital

humano especializado (tema del tercer capítulo) y la privatización (en el cuarto capítulo); todos estos son procesos que exceden al médico y deterioran las condiciones de la atención a los internos.

Asimismo, se aborda el problema de la enfermedad como “caballo de Troya” para comprender como las tecnologías psiquiátricas se vuelven más refinadas y precisas; naturalmente en su etapa manicomial la nosología del Hospital psiquiátrico estaba cargada de superstición, enraizada en el sentido cristiano del castigo, etc. la profesionalización significa un avance en el diagnóstico de las enfermedades y en la forma de tratarlas dentro del marco de la ética humanística moderna.

La monografía está dividida en cuatro capítulos. El primero es una presentación sucinta de la historia de la psiquiatría a nivel latinoamericano, nacional y regional; con el fin de familiarizar al lector con los conceptos y el proceso de legitimación de las ciencias médicas en distintos contextos mundiales. Esa primera exploración introduce el problema del hospital psiquiátrico como un constructo histórico y cambiante. Asimismo, los conceptos desarrollados son herramientas para leer críticamente la relación del hospital psiquiátrico con la sociedad en la que se incrusta.

El segundo capítulo se centra en el HPSC, en su *modus operandi,* intentado responder porqué funciona como un centro especializado para la locura y no como un calabozo del delirio. El contenido del capítulo se divide en dos partes. Extra muros para exponer unos breves antecedentes del HPSC y la División de Ciencias de la Salud de la UIS; e intramuros, para presentar una radiografía de “puertas para adentro”, resaltando la división entre internos que se podían recuperar (agudos) y los recluidos indefinidamente sin posibilidad de recuperación (crónicos); esa lógica binaria es un reflejo de problemas que le fueron transversales al HPSC.

En este punto, es importante hacer énfasis en que la documentación de correspondencia del HPSC para los años ochenta y noventa se encontraba mucho más dispersa que en los años y décadas anteriores, por lo que la monografía torna

la investigación hacia un dialogo teórico e historiográfico, más que el archivo del HPSC como principal insumo.

El tercer capítulo es una historia institucional que retoma los primeros años de la División de Salud de la UIS desde su fundación, así como una síntesis histórica sobre la profesionalización de la *psiquiatría*, en un marco más amplio de migraciones, planes de desarrollo norteamericanos y la revolución cultural de la década de los sesenta, que movilizó a un nuevo sujeto social: la mujer profesional.

En este punto es importante aclarar que la modernización de la medicina en Santander, así como de la psiquiatría, se ha sostenido en el tiempo pero mediada por un fenómeno nacional: el de la concesión del sector de la salud a intermediarios privados. En ese orden de ideas, el ánimo de lucro superó la vocación de cuidado y la ética de la medicina que abocaba por el bienestar del paciente. Lo anterior sucedió en un marco más amplio, que parece ajeno a la psiquiatría, pero que transformó totalmente las prácticas médicas al reducir los tiempos de consulta y al desterritorializar progresivamente la terapia, del hospital psiquiátrico a la farmacología.

El cuarto capítulo versa sobre la psiquiatra forense, una disciplina que sitúa al psiquiatra como perito en los casos perpetrados por toxicómanos o enajenados mentales. La criminalidad se esboza como función de una clase marginal en la década de los ochenta. Finalmente, en la década de los noventa se redujo el número de camas en los centros hospitalarios a nivel nacional, como solución al problema presupuestal que siempre acompañó y acompaña a las instituciones de salud y educativas a nivel nacional.

1. INSTRUMENTALIZAR LAS MENTES BALDÍAS: ¿APUNTES PARA UNA HISTORIA SOCIAL DE LA CIENCIA PSIQUIÁTRICA LOCAL?

Anormal, adj. Que no responde a la norma. En cuestiones de pensamiento y conducta ser independiente es ser anormal y ser anormal es ser detestado. En consecuencia, el autor aconseja parecerse más al Hombre Medio que a uno mismo. Quien lo consiga obtendrá la paz, la perspectiva de la muerte y la esperanza del Infierno.
El diccionario del diablo

En Europa había un arsenal de leyes contra los vagabundos y ladrones de caminos que se aproximaban a las ciudades porque "las ovejas se comían a los hombres"[11]. En las zonas rurales de Inglaterra y gran parte de la Europa occidental en transición hacia el capitalismo urbano en el siglo XVI, el *burgo* o la ciudad, tenía el aire de la libertad para una población flotante que todavía no se identificaba con la disciplina fabril, la velocidad mecánica y las jornadas fijas remuneradas. Ahora en la ciudad eran libres pero enajenados[12]. Rápidamente se arrojaron a los caminos, en una suerte de ludismo incipiente contra el patrón y el capitalismo. En Alemania y Europa occidental se constituyeron una serie de leyes y sistemas para perseguir a los vagos y a los ladrones de leña[13]. Karl Marx, en su obra titulada *En defensa de la libertad, artículos de la gaceta renana 1842-1843*, hablaba en los siguientes términos de la rigidez social y la intransigencia del antiguo régimen europeo: "[…] En lugar del arbitrio contingente de los privilegiados (la clase subalterna) se encuentra la contingencia de los elementos, que arrancan a la propiedad privada lo que ella no cede por sí misma".[14]

Las transiciones continentales hacia la modernidad no son en ningún sentido procesos pacíficos, iluminados por el avance tecnológico y la razón únicamente. La

[11]MORO, Tomás. Utopía. Madrid: Círculo de Bellas Artes, 2011., p. 208.
[12] MAYER, J. Arno. La persistencia del antiguo régimen. España: Alianza Editorial. 1994., p.
[13] Para profundizar sobre el tema, se recomienda leer el libro *capitalismo canalla*, de Cesar Rendueles.
[14] MARX, Karl. En defensa de la libertad: artículos de la Gaceta Renana 1842-1843. Madrid: Universidad Complutense, 1983., p. 215

historiografía universal ha puesto el acento en un relato edulcorado de una transformación telúrica. Por el contrario, hay un contenido de violencia institucionalizado que contiene y disciplina a los cuerpos para el trabajo dentro de un circuito y una economía del poder.

Una vez superado esta primera escalada de violencia estructurante en transición, los campesinos que antes trabajaban por temporadas de cosecha, plantación y riego; ahora tienen una jornada diaria optimizada para producirlas en el menor tiempo posible. Esa instrumentalización de los sectores subalternos, en cierta medida por la desarticulación del "antiguo régimen" agrario, preindustrial y premoderno con respecto a la ciudad[15], cambió totalmente la velocidad social. Los hombres y mujeres, rezagados por la arrolladora transición, eran etiquetados como inadaptados y excluidos como distintos de lo normal o anormales.

Guardando las proporciones, en Colombia, la violencia política que se extendió en 1948 y la latencia de la guerra civil desde el siglo XIX es un proceso análogo, un acelerador de la migración campo-ciudad. Con la muerte de Jorge Eliecer Gaitán (1948) y el "Bogotazo", quedó sentada la intransigencia de la oligarquía tradicional contra cualquier tipo de representatividad de los sectores subalternos en la ciudad, al igual que los ataques contra las asociaciones civiles populares, polarizaron el panorama político, en nombre de la hegemonía de la gobernabilidad por parte de los partidos tradicionales (liberal y conservador).

Si bien el desplazamiento forzado del campo a la ciudad fue masivo, también un sector importante de la población rural, familiarizado con la guerra, formaron milicias coyunturales, reactivas a la violencia, aunque la violencia nunca cesó. Ese estado de guerra permanente se alimentaba de la ausencia del Estado y de sus instituciones, asimismo la propaganda a una política del terror, auspiciada por la radio y por líderes políticos incendiarios que invocaban la violencia como último reducto para resignificar al "otro" contra su voluntad. El "otro" reducido a un cuerpo

[15]MAYER, J. Arno. Óp. Cit., p. 53.

signado por las marcas de mutilaciones, torturas y vejaciones es retratado en las fotografías documentales de la época y en el libro *Matar, Rematar y Contramatar* de la Historiadora María Victoria Uribe.

No es casual que en la década de los cincuenta las ciudades colombianas se modernizaran con vías de transporte, ampliación de la retícula urbana (de forma irregular o planificada), y en el caso específico de Bucaramanga, con instituciones de reclusión como la cárcel Modelo y el HPSC; aunque después de algunos años se vieran rebosados y se des-territorializara el crimen y la locura. En síntesis, es importante problematizar la ciudad, las migraciones desde el campo y las instituciones que nacen para regularizar esa transición.

El presente capítulo de forma inductiva plantea algunos conceptos como herramientas para un lector poco familiarizado con la teoría sobre el quehacer psiquiátrico[16], y, posteriormente, da paso a un análisis historiográfico de la historia social de la ciencia psiquiátrica[17], para comprender los discursos de salud pública en Occidente, Latinoamérica y finalmente en la ciudad de Bucaramanga, Colombia;

[16] "El estudio de la historia de la medicina como practica social y como profesión se configura necesariamente como doble trabajo de investigación: por una parte, pesquisa sobre el proceso de producción de conceptos en los cuales la medicina se fundamenta para ejercer una determinada forma de actividad profesional (historia de las ciencias y del saber medico); por otra parte y simultáneamente, reconstrucción del proceso por el cual dichos conceptos se materializan en técnicas, instrumentos y acciones que posibilitan al médico al enfrentamiento a la enfermedad (historia de las técnicas y de las profesiones), enmarcándolos en el proceso histórico general de la producción y de las relaciones sociales, pues la medicina misma es una forma de trabajo humano y, como todas las formas de trabajo, un mecanismo de solución de las necesidades sociales e individuales del hombre. "Tomado de: QUEVEDO, Emilio. Historia social de la ciencia en Colombia, institucionalización de la medicina en Colombia 1492-1860: antecedentes de un proceso. Bogotá: tercer Mundo, 1993, Tomo VII. p. 13.

[17] […] Los grupos religiosos o intelectuales, en tanto separan la producción intelectual de la estructura del parentesco, indican la elevación del hombre sobre la naturaleza, dando lugar a lo que desde Platón podemos denominar como genealogía moral e intelectual, concepto que podría ser fructífero en la descripción del curso de las ciencias; las comunidades intelectuales establecen vínculos transgeneracionales sobre bases distintas a relaciones de sangre, raza o territorio: característico de las comunidades culturales ha sido el establecimiento de "colegios invisibles", de relaciones intelectuales mantenidas por correspondencia que traspasan fronteras geográficas y políticas […] La cultura da forma al rumbo de la sociedad en termino de utopías, de ideologías, de religiones o de saber practico o científico, Tomado de: RESTREPO, Gabriel et. al. Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo I, fundamentos teorico-metodologicos. Colciencias, 1993, Colombia., p

es por eso que tiene como insumos, principalmente la correspondencia enviada y recibida del HPSC.

1.1. GENEALOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

En las siguientes líneas, desde una síntesis histórica que va de lo general a lo particular se esboza el papel social de la psiquiatría, resaltando el carácter provisional, contingente y por tanto histórico de los discursos de verdad en la ciencia. Aquí, más que responder a la pregunta sobre la objetividad de la ciencia, se pretende abordar hermenéuticamente los discursos de la ciencia psiquiátrica local. La relación entre las modalidades del saber psiquiátrico con su objeto de estudio: la enfermedad mental[18], y su dinámica de oposición, dominación, colonización progresiva y asimétrica desde el Renacimiento[19].

Michael Foucault, en su texto sobre *Jeremy Bentham y el ojo del poder* ejemplifica en la justicia del sistema monárquico, la economía del poder disciplinario: que detiene una proporción irrisoria de criminales. La violencia del castigo medieval correspondía a una economía del poder, era espectacular y pública para generar un miedo que disuadiera a los espectadores de asegurar la continuidad de lo establecido"[20].

> A partir de entonces, el control social se dirimirá a través de medidas mucho más amplias y ambiciosas: urbanísticas, médicas, religiosas y sobre todo, pedagógicas. A lo largo de todo el siglo XIX las elites irán complementando las medidas punitivas contra el proletariado con

[18] En las siguientes líneas se abordará únicamente la faceta sociológica de la enfermedad mental, teniendo como referente directo la teoría sobre el control biopolítico (Foucault, Goffman, Bauman, Byung Chul Han, entre otros), del que son sujetos los inadaptados cuando se les retiene en el Hospital Psiquiátrico; en otras palabras, el interés de la investigación es explicar al HPSC como receptor universal de una porción de la población que migra a la ciudad de Bucaramanga y de los inadaptados de la ciudad, deben ser re inducidos en el sistema social, con pedagogías de instrumentalización y tecnologías disciplinarias; por otra parte, la dimensión biológica de la enfermedad mental es un tema que excede a la investigación y por ese motivo se obviaran las discusiones anti-psiquiátricas sobre la enfermedad mental.

[19] FOUCAULT, Michel. El poder psiquiátrico, curso en el Collège de France (1973.1974). Argentina:2005, p. 275.

[20] FOUCAULT, Michel. El ojo del poder. Madrid: La Piqueta, 1989, p.16.

> proyectos filantrópicos de largo alcance que aspiran a educar a las clases populares para hacerlas diligentes y sumisas.[21]

Si bien, el poder estatal en el siglo XIX aseguraba su continuidad ejerciendo su labor pedagógica en los sectores subalternos, con el fin de instruirlos en las labores de la industria y la modernidad; en el siglo XX el concepto de Zygmunt Bauman de "clase marginal" no sugiere una función a desempeñar (como en el caso de la clase "trabajadora" o la clase "profesional"), ni una posición en el todo social (como en el caso de las clases "alta", "media" o "baja"); el único significado que acarrea el término "clase marginal" es el de *quedar fuera de* cualquier clasificación orientada por la función y la posición[22].

Figura 1. La Romería de San Isidro .Fuente: Francisco de Goya, serie de pinturas negras.

Las políticas eugenésicas, tan populares en la primera mitad del siglo, describía de la siguiente manera a los extranjeros aptos y no aptos para cruzar la barrera inmunológica de las fronteras nacionales:

> Luego de la guerra de los Mil días, se intentó ajustar algunos detalles que no se habían contemplado, por lo que, en 1909, el ministro de obras públicas, erige el decreto 496 para este fin. Se define al inmigrante como aquel "extranjero, jornalero, artesano, industrial, agricultor o profesor, que siendo menor de sesenta años y mayor de veintiún acredite su moralidad y su aptitud apenas llegue a la República para establecerse en ella". Dentro de esta definición también se hace una distinción más amplia de los inmigrantes: a) sin contratos, b) contratados

[21] RENDUELES, César. Capitalismo canalla, una historia personal del capitalismo a través de la literatura. Barcelona: Planeta, 2015, p. 69.
[22] BAUMAN, Zygmunt. Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona: 2000, p. 45...

> por el gobierno, c) contratados por empresas privadas. Todas sus acciones eran reguladas por el departamento general de inmigración. Acá también se especifican las personas que no serían admitidas en el país: los locos, idiotas, imbéciles, ciegos o sordomudos, vagabundos, imposibilitados para el trabajo por enfermedad o mala condición física o que tengan más de sesenta años. Tampoco los prófugos de delitos comunes, anarquistas o atacados por enfermedades contagiosas. En 1920, se moderniza nuevamente la ley, creando el concepto de pasaporte que hoy en día se conoce. Pidiendo información más detallada de los recién llegados: sexo, edad, nombres completos, países de origen, etc.[1]

Más que por casualidad, el concepto de "clase marginal" de Bauman hace sinergia con el de inimputable[23] (condicionamiento jurídico de los enajenados mentales), en que "[…] está por debajo de las clases […] sin oportunidad, ni siquiera necesidad de ser readmitida en la sociedad organizada. Es gente sin función […], no tiene esperanzas de redención"[24]. Para ellos, se construye todo un andamiaje que está hecho a la medida de su rebeldía: camisas de fuerza, vigilancia, murallas altas, atalayas, rutinas, medicación y electrochoques en una prisión para la locura, que llega para reemplazar la beneficencia[25].

La dicotomía entre hospital psiquiátrico y las instituciones de beneficencia radica en que el hospital administra los cuerpos, realiza una economía de la libido y encausa al interno con una terapéutica desde un diagnóstico individualizado; mientras la beneficencia es asistencialismo desbordado, sin una función social que sobrepase el discurso cristiano de caridad.

Si la mitología de la beneficencia culmina en el cielo del sacrificio físico y espiritual, la fantasía moderna de orden trae el cielo de lo igual a la tierra. Esa realización moderna es un deseo de transformar el mundo de lo humano en un todo orgánico,

---

[23] El concepto jurídico de inimputabilidad está ampliamente comentado en el cuarto capítulo, principalmente en el subcapítulo que versa sobre la psiquiatría forense.

[24] BAUMAN. Óp. cit., p. 103.

[25] En este punto se hace referencia a la orden religiosa de las hermanas del sagrado corazón de Jesús, que, a pesar de contener a los enfermos, tenían una misión benefactora constituida por el discurso cristiano hacia los pobres, inadaptados e inválidos. Desde 1967, hay una transición hacia el ejercicio psiquiátrico como control biopolítico especializado, con dispositivos más eficaces de sumisión funcional e institucionalización.

un deseo que tiene como punta de lanza el fin de la divergencia, de la desviación y los comportamientos heterodoxos.

> […] donde todo funcione perfectamente de acuerdo con lo previsto, subordinado a un sistema suprapersonal. La apetencia de orden es, al mismo tiempo, una apetencia de muerte, porque la vida es una constante interrupción del orden. Dicho al revés: la apetencia de orden es un pretexto virtuoso, una excusa para la violenta misantropía.[26]

Las instituciones modernas totales[27] crean dispositivos tecnológicos como sucedáneos de la violencia física. La fortaleza psiquiátrica esta acondicionada para mirar entre transparencias y prescindir de "[…] armas, de violencias físicas, de coacciones materiales. Basta una mirada. Una mirada que vigile, y que cada uno, sintiéndola pesar sobre sí, termine por interiorizarla, hasta el punto de vigilarse a sí mismo"[28]. Sin embargo, la vigilancia es el instrumento más rudimentario del abanico de tecnologías psiquiátricas; de hecho, es un método compartido con la penitenciaría; de ahí que sea menos especializada, menos aguda.

1.2. LA CIUDAD DE BENTHAM

La medicina como discurso de verdad territorializa y clasifica su objeto de investigación. Los conceptos de inutilidad y peligrosidad son las banderas que separan a los enajenados mentales, inimputables, oligofrénicos y/o locos, de lo normalizado. La administración política de los cuerpos es un sistema supra personal, que hace parte de la modalidad de control más refinada del capitalismo tardío, como lo explica Foucault, al hablar de la lógica que engloba el control disciplinario.

---

[26] BAUMAN. Óp. cit., p. 59.

[27] Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y 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. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley. Tomado de: GOFFMAN, Erving. Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrotu, 2001. p. 12.

[28] FOUCAULT. 1989 Óp. cit., p. 18.

> […] vincula expresamente la biopolítica con la forma disciplinaria del capitalismo, que en su forma de producción socializa al cuerpo: <<Para la sociedad capitalista, la biopolítica es lo que realmente cuenta, lo biológico, lo somático, lo corporal>>. Así, la biopolítica se asocia fundamentalmente a lo biológico y a lo corporal. Se trata, en última instancia, de una política corporal en sentido amplio[29]

Michel Foucault[30], relaciona el saber psiquiátrico, con la posibilidad de dominación de las instituciones modernas. En ese orden de ideas, las instituciones hospitalarias especializadas en la terapéutica psiquiátrica: los manicomios, frenocomios y asilos, se integran a un marco más amplio de control social desigual.

El poder psiquiátrico se encuentra articulado a una estructura que recurre a la profilaxis social en la fábrica, la escuela, la milicia, y la cárcel, como espacios de reclusión funcional. El sujeto disciplinario cambia de un entorno de reclusión a otro. Así, se mueve en un sistema cerrado "[…] distribuidos en el espacio y ordenados en el tiempo"[31], conservando la instrumentalidad del rol subalterno.

Las teorías aquí referenciadas sobre el control corporal de los individuos, nacen de una crítica sociológica a las instituciones totales situadas históricamente en medio de lo que Byung-Chul conceptualiza como "sociedades inmunológicas":

> El siglo pasado era una época inmunológica, mediada por una clara división entre el adentro y el afuera, el amigo y el enemigo o entre lo propio y lo extraño. También la guerra fría obedecía a este esquema inmunológico […] Este dispositivo que se extendía más allá de lo biológico hasta el campo de lo social, o sea, a la sociedad en su conjunto, encierra una ceguera: se repele todo lo que es extraño. El objeto de la resistencia inmunológica es la extrañeza como tal.[32]

En principio, el hospital psiquiátrico es una institución inmunológica, donde el internamiento hace parte de una línea de producción, replica la división del trabajo y las estaciones de ensamblaje en una línea industrial; en la inducción del nuevo producto díscolo, la observación juega un papel fundamental para el diagnóstico; posteriormente llega la catalogación del estado mental del nuevo interno: agudo (custodia transitoria, incluso ambulatoria) o crónico (custodia asilar permanente),

[29] CHUL HAN, Byung. Psicopolítica. Barcelona: Herder, 2014. p.42.
[30] FOUCAULT. 2008. Óp. Cit., p. 384.
[31] CHUL HAN. Óp. Cit., p. 31.
[32] CHUL HAN, Byung. *La sociedad del cansancio.* Barcelona, editorial Herder, 2012. p. 45..

que es el rótulo universal de su destino intramuros. En este punto, vale la pena preguntarse si el anterior marco interpretativo de la locura permite reflexionar sobre la psiquiatría latinoamericana, nacional y finalmente en el HPSC o si es imposible dialogar con otras latitudes, épocas y disciplinas humanísticas.

Con la muerte del proyecto de internacionalización del comunismo, simbolizado en la caída del muro de Berlín, es como se ha querido dar fecha al surgimiento de la clase marginal: ante el agotamiento de la narrativa entre-guerras mundiales[33], se construye el enemigo interno, local, más inmediato que la amenaza política de la bomba atómica y la tercera guerra mundial: los inútiles y peligrosos.

1.3. LA INVENCIÓN DEL DÍSCOLO: APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Ya en el siglo XX, puntualmente a partir de 1917, la influencia de Kraepelin se hizo sentir en la psiquiatría colombiana. Como lo señala López de Mesa, esta influencia vino probablemente a través de los Estados Unidos. Kraepelin (1856-1929), considerado padre de la psiquiatría moderna, estudio con Wundt en Leipzig y defendió una tendencia organicista de la enfermedad mental[34], acorde con la psicología fisiológica; en donde el electrochoque, los neurolépticos, la lobotomía y los procedimientos como los abscesos de fijación quedan en desuso por su baja efectividad.

En 1936, la psicocirugía iniciada por Egas Moniz le "valió un Premio Nobel de Medicina. Esta, fue introducida en Bogotá por Mario Camacho Pinto y Luis Jaime Sánchez"[35]; quienes para 1953 tenían a su cargo 57 operados con lobotomía prefrontal bilateral, entre ellos, enfermos crónicos y rebeldes a los tratamientos

[33] En este punto se hace referencia a la primera y segunda guerra mundial, además de la guerra fría que polarizo el conflicto planetario, al menos hasta 1989.
[34] ROSSELLI, Humberto. In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. En: SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA. (5: 19-21 marzo 1993, Bogotá) Memorias. Bogotá: Psimonart, 2009., p. 115.
[35] Ibid., p. 115.

usuales, es decir, sujetos que eventualmente podían superar los dispositivos de control más convencionales de la época. Como resultado del procedimiento, los médicos señalan 13 resultados óptimos, 14 mejorías, 16 fracasos y 2 muertes operatorias.

Los “fracasos” eran un lugar común en la terapéutica psiquiátrica cuando se trataba de métodos invasivos y ortopédicos. Dichos métodos de la terapéutica psiquiátrica no podían acceder a la psicopatología de forma directa, sin embargo, atacaban la química cerebral y el cuerpo del paciente, esperando en adelante docilidad y disciplina funcional.

> Cuando se recuerda hoy la era de los tratamientos biológicos en psiquiatría de la primera mitad del siglo XX, antes de los psicofármacos y de la psicoterapia, aquello parece tan extraño como un cuento prehistórico y las nuevas generaciones de psiquiatras se ríen o se escandalizan de tales "hazañas". Sin embargo, para quienes alcanzamos a formarnos bajo el entusiasmo de las terapias de choque estos recuerdos nos retrotraen a una época plena de idealismo y de romanticismo en que en verdad aquellos heroicos tratamientos, no tan crueles ni tan bárbaros como se suele suponer, sí obtenían múltiples recuperaciones de los casos psicóticos, no se sabe si por los cambios neuroquímicos o neurofisiológicos que se les atribuían o por la mística contagiosa de quienes los aplicaban.[36]

Cuando se indaga la genealogía del saber psiquiátrico, se pueden rastrear prácticas tardías expresadas en los rudimentarios métodos y las aparatosas tecnologías psiquiátricas de principios del siglo XX a nivel mundial. Las nociones proto-científicas[37] son una realidad sublimada en la historia de las ciencias, sobre todo cuando está en juego la integridad humana, incluso de individuos con una dudosa ciudadanía, entre ellos los locos peligrosos, las prostitutas y los indigentes[38].

---

[36] Ibid. p. 115.

[37] Un ejemplo del ejercicio proto científico en la farmacología del H.P.S.C., es el uso de sustancias con contraindicaciones marcadas y de las que hoy por hoy, se prohíbe su consumo: “ESTUPEFACIENTES Y ANALGESICOS ESPECIALES” como “Barbitúricos o Medicamentos que los tienen […] Anfetaminas, Opiáceos, Anorexiantes y similares[..]”, Tomado de la correspondencia enviada y recibida del H.P.S.C. e14 de noviembre de 1982; así, las nociones proto científicas tienen una continuidad en el ejercicio psiquiátrico, aunque se halla menguado el ejercicio de algunas nociones primarias, mientras que la pseudociencias es el bucle del que aparentemente se separa la ciencia.

[38] “Una sociedad puede codificar la pobreza, la penuria, el hambre. Lo que no puede codificar es aquella cosa de la cual se pregunta al momento en que aparece: ¿Qué son esos tipos de ahí? En

1.4. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA CRIOLLA

La psiquiatría concentra un poder político sobre un grupo social especializado, en este caso, el de los psiquiatras. El doctor Humberto Rosselli ubica históricamente la filogénesis del saber psiquiátrico nacional en el padre de la medicina colombiana, José Celestino Mutis (1732-1808); quien en su investigación sobre los hipocondriacos[39], desalienta el uso de remedios mágicos y de acudir a curanderos o hechiceras; por otra parte, recomienda "[…] el uso dilatadísimo de los baños de agua fría, el alimento blando y humectante […] la sujeción de las pasiones, la heroica resignación cristiana[…], la lectura de libros como el Quijote […]"[40].

Roselli[41] también expone que, en el siglo XVII, la primera noticia de tratamiento a un enfermo mental fue realizada al notable gobernador de Antioquia, afectado por una psicosis y que fue atendido *empíricamente* por José Rendón:

> […] no habiendo en la antigua ciudad de Robledo (Santafé de Antioquia) médico titulado, llamaron para atenderlo al curandero José Rendón […] (que) especifica cual había sido el tratamiento: la primera y principal (medicina) fue el agua de azahar con la piedra bezoar, nueve días a tarde y a mañana baños de leche, y otros nueve baños de vino con romero y más el romero puesto entre dos paños en la cabeza, y otros nueve días la altamisa a tarde y a mañana; y cinco gallinazos, los tres sacados con alquitara y los dos cocidos con plumas y todo […].[42]

La síntesis histórica de Roselli es una guía fundamental para entender las contingencias del saber psiquiátrico como una modalidad de la verdad histórica que el *establishment* y la Iglesia han legitimado públicamente, haciendo gala de su rol

---

un primer momento se agita entonces el aparato represivo, se intenta aniquilarlos. En un segundo momento, se intenta encontrar nuevos axiomas que permitan, bien o mal, recodificarlos". Tomado de: DELEUZE, Gilles. Derrames: entre el capitalismo y la esquizofrenia. Buenos Aires: Cactus, 2010., p. 380.

[39] Hoy son catalogados como depresivos.

[40] ROSSELLI. Óp. cit. p. 120.

[41] Un referente importante de la psiquiatría local y nacional es Humberto Roselli, quien además de su trabajo científico, también tenía en su haber producción historiográfica sobre la psiquiatría en Colombia y Latinoamérica. En el XVI congreso nacional de psiquiatría a desarrollarse en Pasto en septiembre de 1976, Humberto Roselli fue gestor y organizador.

[42] ROSSELLI. Óp. cit. p. 116.

de administrar los cuerpos sanos, vigilar la enfermedad social y aislarla políticamente en los manicomios de antaño.

El peligro de alienación mental es una amenaza latente del orden social, en la medida en que se proyecta sobre la sociedad, sus bienes y su prole[43], "[…] porque el cerebro es el dinamo, el núcleo central para que los demás órganos funcionen [...]"[44]. Sin embargo, la locura puede convivir y hasta arraigarse en las sociabilidades, si es un vehículo para expresar los deseos populares, ocultos en una suerte de inconsciente colectivo; un ejemplo es esbozado por Diana Rodríguez Ledesma, en su tesis *Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1859-1930*:

> […] su locura operó como una suerte de "salvoconducto" para expresar sin resquemor, muchas opiniones que ningún ciudadano racional hubiese osado en pronunciar (pensando en) la cárcel e incluso la muerte.[45]

Los "locos" en los parques y las zonas públicas de Bogotá cristalizan, en gritos al aire, las pulsiones y opiniones políticas más arraigadas en el imaginario colectivo de la época; consignas para performances recitadas religiosamente dentro de un ritual que escapa a la censura de la cotidianidad.

> […] aunque las acciones de estos individuos son a los ojos de los ciudadanos, desproporcionadas, extravagantes y vulgares, son aceptados socialmente porque según se indica, ellos representan la materialización de los deseos más íntimos y de las perversiones más arraigadas de los "jarochos".[46]

---

[43] En la correspondencia enviada y recibida del H.P.S.C. el 7 de Julio de 1975; aparece la siguiente carta, que los vecinos de Bucaramanga envían al HPSC, para recluir a un elemento peligroso en su comunidad: "Nosotros los Vecinos del Barrio (el reposo), Residenciados en la Carrera 16 pedimos o exigimos a la autoridad auxilio en nuestras vidas, y la de nuestros hijos; como también protección para nuestros bienes. Es el caso señor Inspector, que tenemos de vecina una desviada mental, que pone en peligro nuestras vidas y nuestros bienes, porque día y noche ataca a piedra nuestros niños y nuestras casas y de noche siembra la intranquilidad en el sector, rompiendo los vidrios de los vehículos que transitan el sector"

[44] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., el 11 de abril de 1983.

[45] RODRÌGUEZ LEDESMA, Diana Lorena. Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1859-1930 (trabajo de grado). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2013. p. 73.

[46] Ibid., p. 72.

Sin embargo, no todas las locuras dejan de ser anónimas, ni salen del encierro o abandonan el mar de la enajenación; muchas menos son escuchadas o se publicitan en la prensa sensacionalista. La locura peligrosa que es retratada en la literatura de divulgación es esquizofrénica y masculina, es una amenaza porque lleva a los hombres jóvenes a un deterioro de la personalidad especialmente en el aspecto afectivo que los aísla del mundo exterior y de la productividad en el trabajo.

En la tesis de Mariana Ospina Martínez: *Con notable daño del buen servicio: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá*; la autora encuentra la locura femenina confinada en el espacio doméstico; en una suerte de estado de arte, señala que la historiografía colombiana insiste en presentar en un rol espectacular, público y hasta heroico a la locura masculina:

> El silenciamiento de la palabra del loco, tal como lo concibe Foucault, parece haberse incrementado en el caso de las mujeres enfermas mentales […] Los casos psiquiátricos de mayor predilección tanto para la prensa como para los estudios sobre la locura en Colombia aluden no solamente a celebres personajes […] sino que además hacen evidente que todos ellos fueron hombres procesados jurídicamente […] una invisibilización de los casos femeninos alude precisamente a lo contrario: a una idea de "no-amenaza política o social" de las mujeres, reemplazada en cambio por una idea de "inutilidad" o "daño del buen servicio.[47]

El perfil de la locura masculina deja a la luz a personajes como el Conde de Cuchicute, con un historial de actos excéntricos y sin censura, que le valieron su título nobiliario[48], el conde representa el arquetipo heroico en un relato quijotesco, que retrata el ocaso de una casta social decadente: los hacendados del pueblo de Socorro en Santander, con un capital político en crisis[49].

> Personaje estrambótico o solemne, a veces genial, otras loco y homicida; escritor ilustrado, panfletista y poeta; hábil negociante y terrateniente; políglota y viajero, dejó recuerdos y

[47] OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica. Con notable daño del buen servicio: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en: Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología. Bogotá, 2006, nro. 2., p. 307.

[48] Cuchicute era el nombre de una hacienda perteneciente a su familia en la ciudad de Socorro, Santander. Siempre afirmó haber recibido el título nobiliario del rey de España, por su papel distinguido en la guerra.

[49] Las gestas de los comuneros y su rol en la economía nacional, la convirtieron en capital de Colombia en el siglo XIX; los oficios artesanales y la producción agrícola pronto fueron reemplazados por dispositivos políticos modernos, que la sacaron del mapa político más significativo.

> generó consejas por todos los pueblos de Santander, y también en Boston, Nueva York, Paris, Madrid, Barcelona, Brúcelas y Bogotá. Participo del bando liberal en la Guerra de los Mil Días, en la sangrienta toma de Bucaramanga, e intentó suicidarse en más de una ocasión.[50]

Sin embargo, la locura del Conde de Cuchicute dista de la locura intramuros en el HPSC. El Conde era un ciudadano visible, que logró cierta simpatía estética en su época y pertenecía a una familia socorrana con un capital cultural y económico importante. El Conde no encaja con el perfil de beneficencia, predominante en las instituciones asilares de la primera mitad del siglo XX, como el manicomio de Sibaté, el Asilo transitorio de dementes de Bucaramanga o el HPSC. En una institución pública, la locura del Conde de Cuchicute hubiese quedado opacada al separarse de la opinión pública y la literatura, sería invisible detrás de la etiqueta de crónico o agudo.

1.5. EL LEVIATÁN DEL PRESIDIO: LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

El Leviatán, en el sentido clásico de la filosofía política, es una gran entidad que encierra dentro de sí a todos los estamentos de la sociedad de forma orgánica. El Leviatán es soberano porque está investido de cuerpos subalternos y anónimos, de ellos obtiene la espada de la violencia legítima y el bastón de la soberanía. Guardadas las proporciones, algo semejante sucede en el Hospital Psiquiátrico genérico; la institución es camisa de fuerza para una desbandada de internos, que no caminan en la misma dirección y ocasionalmente escapan al control, pero que se integran bajo coerción al entramado intramuros.

[50] SILVA, Juan Manuel. El Conde de Cuchicute. Bogotá: Altamir, 1991., p.1.

Figura 2. El Leviatán

Fuente: Portada inicial del libro leviatán de Thomas Hobbes, en el interior de la representación del Leviatán se pueden observar personas de espaldas dispuestas uniformemente hacia el soberano.

Sin embargo, el leviatán del HPSC no tiene una cara definida, no hay un soberano que centralice el poder; por el contrario, son varias las distancias de vigilancia, denuncia, veeduría y control médico. Inclusive el director del hospital psiquiátrico y los médicos no escapan a ser acusados de locos y en algunos casos a perder el prestigio en que estaban investidos, como estamento dominante[51]. El leviatán del hospital psiquiátrico es un territorio con un control omnisciente, que se ensimisma en su función social de administrar los cuerpos que contiene.

Como regente de un remedo de ciudad, el Leviatán administrativo del HPSC es custodio y a la vez se abstrae de la cartografía publica de Bucaramanga. Los discursos de salubridad ponderan al Hospital psiquiátrico, como un mal necesario a la hora de mantener discriminado lo indeseable. El psiquiatra y los internos están en una ciudad heterodoxa. El parentesco se funda en que ambos dispositivos (el leviatán del poder estamentario y el leviatán del hospital psiquiátrico), precisan de la humanidad excedente, de los sujetos prescindibles, de la clase marginal para sostener orgánicamente su status en forzado equilibrio. El caso del lazareto de

[51] Véase el caso del Dr. Campbell en el segundo capítulo.

Contratación en el departamento de Santander, puede ilustrar lo anterior históricamente:

> La autoridad del Administrador del lazareto de la autoridad del alcalde elegido para administrar la cabecera municipal conformada por la población de sanos y los enfermos autónomos, siendo elegidos como funcionarios algunos enfermos letrados o aquellos que tenían experiencia en la administración pública como burócratas. Aun así, para garantizar el control sanitario y prevenir el contagio de la lepra se ordenó por Decreto 350 del 23 de marzo de 1906degradar y reorganizar a Contratación como Corregimiento, restableciéndose así la organización como aldea para los sanos (C. externa) y lazareto para los enfermos (C. interna). Para garantizar ese nuevo orden los administradores tuvieron en adelante un servicio permanente de policía interna conformada por agentes enfermos y otra de policía externa para el control de las fugas compuesto por agentes sanos, armados y uniformados, por lo general foráneos, quienes debían permanecer en los retenes de ingreso o egreso a Contratación para garantizar así el cumplimiento y respeto de los cordones sanitarios ordenados para todos los lazaretos del país.[52]

Ciertas enfermedades configuran o reconfiguran la demografía, como en el caso del municipio de Contratación, destinado por siglos[53] a contener a los leprosos del país, a especializarse en una enfermedad contagiosa con demasiadas arandelas y supersticiones de tinte religioso y político. Como *la peste* de Albert Camus, hay enfermedades que precisan de acuartelamiento.

La salud pública es un comodín político para legitimar discursos de identidad nacional y marginalización. Cuando un derrame[54] se sale de control, el poder reacciona con un axioma de codificación y segregación espacial, que se traduce en la territorialización de la amenaza latente[55].

---

[52]PERÉZ PINZÓN, Luis Rubén. La lepra en Santander: tratamientos y maltratamientos históricos. En: ANUARIO DE HISTORIA REGIONAL Y DE LAS FRONTERAS**.** agosto, 2010, v. 10, n. 1, p. 145.

[53] El autor ubica históricamente las relaciones de poder estatales hacia los leprosos, es factible hacer un paralelo entre leprosos y enfermos mentales, los dos sectores marginalizados tienen en común: "Procesos de persecución, secuestro, ocultamiento y desconocimiento de los derechos civiles de los enfermos que para el caso de la experiencia santandereana bien pueden ser reconocidos por medio de las etapas o modelos de organización y uso hospitalario del Lazareto de Contratación desde el período colonial hasta el presente como fueron el aislamiento (XVIII), asilamiento (XIX), señalamiento (XIX XX) Y silenciamiento (XX) de los residentes y nativos que convivieron voluntaria o forzosamente allí." Ibid. p. 148.

[54] Es decir, una epidemia, un movimiento revolucionario, una amenaza migratoria; etc.

[55] Es interesante el paralelismo en los tratamientos entre dos enfermedades virales como la lepra y las psicopatologías, en un artículo de Luis Rubén Pérez sobre el lazareto de Contratación quizá es necesario contextualizar a los lectores sobre la enfermedad que precisa acuartelamiento: los únicos

1.6. GÉNESIS DE LA LOCURA

Al principio la locura se volvió sujeto y paso de ser un susurro casi imperceptible a estar anudado en madera flotante. Los locos de las ciudades europeas eran enviados en excursión a mar abierto con destino indefinido junto a los leprosos; la terapia era el exilio de un elemento descompuesto. La locura en su vorágine era un enigma contagioso, por eso se le separaba de la ciudad.

Después de siglos a la deriva en mar abierto, la nave de los locos entró al país por el rio Magdalena y encalló en tierras con climas mórbidos. Al nuevo calabozo para la locura, lo nombraron asilo y el Hospital Psiquiátrico heredo sus instalaciones. El loco pasó de ser un paria, a ser un enfermo que podía ser rehabilitado, reincorporado como ciudadano, trabajador, soldado, hijo, etc.; el Hospital Psiquiátrico, se vuelve además de centro de reclusión social, en espacio para la rehabilitación e investigación de la enfermedad mental"[56]. Por ese motivo, repensar la historia de las ciencias médicas a través de la profesionalización del quehacer psiquiátrico es fundamental para comprender cómo se establece un discurso de salud pública en una ciudad, en este caso Bucaramanga. La verdad hace parte de un constructo histórico con opiniones catapultadas o excomulgadas por censores e instituciones de divulgación en los círculos de sociabilidades científicas. Así, los paradigmas y la economía del poder disciplinario del que es sujeto el interno en el Hospital Psiquiátrico genérico, hacen parte de una constelación de opiniones compartidas por una comunidad científica en un tiempo y un espacio dado.

---

ciudadanos de los Estado - Nación de la modernidad que no tuvieron derechos ni privilegios civiles al estar condenados a llevar una vida de controles hospitalarios y subsidios estatales para prevenir el contagio entre los sanos, así como en uno de los grupos humanos que por mayor tiempo y en las peores condiciones fueron obligados a asumir conductas de aislamiento individual y asilamiento colectivo al desconocerse un medicamento o tratamiento eficaz para curarlos, aunado a la necesidad social de ocultar y olvidar los horrores ocasionados por la descomposición de esos enfermos. Luis Rubén, Óp. cit., p. 143

[56] ROJAS MALPICA, Carlos. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. [en línea]. Redalyc. Guadalajara: (Recuperado en 22 Julio del 2017.) Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/142/14240305.pdf

Cuando se aborda el problema del surgimiento de un saber científico, se deben considerar los incidentes personales e históricos, como un ingrediente fundamental en la formación de las creencias sostenidas por una comunidad científica[57]; en ese orden de ideas, es preciso hablar de "La constitución de un *ethos* peculiar de esas comunidades, el "ethos de la ciencia"[58].

> […] (Al) Haber recibido la misma o parecida iniciación profesional, haber leído la misma bibliografía y, también, por factores funcionales como asumir responsabilidades sobre investigaciones similares, preparar sucesores, producir libros y artículos sobre temas comunes y validar los resultados de sus colegas[59].

En lo que respecta a la psiquiatría mundial y latinoamericana de finales del siglo XIX, esta aparece vinculada a la neurobiología, en consonancia con su matiz biopolitica y a la medicina legal, para controlar la criminalidad. La confluencia entre psiquiatría y neurobiología (neuropsiquiatría), trata de explicar el fundamento bioquímico de los trastornos mentales, alcanzando su más amplio desarrollo en Alemania, siendo la figura de Wilhelm Griesinger su principal exponente, seguido por su discípulo Kraepelin. A finales del Siglo XIX y comienzos del XX, los términos de manicomio, hospicio o asilo, comienzan a ser desplazados por el de Hospital Psiquiátrico; reflejando un cambio en la concepción de la enfermedad mental, que hasta ese momento se consideraba una degeneración moral o perturbación de la razón, pasando a ser percibida como una alteración de la neuroquímica del cerebro.

A escala local, la distancia entre HPSC y su consideración como una institución asilar (manicomio, frenocomio), es salvada por el surgimiento de las ciencias de la salud en la Universidad Industrial de Santander en 1967, que se tradujo en el desmantelamiento de saberes previos fundamentados en la coerción física de *outsiders*, epilépticos, enajenados mentales y peligrosos. El nuevo estatus de Hospital Psiquiátrico expresa una modernidad que llega tardíamente a Bucaramanga, esa modernidad llega con nuevas categorías para las enfermedades

[57] KHUN, Thomas. La estructura de las revoluciones científicas. Argentina: Fondo de cultura económica, 1971, p. 3.
[58] Ibid., p. 6.
[59] Ibid., p. 9.

y tratamientos psiquiátricos, es decir, con la profesionalización de la psiquiatría empiezan a desaparecer las zonas oscuras e inexploradas de la enfermedad y las clasificaciones vagas, porque se refinan los tratamientos a partir de la experimentación, algo muy diferente era lo que sucedía en el siglo XIX, en Colombia y puntalmente en el Socorro, cuando se intentaba rastrear el origen de la enajenación mental:

> […]MAXIMILIANO RUEDA, por ejemplo, menciono que CIMODOCELA GOMEZ DE RUEDA, madre de JOSE MARIA, padeció "en diversas épocas de su vida de manifestaciones mentales patológicas, las que se presentaron con anterioridad al nacimiento de don JOSE MARIA". Al respecto pregunto ZEA URIBE: "¿Era histérica? ¿Acaso seria de esas neurosis que el profesor vienes FREUD atribuye a ráfagas de impulsiones sexuales reprimidas y que luego desaparecieron con el matrimonio? […] un tío materno de JOSE MARIA "sufrió igualmente trastornos mentales pasajeros, pero tuvo un hijo melancólico y dos más en estado de inferioridad mental congénita"; y un tío paterno "sufrió locura impulsiva por largos años y murió demente"; además, "un primor hermano, por parte del padre, ha intentado suicidarse […]" Varios de sus primos", dijo MAXIMILIANO RUEDA […]"han sufrido de diversas psicopatías (idiocia, imbecilidad, etc.)[60]

Evidentemente muchas de las patologías descritas en las anteriores líneas no están muy lejos de pertenecer a los códigos más coloquiales de una sociedad que no sabe distinguir los trastornos de la mente. Curiosamente, al final de este mismo apartado se describió a Don José María de Rueda Gómez, el conde de Cuchicute, como "degenerado superior". Ya en la segunda mitad del siglo XX las categorías que hacían eco de la clase social, la raza, entre otras, se vuelven menos relevantes a ojos de los psiquiatras en el ambiente hospitalario y en cambio el diagnóstico describe al interno desprovisto de arandelas, el enajenado mental deja atrás parte de su identidad al cruzar los muros de la cárcel para la locura.

1.7. LA MATERIALIZACIÓN DE LA CÁRCEL DE LA LOCURA

Desde la década 1950, Bucaramanga dejó de ser la ciudad que en la Guerra de los Mil Días funcionó como estancia obligatoria y cuartel del ejército conservador. En la actual calle 45 con carrera 7, el ejército del partido conservador contaba con un

[60] RODRIGUEZ GOMEZ, Juan Camilo. El solitario, el conde de Cuchicute y el fin de la sociedad señorial (1871-1945). Bogotá: U. Externado de Colombia, 2003. p. 89

punto estratégico y elevado para vigilar los movimientos de las tropas liberales que llegaban desde el norte, a su vez, era el principal camino de herradura para entrar a la ciudad. Estos terrenos del cuartel conservador fueron comprados por el departamento, para construir un centro hospitalario especializado en salud mental. Dicho proyecto fue abanderado por el representante a la cámara, el conservador Martín Carvajal en el año 1936; pero solo hasta el año 1944, el Estado financió la compra del terreno para un "asilo transitorio para dementes", con instalaciones que contaban con doce camas. En el periodo de transición hacia Hospital psiquiátrico, el departamento pensionó a los pacientes de origen santandereano en el manicomio de Sibaté[61] (Cundinamarca) a través de la beneficencia. El asilo transitorio para dementes de Bucaramanga, compartió en su momento etiqueta y una misión social similar a la del asilo de Sibaté.

El HPSC es fundado por la Beneficencia Santandereana, por ordenanza de la Asamblea del Departamento de Santander. El HPSC está situado en una zona periférica y de acceso secundario a la ciudad de Bucaramanga, siendo custodio, desde 1953 hasta ahora, de las enfermedades mentales del nororiente colombiano. El HPSC es descrito en 1976 desde la dirección administrativa de la siguiente manera:

> El Hospital Psiquiátrico San Camilo que dirijo desde octubre de 1976, es un Hospital especializado con 750 camas, es universitario en cuanto que da docencia a las carreras del área de la salud de la Universidad Industrial de Santander, es regional en cuanto a que es el único Hospital especializado del Departamento de Santander y que presta servicio a este y otros vecinos; sin embargo, oficialmente, es un Hospital del Nivel Local Regionalizado[62].

[61] En el manicomio de Sibaté se adiestraron los estudiantes de psiquiatría y medicina de la Universidad Nacional de Colombia, entre ellos se encontraba el Dr. Roberto Serpa Flórez que sería director del HPSC en dos oportunidades. Posteriormente se adiestro en administración hospitalaria en México.

[62] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. del HPSC del 25 de febrero de 197

El HPSC, con murallas y alambradas, vigilantes y zonas comunes de alimentación, dormitorio, aseo, etc.; era un territorio[63] *per se* y aparece como una zona gris para quienes no han flanqueado sus muros; sin embargo, el Hospital tiene una fuerte relación con la política más inmediata de su época, los discursos de salubridad, la medicina forense que determina la inimputabilidad judicial. En este orden de ideas, el HPSC opera como centro penitenciario de segundo orden[64].

Ya con estas consideraciones iniciales a manera de introducción el lector puede tener una perspectiva inicial para responder a la pregunta principal de la investigación: ¿el HPSC siempre ha funcionado como un manicomio? o ¿logro modernizarse hasta convertirse en una institución disciplinaria total?

[63] Los seres existentes se organizan según territorios que ellos delimitan y articulan con otros existentes y con flujos cósmicos. El territorio puede ser relativo tanto a un espacio vivido como a un sistema percibido dentro del cual un sujeto se siente "una cosa". El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación fichada sobre sí misma. Él es un conjunto de representaciones las cuales van a desembocar, pragmáticamente, en una serie de comportamientos, inversiones, en tiempos y espacios sociales, culturales y cognitivos. Tomado de: GUATTARI, Félix ROLNIK, Suely. Micropolítica. Cartografías del deseo. Madrid: Traficantes de Sueños, 2006., p. 73.

[64] La psiquiatría forense determina los casos inimputables, que llevan a la reclusión a unos metros de distancia.

2. LA PRISIÓN DE LO IGUAL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO DE BUCARAMANGA 1967-1993

> No hay un sitio mejor para enfermarse de la cabeza que un manicomio. El sano más sano y sensato que entre interno en un manicomio, en pocos días, qué digo, en pocas horas se enloquece también.
>
> Héctor Abad Faciolince, *El olvido que seremos.*

Hay dos formas de atención que coexisten en el HPSC, la persistencia de un paradigma de atención asilar, paralelo a la medicina psiquiátrica científica. La falta de personal calificado para la atención psiquiátrica y de personal auxiliar en los hospitales públicos, se intenta solucionar en adelante con las prácticas académicas y los años rurales de los futuros médicos de la División de Salud UIS, un proyecto local de educación y salud para solventar un problema nacional en el manejo administrativo e internacional, en la medida en que los hospitales psiquiátricos no daban abasto al derrame de la locura como un fenómeno público.

En la ciudad de México, el Hospital Psiquiátrico La Castañeda fue clausurado en 1968, la desinstitucionalización de la locura en el corazón de México fue la solución a un problema exponencial. Asimismo, en Colombia el adelgazamiento de las funciones sociales del Estado fue el subterfugio para dejar en manos del sector privado en Empresas Prestadoras de Servicios (EPS) la atención al enfermo mental.

Más allá de la mímesis o síntesis desde la teoría foucaultiana del poder, el presente capítulo tiene la intensión de reconstruir una genealogía histórica de la tecnificación de la psiquiatría santandereana, sin obviar las discontinuidades, el hacinamiento de los internos, las crisis presupuestales y la formación de nuevas generaciones de psiquiatras, un fenómeno que tiene un punto de inflexión en 1967 con la creación de la División de Salud UIS.

2.1. LA CIUDAD

Bucaramanga es una ciudad intermedia de Colombia, capital del departamento de Santander. Está ubicada al nororiente del país sobre la Cordillera Oriental, actualmente cuanta con 528.575 habitantes, a una altura de 959 msnm y se encuentra a 384 km de Bogotá, capital del país.

La ciudad tiene un centro histórico y patrimonial, de ese primer núcleo de crecimiento centralizado por el suministro de aguas, las instituciones del Estado y el abastecimiento de mercancías y alimento. La calle 45 hizo parte de ese primer momento y allí se instalaron una serie de instituciones que fueron naturales para una urbe en modernización. Es necesario explicar históricamente esos procesos que no se dieron unilateralmente ni desde los inicios de la ciudad como estancia comercial y eje entre las producciones del departamento.

Figura 3. Modelos de Expansión inicial de la ciudad 1930

Fuente: Cámara de Comercio 100 años creyendo en la Región.

En la anterior infografía se aprecia la retícula inicial de la ciudad de Bucaramanga en el año 1930. El trazado existente, focalizado en un rectángulo, era contenido por los obstáculos a la urbanización, ejemplo de ello eran las quebradas La Rosita y Quebrada Seca, que dividían la meseta en tres.

Era una ciudad donde la semilla inicial de la modernidad fue plantada por extranjeros y migrantes nacionales, a eso remite el Aeropuerto Gómez Niño en el corazón de la meseta, el cual tenía dentro de su nómina oficial de pilotos, a alemanes especializados en tripular aviones que hoy nos parecerían artefactos de dudosa maniobrabilidad.

La educación superior tuvo sus primeros intentos con el refugiado de la Guerra Civil Española, el ingeniero Julio Álvarez Cerón, en su momento profesor en el Instituto Técnico Dámaso Zapata, allí se centró el precedente de lo que sería la Universidad Industrial de Santander en 1948[65].

También se puede puntualizar que la ciudad crecía desde un centro unidimensional y luego irrigaba al ritmo del crecimiento de la retícula urbana los servicios públicos. Ese es el caso de la red telefónica que inicialmente conectaba a las instituciones del estado departamental en el centro histórico de Bucaramanga, pero que más tarde se convirtió en un servicio residencial, transformando los hábitos y la forma de relacionarse de los citadinos. La crónica de los detectives en el libro de Hernando Pardo Ordoñez, titulado *la Intimidad de los Teléfonos*, da luces sobre el andamiaje y las expectativas que traían consigo la conectividad, uno de los primeros activos del progreso tecnológico.

En esa atmosfera de crecimiento urbano, de migraciones internas nacionales y de descentralización de la retícula urbana, se articuló el *crescendo* de una red de servicios (agua y luz), educación superior pública y asistencia hospitalaria con

[65] ACEVEDO TARAZONA, Álvaro. La UIS historia de un proyecto tecnicocientifico. Bucaramanga: UIS. Escuela de historia, 1998, p. 35.

alcance regional, en un proceso histórico que en sus líneas generales no difiere de la secularización de la asistencia médica a las enfermedades masivas en las agendas de salud pública de occidente.

2.2. EXTRAMUROS

Cuando en 1953[66] se funda el HPSC, lo que hizo el personal científico-administrativo fue continuar con la labor que años atrás venía desempeñando el asilo transitorio de dementes de manera aislada. Esta labor basada en asilar y controlar a los enfermos mentales, fue desplazada por la adopción de innovaciones terapéuticas, que los médicos santandereanos empezaron a aplicar al creciente número de enfermos mentales provenientes del oriente colombiano.

La primera generación de directores del HPSC, evidenciaron las dificultades que tiene el saber médico en general y la psiquiatría en particular, antes de la creación de la División de Salud UIS en 1967. Hasta esta fecha, la oferta educativa a nivel nacional era muy limitada; de hecho, las primeras certificaciones de médicos especialistas en Colombia fueron expedidas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), por delegación del Gobierno Nacional; los estudiantes de medicina se especializaban en el extranjero, refrendando su título a través de ASCOFAME. En Santander, los doctores Ángel Octavio Villar, Roberto Serpa y Luis Guillermo Ortiz, fueron certificados por ASCOFAME, que a su vez revalidó a este último su especialización en Chile. Años después, el doctor Joaquín Casadiego fue certificado por ASCOFAME y por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Rosario de Bogotá. El doctor Rafael Azuero Riveros, validó su labor de quince años en Bucaramanga como internista, para convertirse años

[66] Entrevista realizada al Psiquiatra Dr. Carlos Otero, psiquiatra del HPSC, el 5 de Julio del 2015 en la ciudad de Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.

después en vicerrector académico de la UIS, profesor de Medicina Interna y jefe de Departamento de Medicina Interna.

Los psiquiatras de la segunda generación[67] del HPSC llegaron a Bucaramanga con una formación especializada, obtenida en las principales universidades colombianas[68]. Así mismo, los miembros fundadores de la División de Salud de la UIS, habían tenido experiencia en manicomios en Bogotá y Sibaté, donde tuvieron lugar sus primeras prácticas psiquiátricas.

Figura 4. Médicos del Hospital Psiquiátrico en 1968

Fotografía del archivo personal del Dr. Roberto Serpa Flórez.

[67] La primera generación de psiquiatrías es la de los médicos fundadores de la institución, entre otros, los doctores Ángel Octavio Villar y Roberto Serpa; en la segunda generación se encuentran los estudiantes de medicina de la UIS, que dentro del pensum cursaban materias sobre psiquiatría y en el posgrado decidían especializarse en otras ciudades.

[68] El Doctor Germán Duarte Hernández, graduado en la UIS, se especializa en psiquiatría en la Universidad de Antioquia. En la Universidad Javeriana hacen lo mismo la doctora Elizabeth Trillos y los doctores Douglas Quintero, Juan Carlos Martínez, Edmundo Gómez, entre otros; el doctor Juan Jairo Ortiz Guerra se especializa en psiquiatría en México. El doctor Camilo Umaña es un referente de los Psiquiatras, que, tras hacer su pregrado en medicina en la UIS, migra a otras ciudades para luego aplicar el oficio en Bucaramanga. El Dr. Umaña realiza sus estudios en la Universidad del Rosario. Tomado de: SERPA FLOREZ, Roberto. 45 años de Psiquiatría en Bucaramanga. En: Revista de Medicina UIS, 1999, vol. 21, no.2., p. 6-11.

Desde la mitad de la década de 1970, era evidente la necesidad de profesionales y especialistas en el área de salud y humanidades, producto de una demanda en instituciones públicas con enfoque comunitario, estas se lograron establecer bajo la rectoría de Francisco Villareal y puntualmente en el año 1967, con la creación de la Facultad de Medicina y la integración de la Universidad Femenina a la UIS. Gran parte de los médicos que intervinieron en la gestión y creación de la División de Salud, realizaron su práctica médica dentro del HPSC, bajo la dirección de Roberto Serpa Flórez. Por otra parte, la ciudad era un referente nacional, esto gracias al congreso de psiquiatría realizado en el año de 1956. La rápida inserción de la ciudad en la atención médica profesional, contrastaba con el panorama nacional:

> Existe un médico por cada 2.000 habitantes en promedio, un odontólogo por cada 7.300. Una enfermera profesional por cada 9.300 y una auxiliar de enfermería por cada 900; el 70% de este personal está en las capitales de departamento y en Bogotá esta la mayor concentración. La disponibilidad de camas hospitalarias disminuyo de 1,90 para cada 1.000 habitantes a 1,86. […] Jaime Arias del D.E. dice que el recurso financiero es ahora de 55 mil millones para salud, pero Abad Gómez lo refuta y sostiene que es apenas de 22 mil millones.[69]

La migración, no solo de personas, sino de paradigmas y teorías fundan el quehacer psiquiátrico; arma al médico con dispositivos de un saber genealógico y desarma a los nuevos reclusos, confrontándolos en una batalla que tienen pérdida de antemano y de la que solo se pueden escapar fugándose. La confrontación en el ejercicio profesional de la psiquiatría en el HPSC se presenta en los intramuros.

2.3. INTRAMUROS: LA NAVE DE LOS LOCOS

En el HPSC, hay dos categorías para sus ocupantes temporales o permanentes. Los pabellones se dividen por sexo, pero más allá de esa categoría de economía sexual, están los pabellones de pacientes agudos para los internamientos con atención terapéutica y con un enfoque psiquiátrico, y, por otra parte, está el pabellón

[69] GONZÁLEZ, Cristóbal. la salud en Colombia, para atrás como el cangrejo. En: Revista alternativa. Diciembre, 1976, no. 111, p. 10.

de crónicos para el asilo, la contención y la rudimentaria separación de la enfermedad incurable.

Las políticas institucionales de reclusión diferenciada en el HPSC se formalizaron en el año 1975, con la elaboración de un documento en el que se describen sucintamente los objetivos del Hospital y las funciones del personal. Así, la profesionalización del ejercicio psiquiátrico en el HPSC, tiene que ver puntualmente con la discriminación de los internos y la observación de los recién ingresados, para caracterizarlos con diagnósticos y luego insertarlos en extensos pabellones de locura homogénea, donde el psiquiatra se funde con el ambiente hospitalario y asilar. El interrogatorio inicial, el electrochoque y los psicofármacos, eran una extensión de la fuerza para imponer la disciplina psiquiátrica[70].

2.4. CON LA CRISIS *AD PORTAS*

Para entender las discontinuidades históricas del proceso de profesionalización del HPSC, es importante resaltar su precariedad institucional. Antes de la entrada en rigor de la Ley 100 de 1993, que privatizó la atención hospitalaria a nivel nacional[71], la institución fue financiada parcialmente por el gobierno nacional, regional y local; por otra parte, recibía donaciones, además de los pagos ocasionales por la manutención y tratamiento de pacientes del nororiente colombiano.

[70] Foucault fundamenta, en resumidas palabras, que el magnetismo, el interrogatorio y las drogas conforman la piedra angular del poder disciplinario del psiquiatra. Por una parte, el magnetismo sincronizaba los engranajes del espacio asilar y se convierte en la extensión eléctrica del sistema nervioso del médico psiquiatra. Por otra parte, el interrogatorio "era una manera de fijar al individuo a la norma de su propia identidad […] una manera de sujetar al individuo, a la vez, a su identidad social y a la atribución de locura que su medio le ha otorgado. Finalmente, las drogas eran y son," un instrumento disciplinario evidente, reino del orden, de la calma, de la imposición del silencio". Parafraseando a: FOUCAULT. 2008. Óp. Cit. p. 268.

[71] Si bien "[…] El Estado debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social […], se agregó un intermediario privado bajo la nomenclatura de Empresa Social del Estado (EPS), lo que subordino la atención humanitaria al interés de lucro. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, 1993, no. 41148.

En la dinámica interna del HPSC, la redistribución del capital económico y humano obedecía a las limitaciones presupuestales, pero también fue motivo de alarma el condicionamiento de recursos humanos: “El personal profesional es mínimo pues no hay sino dos psiquiatras de tiempo parcial y una enfermera profesional para setecientos cincuenta pacientes”[72].

La precariedad institucional del HPSC coarta la capacidad de construir una terapéutica real para controlar el exponencial crecimiento de la insondable categoría de “crónicos” institucionalizados. Los esfuerzos merman cuando se trata de “[…] modificar en definitiva la acepción de “Loco” marginal: por la de enfermo para atender.”[73]. Como reacción a ese preocupante cuadro de atención, se aceleran los procesos terapéuticos con los enfermos agudos, mientras se prolongan las estancias de los pacientes crónicos en un ambiente plenamente asilar de contención física, como se expone en la correspondencia enviada y recibida del HPSC:

> En esta institución no podemos dejar a los enfermos de por vida porque necesitamos las camas para nuevos enfermos y tratamos de que no sea un asilo sino un Hospital. Así pues, tan pronto esté el paciente en condiciones de salir le daremos de alta con el medicamento que debe seguir tomando. Así lo hacemos con todos los pacientes pues le repito, no podemos dejar de por vida a los pacientes aquí[74].

Los verbos que definen la relación entre médico psiquiatra e interno crónico, son de discriminación y custodia óptica; mientras que los que hacen referencia a la relación médico-paciente agudo, tienen que ver con una ortopedia de costes significativos:

> Para 1975: Intensificar las actividades del Hospital Psiquiátrico San Camilo en el sector Hospital, es decir, los cuatro pabellones de agudos y convalecientes, destinando la mayor parte de recursos humanos y presupuestales a esos pabellones. Y también a la consulta externa. En la parte de Asilo (crónicos, unos 550 enfermos) continuar únicamente con los cuidados mínimos de custodia.[75]

---

[72] Correspondencia enviada y recibida. Óp. Cit., p. 2

[73] Correspondencia enviada y recibida el 18 de marzo de 1980.HPSC

[74] Aunque en el transcurso de la década de los setenta los psiquiatras en la dirección del Hospital buscaran disociarse de funcionar parcialmente como asilo: Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida del HPSC el 15 de Julio de 1976.

[75] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 21 de agosto de 1976.

Frente a tales circunstancias, se recurre al avance en el desarrollo científico de terapias farmacológicas, que potencian el tratamiento en el espacio doméstico y que se vuelven una extensión de la cura/cuidado del médico psiquiatra:

> Los nuevos tratamientos farmacológicos en psiquiatría han permitido disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes psiquiátricos, han mejorado el mismo ambiente hospitalario […] Por otra parte las limitaciones de recursos hospitalarios (número de camas insuficientes y aumento de la demanda) hacen necesario realizar tratamientos intensivos en la fase aguda de la psicosis para que dichos tratamientos sean continuados fuera del hospital, en el hogar del paciente.[76]

Para 1976, la atención hospitalaria a los sectores más vulnerables del campo y la ciudad recaía en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)[77]. La seccional regional o Instituto de Seguro Social de Santander, adeudaba el 18 de agosto de 1976, $84.985.02 pesos, condición que lleva al HPSC a amenazar con retirar los servicios médicos a los afiliados. Sorprendentemente, y en lo que pareciera ir en contravía de las limitaciones presupuestales, en 1976 se estableció dentro de los objetivos y políticas del Hospital, atender:

> […] preferentemente la demanda de pacientes de servicio gratuito, o dicho en otros medios, a aquellos pacientes que requiriendo atención medica psiquiátrica, no pueden pagarla por sí mismos, ni pueden exigirla legalmente de otras personas u organismos de seguridad social o de Previsión Social.[78]

Una vez el enajenado mental cruzaba las barreras inmunológicas[79] del establecimiento psiquiátrico, la administración insistía constantemente sobre el carácter temporal del internamiento de los pacientes de otros departamentos. El

---

[76] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 7 de Julio de 1975.

[77] Esta institución se desmontaría en 1993, para dar paso a los hospitales como Empresas Sociales del Estado (E.P.S.), con la responsabilidad de auto gestionar su funcionamiento. Al respecto se profundizará en el capítulo que versa sobre la "crisis hospitalaria y el neoliberalismo".

[78] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 6 de septiembre de 1976.

[79] Para efectos de la investigación, se entenderá por época, sociedad o institución inmunológica, aquella que esta "[…] mediada por una clara división entre el adentro y el afuera, el amigo y el enemigo o entre lo propio y lo extraño. También la guerra fría obedecía a este esquema inmunológico. Ciertamente, el paradigma inmunológico del siglo pasado estaba, a su vez, dominado por completo por el vocabulario de la guerra fría, es decir, se regía conforme a un verdadero dispositivo militar." Tomado de: CHUL HAN, Byung. 2012. Óp. cit. p.12.

hacinamiento de pacientes en el HPSC, que en 1973 sumaban un total de 950 internos, en instalaciones con capacidad de 500 personas, sumado a la limitada planta de psiquiatras en la institución, llevó a que se profundizase la inoperatividad del Hospital. Como último recurso, la administración del Hospital, tal como se señala en una carta enviada desde el HPSC al alcalde municipal de Capitanejo el 5 de noviembre de 1973, buscó reintegrar a los pacientes que no requerían hospitalización a su núcleo familiar para atenderlos por consulta externa[80] o remitirlos a una institución de caridad:

> Por medio de la presente comunico a usted que en lo sucesivo todo paciente que sea traído fuera de la ciudad, deberá dejar el valor de su pasaje de regreso, sin este requisito no será recibido. Pido a usted el favor de transcribir esta determinación al COMANDANTE DE ESTACIÓN y a los familiares de los pacientes.[81]

Ahora bien, para hacer efectiva la asistencia psiquiátrica en una institución copada en sus capacidades, el Ministerio de Salud distribuyó psicofármacos primarios en otras instituciones dentro de los diferentes niveles del sistema de salud, como la "Clorpromazina[82] de 100 mg, la Flufenazina de depósito[83], la Fenitoina[84] y el

[80] La consulta externa será solamente para aquellas personas que no dispongan de recursos para pagarla en los consultorios privados, o que no estén protegidas por los Seguros Sociales o las Cajas de Previsión. Es decir, se prestará el servicio solamente a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla a otras personas, estén física o mentalmente impedidas para trabajar (Artículo 39 de la Constitución Nacional). Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 12 de febrero de 1976. Por otra parte, la consulta externa no tenía una diferenciación marcada con respecto a la hospitalización, aparte de la atención a corto plazo realizada por un médico en ejercicio de sus "horas rurales", sin embargo, tenía en común la aplicación selectiva de electrochoques y la aplicación de neurolépticos de depósito por vía parenteral.

[81] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 20 de marzo de 1973.

[82] Es un medicamento neuroléptico clásico, su descubrimiento dentro de la psiquiatría fue denominado como la "Cuarta revolución".

[83] Medicamento implementado para tratar la esquizofrenia

[84] Es un medicamento de uso común para tratar convulsiones, un antiepiléptico aprobado por la Federación de Alimentos y medicamentos, con sede en EEUU, en 1963. El Fenobarbital, es un barbitúrico más usado en la actualidad y también el más antiguo. Tiene propiedades sedantes e hipnóticas.

Fenobarbital"[85] para evitar remitir todos los casos al HPSC y continuar en el hogar el tratamiento bajo receta médica.

Las soluciones para solventar los impases en las partidas presupuestales de fármacos eran, por una parte, la producción *in situ* de los medicamentos[86], la asociación con casas productoras o con el Ministerio de Salud Pública y la Beneficencia de Cundinamarca.

> La Beneficencia de Cundinamarca y su Instituto Farmacéutico (IFARBE) han manifestado el mayor interés en colaborar con nosotros, pero se han presentado algunas demoras e inconvenientes relativos, según nos han informado, a las demoras y trámites para obtener las correspondientes licencias de importación de la materia prima[87]

La precariedad de la efectividad de la financiación del Estado a través del ICSS a las instituciones Hospitalarias públicas, se manifiesta en los controles de la despensa de medicamentos a cargo del ICSS, para disminuir los costes poshospitalarios, que van en contravía de la rotación eficaz de cama-persona en la red hospitalaria nacional. De ahí las preocupaciones razonables manifestadas por un médico sobre esta problemática:

> Me he enterado por la prensa y la televisión del nuevo decreto sobre control de medicamentos psicótropos que acaba de expedir el Gobierno Nacional[…] me asalta la preocupación de que las medidas de control y la limitación de la prescripción de estos medicamentos puede crear dificultades para la supervisión y seguimiento de casos de pacientes psicóticos […] En la prensa la prescripción de psicótropos se limita a muy pocos días lo cual puede ser un obstáculo para el control poshospitalarios de los pacientes mentales y podría ocasionar un aumento bastante grande de las hospitalizaciones en los ya recargados hospitales psiquiátricos.[88]

[85] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 29 de noviembre de 1976.
[86] Los médicos intentaban de forma infructuosa "[...] canalizar nuestras experiencias aunando criterios clínicos, a fin de suplir la falta de laboratorio que existe en Psiquiatría". Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 13 de agosto de 1979.
[87] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 21 de marzo de 1979.
[88] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 31 de Julio de 1976.

El sistema de salud, en sus niveles más básicos, da cuenta de la inoperatividad de los dispositivos de control del Estado Colombiano y la precariedad que retrata Héctor Abad[89], en una entrevista realizada en 1976 por la revista *Alternativa*, entre otras cosas denunciaba que la cobertura de servicios de salud era limitada a nivel nacional, por la irregular concentración geográfica de la población, la escasez de recursos médicos y humanos, además de las deficiencias en la administración. En sus palabras, "El Ministerio de Salud solo alcanza a atender el 29% de la población colombiana, los sistemas de seguridad al 10% y el sector privado al 15%, lo que quiere decir que el 46% de nuestra población no recibe ninguna atención"[90].

2.5. CAPITALIZAR LA LOCURA: EL PACIENTE AGUDO EN LA TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA

La división de los pacientes *intramuros* obedece en esencia a su comportamiento *ad portas* de la institución y su utilidad social. La recapitalización de las ideas patológicas y los comportamientos *inadaptados,* es el principal objetivo del psiquiatra. En ese orden de ideas, la terapéutica tiene como principal método la inducción del paciente en los hábitos loables de un ciudadano, con ciclos de vida funcionales dentro de la lógica utilitarista del trabajo asalariado.

La instrumentalización en el HPSC para lograr dichos objetivos, hace parte de un esquema rígido de atención, por ejemplo, en la Sala A se ubicaban a los "agudos excitados o agitados", llegados de la calle o los pacientes remitidos por el médico correspondiente. En la Sala B, o de "agudos tranquilos", estaban recluidos los internos que tenían mayor libertad a la hora de elegir vestido y actividades; una vez superado un periodo de prueba en observación dentro de la Sala C, que había funcionado previamente como clínica médica. Finalmente, la Sala D, era asignada

[89] Médico y docente universitario Antioqueño, asesinado presuntamente por el activismo político en torno a la salud como derecho, también es el motivo del libro *el olvido que seremos*, de su hijo Héctor Abad Faciolince.
[90] GONZÁLEZ. Óp. cit. p. 12.

a “convalecientes sub-agudos”, que recogía a los sujetos en proceso de convalecencia, estos últimos se caracterizaban por sus recurrentes entradas y salidas del hospital[91]. Por otra parte, no se mencionan en ningún momento a los pacientes crónicos, ni se les discrimina en grupos de atención médica diferenciada[92]

Figura 5. Registro de pacientes en pabellones con internos crónicos en el HPSC del año 1969

	Número de Pacientes
Psicóticos crónicos varones	48
Epilépticos crónicos	78
Oligofrénicos	28
Niños	5

Fuente: Archivo HSPC. Fondo: Correspondencia. 1969

Uno de los errores señalados en los informes administrativos, con miras a modificar la metodología de los médicos psiquiatras en la recepción y ubicación de los pacientes está relacionado con su momento de ingreso[93]. Quienes arriban al HPSC en estado de “agitación”, son sujeto de drogas neurolépticas, sedantes y

[91] A pacientes con la caracterización señalada y bajo los estándares adecuados en la escala de OVERALL (B.P.R.S. 42 Brief Psychiatric Rating Scale) estaba dirigida el medicamento Fenotiazinicos en depósito, en periodo de prueba como tratamiento de sostén de los procesos poshospitalarios y de terapia ambulatoria, además de regir como procedimiento para agudos hospitalizados. En la revisión documental, este ha sido uno de los indicios incipientes del uso de fármacos para sostener la convalecencia de los enfermos mentales, fuera del ambiente asilar hospitalario. El carácter experimental de la utilización de los Fenotiazinicos, se expresa en el interés de los directivos del Hospital por conseguir un lote de 200 ampollas: “Si el Laboratorio está interesado el Hospital Psiquiátrico y los miembros del personal científico del mismo podremos realizar esta investigación con la ayuda financiera de Squibb (Compañía farmacéutica)”. Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 25 de enero de 1981.

[92] La falta de distinción en la categoría de los crónicos, confirma la hipótesis de la ausencia de terapéuticas psiquiátricas, de dispositivos de poder especializados para una atención con una clara economía de la violencia, un modelo de tratamiento explícito. actualmente dicha categoría sigue vigente.

[93] El actual sector convaleciente será preferentemente para pacientes subagudos, psicóticos que reingresan varias veces, que no están deteriorados; y el cupo disponible, si lo hay, se destinará a los que se demoren mucho, por su evolución, en los sectores nuevos que se ponen en marcha. Estos sectores son: Primer dormitorio de la antigua clínica Médica: dormitorio y patio de observación de los pacientes llegados a la víspera, sea de primera vez o de reingreso, (excepto aquellos casos que ya desde consulta externa, se definan como crónicos deteriorados que irán a patios crónicos). Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., el 17 de agosto de 1975.

electrochoques[94]. No tomar en cuenta esa terapia de choque inductivo, y/o continuar el procedimiento de internamiento sin clasificarlos por psicopatologías, costos y duraciones temporales o estacionarias dentro del circuito de pabellones; era también desechar las prácticas psiquiátricas profesionales, por un remedo de atención asilar.

> Los enfermos que ingresan: sean tranquilos o excitados, se les aloja en el mismo dormitorio y sector, se les despoja a todos de su ropa (que se guarda) y se les ponen los escasos trajes o harapos, disponibles. Cuando empiezan a tranquilizarse con los neurolépticos, se pasan al patio y dormitorio llamado de convalecientes. […] El mezclar pacientes nuevos tranquilos con excitados, agrava su estado, y esto puede evitarse, pues hay campo disponible[95].

Al pasar el límite de los "[…] muros de las instituciones disciplinarias, que delimitan el espacio entre lo normal y lo anormal […]"[96], los sujetos remitidos a los especialistas pasan por un tamiz que los iguala en su condición política y ontológica: son enfermos mentales. Su psicosis transitoria (en caso de los agudos) o permanente (en caso de los crónicos), afecta viralmente el orden extramural, el enfermo mental representa un *peligro* para la sociedad y para el mismo[97].

La diferenciación por pabellones obedece a la organización de los ingresos y costos que representaba cada "recluso" y que permite o no, la supervivencia institucional. Aun así, dentro de los muros, la lógica administrativa del hospital veía a los internos como un capital humano desigual, que todavía no lograba ser discriminado racionalmente.

> No hay una clara delimitación por grupos de enfermos, ni para atención, ni para efectos de costos, ni para fijación de funciones y responsabilidades del personal a cargo de los pacientes

[94] En el año 1975 se restringe la hospitalización de menores de 15 años, ya que la institución no tenía dependencias para niños, por lo que es probable que los menores de edad estuvieran dentro del mismo espacio sin una atención especial a la del resto de pacientes crónicos.
[95] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 13 de abril de 1975.
[96] CHUL HAN, Byung. 2014. Óp. cit. p. 25.
[97] En este punto cabe resaltar que la finalidad de la tecnología psiquiátrica es aislar la enfermedad mental *per se*, de la sociedad y de la mente del paciente, arrinconarla contra las cuerdas de su realización, como disfunción del principio de realidad.

(desde médicos hasta personal de enfermería); los procedimientos están llevándose a cabo por hábito y sin reglamentación precisa, obedeciendo a normas irracionales a veces.[98]

El problema que enfrenta el Hospital, es que tiene un número de pacientes que rebasaba su capacidad espacial, logística[99] y de terapéutica. No hay una clara delimitación por grupos de enfermos mentales, diferenciados según la lógica de su funcionalidad institucionalizada[100]. Esto a su vez, respondía a un problema estructural: "(…) el personal de médicos no tiene claramente fijadas sus funciones y responsabilidades como cabeza del equipo a cargo directo de los enfermos"[101].Por otra parte, hay que sumar a la ecuación, la inexistencia del departamento de enfermería, para hacerse cargo de los niveles de atención que solo requerían custodia. Estos eran los pabellones de crónicos que sumaban la mayor parte de la población internada en el Hospital. Alrededor de 500 pacientes.

2.6. EL ARQUETIPO DEL PACIENTE CRÓNICO DOMINICAL

La reclusión hospitalaria o "atención de custodia" del paciente crónico, contrasta con la del paciente agudo por una aparente contraposición. Y es que el Hospital tenía que limitarse a una atención que mejoraba parcialmente las condiciones de estadía en "depósito" de los pacientes crónicos: alojamiento, aseo, comida y producción de proteínas dentro del Hospital (huevos, gallinas, carne de cerdo, etc.), vestido,

[98] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 28 de junio de 1975.
[99] Referente a las dificultades para contener las fugas, El director del Hospital en 1976, Dr. Roberto Serpa Flórez resalta que: "En este mes se han fugado varios presos (4 de los cinco que llegaron recientemente). Le solicito que en lo sucesivo se sirva entrevistar personalmente a esos pacientes, tan pronto ingresen al Hospital […] si es el caso devolverlos a la cárcel por ser presuntos simuladores" Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 12 de octubre de 1976.
[100] "Uno de los aspectos más inquietantes es la aguda escasez de enfermeras. Teniendo en cuenta los 200 pacientes agudos, se necesitarán: 8 enfermeras profesionales. 48 auxiliares. 28 ayudantes. Para cuidado mínimo ósea las 700 camas restantes se necesitarían: 4 enfermeras profesionales – 33 auxiliares-77 ayudantes. Este es el personal MÍNIMO requerido" Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 27 de enero de 1975.
[101] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 18 de marzo de 1975.

calzado (cotizas) y, finalmente, la distribución del tiempo en tareas triviales o recreacionales.

> Por medio de tratamientos con psicofármacos, terapia de [electro] choques y en lo posible, con terapia ambiental, terapia ocupacional y de recreación. A este tipo de pacientes se les atenderá preferencialmente para que el tratamiento intensivo permita acortar el periodo de hospitalización y obtener una rápida recuperación, evitando así que el progreso de la enfermedad mental, unido al ambiente institucional, deteriore la personalidad del paciente y lo haga pasar a la categoría de "crónico" deteriorado, o dependiente del ambiente de asilo (Institucionalización)[102].

La voluntad institucional de reintegrar a los pacientes agudos por medio de la atención intensiva[103], se veía opacada cuando era ejecutada la terapia psiquiátrica con medios como el electrochoque o psicofármacos[104]. Un enajenado mental institucionalizado, solo puede sobrevivir por caridad a la contingencia del mundo extramural.

La institucionalización o dependencia del ambiente Hospitalario, es una consecuencia directa del deterioro físico y mental, producto ya sea de una terapia ortopédica con secuelas físicas[105] o por el progreso de la psicopatología. Generalmente, era recomendado desde el estrecho campo de acción médica: "(…) que permanezca en el medio hospitalario, aunque es negativo para él en cuanto fomenta la dependencia del Hospital y lo incapacita cada vez para vivir en la comunidad extrahospitalaria, pero no conlleva las amenazas de soledad"[106].

---

[102] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 15 de abril de 1975.

[103] El objetivo de la atención intensiva a pacientes agudos era tratar de acortar los tiempos de hospitalización de los mismos y tratar de prevenir recaídas e ingresos por consulta externa.

[104] Cabe resaltar que el 29 de abril de 1975, se informó al HPSC que la mayoría de las drogas corrientes estaban agotadas y que algunas de uso especial obligatorio en urgencias tocaban su fin, por una deuda en los pedidos existente desde noviembre de 1974.

[105] Por ejemplo, fracturas de huesos y desligamientos o daños musculares producto de la terapia ortopédica del electrochoque, que provocaba -antes de su "humanización con relajantes musculares "-convulsiones y, por consiguiente, lesiones condicionantes, por ser una descarga eléctrica no selectiva.

[106] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 20 de septiembre de 1976.

Entre los registros del Hospital hay un caso destacado de institucionalización, se trata de un paciente que fue en cierto momento trabajador de la misma institución.

El registro archivado de la solicitud ilustra de forma sintética la marcada dependencia del paciente institucionalizado. El interno depende enteramente del ambiente asilar controlado y escoge ser recluido en oposición al juicio médico, porque fuera de los muros no tiene vínculos materiales y/o una red de sociabilidades clara. La siguiente referencia es un ejemplo para entender los casos de *hospitalismo*, por otra parte, no debían ser admitidos en la institución.

> […] la posibilidad de abandonar el medio protegido del Hospital encara tanta amenaza para el que aparece angustia intensa y se desencadenan nuevas crisis convulsivas. Lo anterior se debe a que el paciente no tiene donde vivir, por el mismo deterioro mental secundario o su Epilepsia fue abandonado por su familia y dejar el Hospital significa encararse a un medio ambiente hostil para él, sin contar con la ayuda de nadie.[107]

De la institucionalización no escapaban ni siquiera los psiquiatras. El Dr. Jorge Campbell Sanabria, con sus profusas depresiones reactivas y alcoholismo, cruzaba constantemente la frontera entre el ejercicio médico y el rol de paciente interno. En los oficios internos del Hospital Psiquiátrico se asumía que "[…] no quieren respetar (al Dr. Campbell) en su derecho del ejercicio medico después de haberse reestablecido totalmente de una depresión[108] reactiva y posterior enfermedad alcohólica"[109].

El poder disciplinario moderno está fragmentado, hay múltiples miradas descentralizadas que observan en ambos sentidos a la jerarquía institucional. Nadie está a salvo de la locura, ni de ser recluido. Inclusive, el status del mismo director y

[107] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 11 de mayo de 1976

[108] En entrevista al Dr. Campbell, en torno a un caso de un ex agente de policía intoxicado con un psicofármaco llamado "largactil", respondió a la pregunta: "Cómo medico ¿qué recomendaciones daría usted para un paciente intoxicado por drogas y que sufre de un estado de depresión aguda? CONTESTO Pues vigilarlo, muy de cerca […]". Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 2 de mayo de 1980.

[109] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 2 de septiembre de 1980.

médico psiquiatra del HPSC Dr. Zoilo Javier Jerez, había sido puesto en tela de juicio al inicio de la década de los ochentas, y de facto no era quien dirigía la institución; los trabajadores sindicalizados se tomaron las instalaciones y sellaron la puerta, bajo la amenaza de no abrir a menos de que echaran "[…] fuera el director loco de San Camilo Zoilo Javier Jerez […]"[110].

> […] el Director nos explicó que el portero se había negado a abrirle la puerta, cuando el con su señora intentaron entrar al hospital a sacar unos papeles de la Dirección, por lo tanto tuvo que presentarse en la Cárcel Modelo, identificarse para que le prestaran el teléfono de donde llamo a la policía."[111] La fragilidad de su rol intramuros queda develada cuando se constata que: "El director estaba en pleno uso de sus facultades mentales y la Comunidad dio crédito a lo narrado por él.[112]

Continuando con el tema de la institucionalización de los pacientes del HPSC, en los registros de la institución se habla del grupo de agudos en cuidados intermedios, allí se ubicaban a los pacientes "no muy deteriorados o convalecientes"[113] que habían entrado y salido varias veces del hospital, con recaídas frecuentes, pero que habían demostrado mejorías en los periodos de observación, al punto de que no se descartaba la posibilidad de recuperación total. Este grupo también es mayoría[114] en comparación al de crónicos. La categorización médica para redistribuir a los internos en los espacios segregados del hospital, se asume a partir de un utilitarismo de los sectores desocupados y congestionados de la siguiente manera:

- CUIDADOS INTENSIVOS (pacientes agudos): "HOSPITAL"
- CUIDADOS INTERMEDIOS (pacientes subagudos):
- HOSPITAL_ASILO"

[110] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 8 de mayo de 1980.
[111] Ibid.
[112] Ibid.
[113] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 12 de abril de 1975
[114] Como se había señalado paginas arriba, los pacientes crónicos sumaban alrededor de 500 y en su momento, el Hospital llego a tener un máximo de 900 internos

- CUIDADOS PROLONGADOS (pacientes crónicos: “ASILO”[115]

En primer lugar, el recorrido de internamiento pasa por una sala de observación, como dispositivo inductivo, en la que los sujetos recientemente ingresados y sin historial clínico son analizados por un lapso de 24 a 48 horas; a este lugar también se hace referencia como un “[…] sector de pacientes agudos o de evolución reciente y presumiblemente con buen pronóstico”[116]. En segundo lugar, el sector de pacientes subagudos “[…] donde estarán aquellos que tienen muy frecuentes entradas y salidas y que no están muy deteriorados ni institucionalizados […]”[117] y, finalmente, el sector de los inamovibles crónicos.

Este esquema sugiere una movilidad descendente de los “pacientes-cama” agudos y de los ingresados por primera vez; es decir, los pacientes agudos con recaídas o en observación generalmente pasan a la categoría de subagudos –en una suerte de *purgatorio*– luego de varios internamientos y al final llegaban al *infierno de lo igual*, donde los crónicos eran custodiados indiferenciadamente. Cabe resaltar que los pacientes con un historial bien conocido de recaídas frecuentes[118] y los crónicos, eran trasladados directamente al pabellón de su correspondiente categoría.

Esa economía de los recursos psiquiátricos, que se concentraba en los cuidados intensivos a los pacientes agudos y a la consulta externa, respondía a la necesidad de “liberarse” a la mayor brevedad de los agudos con presumibles mejorías, en otras palabras, funcionar como centro hospitalario en el sentido clásico y enviar a

[115] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 17 de octubre de 1975.
[116] Ibid.
[117] Ibid.
[118] Los pacientes con recurrentes recaídas y por lo tanto, hospitalizaciones reincidentes, marcan una parábola descendente de deterioro físico y mental en su historial médico “El joven ha tenido varias entradas en esta Institución: “La primera del 24 al 28 de septiembre de 1962, la segunda de l2 de julio al 14 de septiembre de 1963, la última del 15 al 19 de mayo de 1969. En la entrada de 1969 sufrió fractura del fémur y se trasladó al Hospital General para tratamiento ortopédico. En la hospitalización de 1964 estuvo por orden judicial, sindicado de lesiones personales” Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 24 de Julio de 1976.

“deposito” a los pacientes crónicos, con un mínimo de recursos humanos especializados, sin terapéuticas o dispositivos de control disciplinario meticulosos, sin observación, sin generación de un saber científico, ni financiamiento de la investigación, nada más que *harapos*, comida y aislamiento.

Como se menciona en las anteriores líneas el HPSC combinaba dos modalidades de administración hospitalaria, una menos aguzada que la otra. En el asilo de dementes, que nunca dejó de existir, sino que cambio de nomenclatura a pabellón para pacientes crónicos para abrir pasó a la atención psiquiátrica en el pabellón de agudos. Ese abismo más conceptual que espacial fundamentó y configuró dos tipologías de atención en el hospital psiquiátrico que responden también a momentos distintos en la interpretación de las enfermedades mentales en los círculos de expertos en la locura/enfermedad mental, pero también en el *argot* popular. A contrapelo de la teoría foucaultiana de control institucional panóptico de los agentes desestabilizadores del orden social, en el caso puntual de los “pacientes crónicos dominicales”, es la familia la encargada de institucionalizar al enfermo mental y no la policía o el ejército. La etiqueta “dominical”, sugiere que eran personas abandonadas por su familia dentro del Hospital durante alguna festividad institucional.

Al encierro del enfermo mental crónico solo se le antepone una economía limitada de atención: con escasa vigilancia, vestido y alimentación, los costes por pacientes se cuentan al “por mayor”. Así, la modalidad asilar para pacientes crónicos es una beneficencia de contención para los enfermos mentales institucionalizados y sin vínculos afectivos extramurales; mientras que la modalidad psiquiátrica para agudos es por antonomasia el pináculo de los avances médicos psiquiátricos, ese saber entre los cincuentas y los ochentas se concentra en instituciones hospitalarias y universitarias públicas.

> Esta presencia del saber psiquiátrico y los referentes culturales para definir quién merecía el encierro terapéutico nos marca la diferencia entre enfermedad mental y locura. La primera es un criterio clínico para ubicar un sujeto en una entidad nosológica, mientras que la segunda

> tiene que ver con los referentes usados por cada cultura para aislar a quienes asumen como poseedores de una naturaleza "anormal.[119]

La tecnología psiquiátrica le gana terreno al manicomio, aunque sea un proceso ralentizado y con contratiempos. El hospital psiquiátrico es por excelencia el centro de discriminación entre lo normal y lo anormal, lo permisible y lo inadmisible, lo que puede convivir libremente en sociedad y lo que ha de permanecer alejado de la misma; ese es también el fundamento de otras instituciones de reclusión. En referencia a la función asilar del HPSC, se puede afirmar que la reclusión:

> […] pretende cuidar a aquellos que son incapaces de cuidarse por sí mismos y suelen ser una amenaza involuntaria para la comunidad. En la segunda, la amenaza es intencional y no se busca prioritariamente, el bienestar del sujeto internado. En ambos casos, la reclusión es una medida terapéutica por facilitar la disposición del interno para la observación y tratamiento médico, aunque es justo señalar que es a la sociedad a quien se busca aliviar de la presencia de estos sujetos que escapan de su control.[120]

En el caso de los pacientes crónicos[121], la prioridad era asilarlos y vigilarlos indefinidamente en otras instalaciones bajo la supervisión de médicos psiquiatras, para evitar el sobrecupo que representaba espacialmente cada "paciente crónico dominical", epiléptico u oligofrénico; por otra parte, tenía poca movilidad en el circuito de la terapéutica psiquiátrica:

> Actualmente el Instituto Psiquiátrico trata a 950 pacientes con un sobrecupo bastante alto. Hay proyecto de adecuar parte de la Hacienda San Nicolás y alojar allí pacientes oligo-epilépticos bajo la supervisión de la vigilancia médica[122].

Por medio de resolución nacional del Ministerio de Salud Pública, se instruyó sobre los pacientes que podían entrar al hospital y *quiénes no*. Al parecer, la situación nacional era semejante en todas las instituciones psiquiátricas. Es interesante

---

[119] RIOS MOLINA. Andrés. Locura y encierro psiquiátrico en México. En: Antípoda, enero-junio, 2008, no 6., p. 82.

[120] A pesar de ser realidades distantes, los hospicios mexicanos beben de las mismas fuentes teóricas para constituir sus instituciones psiquiátricas, la diferencia entre instituciones latinoamericanas es sublime, Tomado de: GUEVARA ZARRAGA, María Estela. El paradigma epistémico de la Psiquiatría. Investigación en Salud. 2008, no. 1., p. 47.

[121] En palabras del médico psiquiatra Jorge Villabona Abril, prácticamente ir rescatables ya que van aumentando cada día a medida que reciben protección contra enfermedad intercurrentes y que realmente reciben atención custodial.

[122] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 16 de febrero de 1973.

resaltar los casos en que no se debía hospitalizar a los sujetos que solicitaban ser internados o cuando eran sus familiares o allegados quienes respaldaban la solicitud:

> a) Casos de hospitalismo (incluye todo tipo de personas sin trastornos enunciados […] que buscan la hospitalización como forma de supervivencia)
>
> b) Casos cuya evidencia demuestre que la familia desea abandonar al paciente en el hospital
>
> c) A los retrasados mentales cuyo estado de trastorno no esté comprendido en los literales sobre hospitalización.[123]

El gobierno y el hospital psiquiátrico querían depurar, reubicar o retirar la atención especializada a la población crónica sin posibilidad de recuperación por su estado físico y mental deteriorado, además de quienes no requerían estar específicamente en una institución psiquiátrica[124]. Pero en el año 1975 se rechazó la posibilidad de descentralizar el "stock" de pacientes crónicos, en el utópico proyecto de la granja psiquiátrica ubicada en la Hacienda San Nicolás, propiedad del Hospital González Valencia. El director del Hospital de ese año, Rodolfo Rey Nurcia, en el manual de procedimientos de los servicios de enfermos mentales agudos, sección hombres, expone los motivos de su decisión administrativa:

> En primer lugar: aceptar el hecho de que existe una población de más de ochocientos seres humanos[internos] […] Si se proyecta enviarlos a una granja utópica que hace 20 años se ha pensado hacer, y ya existe. ¿Por qué no hacerla aquí mismo y aceptar el hecho de que hay ya agregados 800 personas que por la larga convivencia e institucionalización y por su enfermedad no pueden adaptarse a la realidad? Conozco un informe de los Estados Unidos que demostró como los planes de sacar de los manicomios a los enfermos mentales resultaron en que estos pacientes en gran parte vinieron a quedar en peores condiciones al ser

[123] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida.: Resolución del ministerio de salud pública expedida el 25 de octubre de 1974.
[124] En la Correspondencia del Hospital se denuncia el internamiento de pacientes que no requieren la custodia en un hospital psiquiátrico, y que más bien debían ser remitidos a otras instituciones: "Bien sabe usted que muy frecuentemente son enviadas a este Hospital algunas personas que, por no ser enfermas mentales, deberían atenderse en asilos o en otras instituciones. Dadas las condiciones presupuestales y de acuerdo con las políticas del Ministerio, no es posible continuar admitiendo a estas personas". Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 19 de abril de 1976.

> explotados por gentes inescrupulosas que los tenían encerrados y cobraban las pensiones de vejez e invalidez para ellos.[125]

En 1976 se reactivó el proyecto de la granja en la Hacienda San Nicolás para los pacientes crónicos, con el aval de la Organización Mundial de la Salud. La granja era un intento institucional de desgravarse del mayor lastre para el ejercicio psiquiátrico disciplinario[126], los incurables.

La modernidad con sus dispositivos disciplinarios llega a algunos pacientes con mayor intensidad que a otros. La crisis hospitalaria, sumada a los factores que determinan las categorías de atención intramuros, la falta de financiamiento para la creación de un saber científico y de dispositivos progresivamente meticulosos, conlleva a que el HPSC se divida en dos: el Asilo y el Hospital Psiquiátrico para pacientes agudos. En el siguiente apartado se analizarán los métodos más o menos especializados del hospital psiquiátrico para entender su alcance y funcionalidad.

La mirada es una de las tecnologías transversales a la cárcel, el hospital psiquiátrico, la clínica, la factoría y la escuela, y, por tanto, es uno de los eslabones primarios de la relación institución-interno, de ahí que el siguiente apartado puntualiza sobre la observación de los enfermos mentales como una de las tecnologías más generalizadas en un ambiente de control pero también de diagnóstico.

[125] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 13 de Julio de 1975.

[126] Entiéndase por poder disciplinario, la posibilidad de retener, custodiar, vigilar y someter a un sujeto en sujeción física, en función de encausar sus acciones ha determinado marco de comportamiento institucional. En ese sentido, el psiquiatra tiene una serie de medios que se convierten en una extensión de su terapéutica: psicofármacos, el coma insulínico, los electrochoques, etc.

2.7. LA VIGILANCIA COMO CONTROL PRIMARIO EN LA RELACIÓN INSTITUCIÓN-PACIENTE

La red de vigilancia a la cabeza del médico psiquiatra director del HPSC, se articula a la mirada instruida de los empleados, una mirada que da cuenta de las actividades de los pacientes, sus mejorías o agravios. Los empleados se convierten en una extensión óptica del saber psiquiátrico.

> El médico Psiquiatra pasará visita diaria al servicio. El enfermero (y las auxiliares estudiantes si las hay) informará al psiquiatra de las novedades presentadas: pacientes nuevos) y estado en que han llegado, casos de cambio de conducta, agravación del comportamiento, excitación, rechazo de alimentos o de medicamento[127].

El anterior fragmento, resalta la relevancia de la sensibilidad óptica, no sola en el campo de la vigilancia al enfermo mental, sino también en la percepción fragmentada que tiene el personal médico y asistencial del interno.

> […] el control biopolítico comprende factores exteriores, como la procreación, el porcentaje de mortalidad o el estado de la salud. No está en condiciones de penetrar o intervenir en la *psyche* de la población. También el *big brother* en el panóptico de Bentham conserva solamente la conducta externa de los habitantes silenciosos, sin lenguaje. Sus pensamientos permanecen ocultos para él […][128].

En otras palabras, el enfermo mental se convierte en una representación coherente de la psicopatología. Ahora bien, el filtro de la visión, va en detrimento del *ambiente acústico*, ya que todas las palabras, exclamaciones y peticiones del enfermo mental son sonidos inaudibles por delirantes, que solo proveen datos al diagnóstico que lo silencia[129].

> Si las causas eran aún desconocidas o estaban implícitas en las teorías de la degeneración o de la debilidad constitucional, los recursos terapéuticos apuntaban a desterrar el síntoma, y a lograr una *restitución ad integrum* mediante la cual esa naturaleza trastornada, debería

[127] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. 5 de mayo de 1975.
[128] CHUL HAN, Byung. En el enjambre. Barcelona: Herder, 2014., p. 78.
[129] En ese orden de ideas el Hospital Psiquiátrico es una: "[…] tiene la función y el efecto concretos de suprimir, no la locura, sino sus síntomas, al mismo tiempo que el poder psiquiátrico ejercido en su interior y que fija a los individuos al asilo tiene, por su parte, el papel de realizar la locura." Tomado de: FOUCAULT, 1989. Michel. Óp. Cit. p. 300.

> regresar a sus carriles normales. Lo importante no era el contenido de la locura, sino el tipo de trastorno observado. Por eso el espacio de los manicomios, se ha considerado como un espacio predominantemente visual, donde se logra el registro de lo observado, pero poco se escucha el discurso emitido. Las preguntas se dirigían al cómo, y posteriormente a un porqué, en el interior del cuerpo; pero el discurso mismo es desechado como significativo, y sólo es válido en cuanto adquiere una racionalidad posible en el contexto expresivo de una *Semiología*. De allí que la empírea es el punto de partida que predomina en los tratamientos utilizados y el papel del alienista y su equipo de vigilantes, es el de encausar y reorganizar ese síntoma, que subvierte el equilibrio natural.[130]

El funcionamiento sincronizado entre enfermeros y auxiliares, le garantiza al director como médico psiquiatra de cabecera, una vigilancia óptica más o menos regular, sin descuidar su posición en las oficinas administrativas. Cuando sucede lo contrario, es decir, cuando el interno no es sometido a vigilancia es inevitable el desencadenamiento del conflicto que le es propio a la enfermedad, como se evidencia en el siguiente memorando de un enfermero:

> […] abandonó irresponsablemente su sitio de vigilancia encomendada, conociendo por su larga trayectoria en el Hospital, el peligro que corren estos pacientes mentales, cuando no se les somete a vigilancia […] Por las tensas circunstancias que está atravesando la Institución, por la conducta adversa, rebelde e indisciplinada tomada por el señor ORTIZ, en contra de la Entidad, a raíz de la última convención colectiva del trabajo y el orden y organización que el nuevo Director quiere dar al Psiquiátrico; es muy presumible y existen fuertes indicios de que el accidente se produjo no por descuido involuntario del inculpado, sino por franca rebeldía a trabajar a conciencia y responsablemente.[131]

Esa avanzada en la observación de los internos y la construcción de relaciones que tienen como puente un lenguaje especializado y unidimensional, son una expresión de la profesionalización del ejercicio psiquiátrico en el HPSC que, en cuestión de décadas, pasó de ser un centro religioso asilar que ofrecía custodia, contención, cura cristiana y observación, a un centro experimental y con una tradición científica[132] de la que se apropió la administración, para establecer *in situ*, un discurso de verdad, oficializado de forma accidentada.

---

[130] MANTILLA, Felipe Silva. Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia 1875-1930. Tesis de maestría. Medellín: Universidad Nacional de Colombia. 2012., p. 56.
[131] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 24 de abril de 1980.
[132] En carta dirigida al presidente de la junta asesora de Salud Mental, se habla de la necesidad de delimitar el contrato con la comunidad religiosa hospitalaria: “Se envió carta a la Madre General a Roma con copia del convenio (en vez de contrato) entre el Hospital y la Comunidad, en donde se

En palabras del ministro de salud pública en el año 1974: "[…] las funciones primordiales de cualquier instalación psiquiátrica son las de diagnosis, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales"[133]. Otro evento importante que coincide con el cambio de mando en los Hospitales del país, es la creación exponencial de clínicas psiquiátricas privadas[134], que oponen la eficiencia y el lucro al interés comunitario, la prevención primaria y la observación pos-hospitalaria. De hecho, la administración reiteradamente deja clara su función real y sus posibilidades, dentro de los recortes financieros y la reducida *planta médica psiquiatra*.

> […] Este Hospital no tiene manera de evitar las evasiones de los pacientes, ni mucho menos es un *manicomio criminal*. Cuando nos envían a una de esas personas y después se fuga, el Hospital y su personal debe perder mucho tiempo yendo a dar declaraciones en los juzgados por fuga de presos: el director, el Jefe de Enfermeras, los enfermeros de turno, etc.[135]

El director del Hospital concluye el oficio dejando claro que el "Hospital Psiquiátrico lo único que puede hacer es formular medicamentos en forma ambulatoria al paciente"[136], Y finalmente, afirmando que el único espacio al que podía ser remitido era el "Manicomio Criminal de la Picota, cerca de Bogotá"[137].

---

precisa que el Hospital da todas las facilidades a las Religiosas para sus prácticas de culto y de comunidad, pero se insiste en la unidad de mando y en la organización centralizada: todas las Religiosas trabajaran en el Departamento de enfermería". Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 21 de diciembre de 1975.

[133] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., Resolución número 007779 del 26 de octubre de 1974.

[134] Ya en el año 1976 se anunciaba el retiro de dos médicos psiquiatras que habían trabajado en el Hospital y que decidieron iniciarse exclusivamente en la consulta privada. La solicitud de renovar la planta de médicos psiquiatras de la institución, los seguros sociales y la universidad; está dirigida a el doctor Marco Aurelio Bueno, residido en Tamba U.S.A. En reacción al oficio redactado por el mismo, el Dr. Roberto Serpa Flórez anuncia que: "Hasta que no se estabilice bien la situación presupuestal y financiera del Hospital no me atrevo a ofrecerle a ningún otro colega que haga la aventura de venirse al país, corriendo el riesgo de pasar unos meses difíciles" Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. en el año 1976.

[135] Oficio enviado al Juez de instrucción criminal de Bucaramanga. Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. en el año 1976.

[136] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 16 de julio de 1976.

[137] Ibid.

La latencia de la peligrosidad de los díscolos se condensó catorce años hasta convertirse en amenaza pública. Los estamentos militares advirtieron en un oficio enviado al HPSC el 25 de abril de 1980, que la "invasión por locos" los obligaría a declarar estado de sitio dominical en Bucaramanga, por lo que el director científico del HPSC Javier Jerez Medina, respondía al comandante general de la Quinta Brigada de la ciudad que:

> […] se ha venido difundiendo mal intencionadamente una inminente "invasión por locos" a la ciudad de Bucaramanga […] un equipo de trabajo, que al ser escaso aun, por desgracia, el número efectivo no puede dar abasto para en los fines de semana cubrir la atención de los pacientes.[138]

En síntesis, el HPSC no logra librarse del todo de las tradiciones que le precedían: La Orden de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús tenía funciones de enfermería y en el caso de los crónicos, la atención era plenamente asilar antes que médica. Los médicos psiquiatras se veían maniatados en su ejercicio, por la iliquidez financiera y la escasez de recursos. En ese orden de ideas, la psiquiatría santandereana no logró aplicar una terapia científica, partiendo de "[…] los instrumentos necesarios para descubrirla, las categorías indispensables para pensarla y el lenguaje adecuado para formularla en proposiciones"[139].

Como institución inmunológica el hospital se enmarca entre las sociabilidades intramuros, endógenas, con una lógica que pertenece al territorio del hospital psiquiátrico en sí y una dinámica extramural que hace eco y está en constante diálogo con lo que sucede dentro del HPSC.

En ese juego de polaridades (intramuros-extramuros, enfermedad-libertad), los internos también se dividen en dos grandes grupos forzosamente: agudos y crónicos, en otras palabras, entre quienes reciben atención psiquiátrica y quienes únicamente son asilados indefinidamente.

---

[138] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 25 de abril de 1980.
[139] FOUCAULT. 2008. Óp. Cit. p. 269.

La distinción, la polarización de la atención da cuenta de unos métodos más refinados y en progresión desde la entrada del paciente en la institución, mientras por otra parte, resalta el manicomio para los enfermos crónicos institucionalizados; sin embargo, entre líneas siempre estuvo un sector de médicos asociados en ASCOFAME que buscaban superar el abismo entre dos concepciones de atención opuestas, con el fin de volver el Hospital Psiquiátrico un centro humanístico y científico, ya con la formación de nuevos médicos en constante migración de métodos, en un diálogo permanente a través de eventos nacionales y latinoamericanos, con influencia norteamericana del quehacer psiquiátrico.

3. HISTORIA DE LA DIVISIÓN DE SALUD UIS, 1967

El sentido […] es una especie de botín. El poder es lo único que permite que las cosas participen de un sentido. Desde este punto de vista, el poder es cualquier cosa menos una coerción muda y absurda. El poder es elocuente. Articula el mundo nombrando las cosas y determinando su <<hacia donde >> y su <<para qué>>.
El poder crea significatividad configurando un horizonte de sentido en función del cual se interpretan las cosas. Las cosas solo se vuelven significativas y obtienen un sentido en atención al poder.
Sobre el poder, Byung Chul Han.

La creación en 1967 de la División de Salud de la UIS trajo cambios significativos a lo que anteriormente era la UIS, una universidad masculina e ingenieril de pequeño tamaño en una ciudad intermedia en proceso de urbanización. La UIS en tres años se convirtió en un centro holístico y humanista, incluyendo de forma decisiva a la mujer como profesional en el campo de la salud y de las humanidades. Asimismo, arraigó el concepto de comunidad, acentuando el compromiso de la universidad con la sociedad. Son de ese momento los discursos universitarios no alineados con la guerra de ocupación norteamericana a Vietnam y Latinoamérica, así como la oposición a las directrices del Banco Interamericano de Desarrollo.

La Universidad Femenina de Santander se integró a la División de Salud en el año 1967 y las estudiantes de dicha universidad marcaron un antes y un después en la historia de la UIS. Las universitarias rápidamente convirtieron la enrarecida presencia femenina en las carreras ingenieriles en un fenómeno normalizado en las carreras de Trabajo Social (la primera carrera de humanidades en la UIS) y de la División de Salud. Así, el trabajo práctico de las estudiantes de la Universidad Femenina se desarrollaba en la Escuela Normal de Señoritas, en diversos jardines infantiles, en el Centro de Salud del barrio Las Américas, en el Asilo Santa Teresita y en el Asilo San Rafael. Posteriormente, con la fundación de la División de Ciencias de la Salud, estas prácticas se trasladaron al Hospital Universitario Ramón González Valencia y al HPSC.

La revolución cultural motivó, en la universidad pública, las revisiones históricas e impulsó a la asociación de sectores dentro de los estamentos profesorales y estudiantiles, motivados por la democratización de la salud y la educación pública, pero además por un cambio estructural de la geopolítica del desarrolló, así como del destino trágico de una nación relegada al ostracismo y a la Violencia. De forma casi espontanea, organizaciones como ASCOFAME[140], abanderaron el desarrollo de una infraestructura pública de hospitales universitarios, divisiones de salud y facultades de medicina en el país urbano, que crecía vertiginosamente, como un rizoma[141] de improvisación reticular, insalubridad y hacinamiento.

[140] La Universidad Industrial de Santander tiene condiciones apropiadas para afrontar la creación de una Escuela de Medicina y se beneficiará con ella en su calidad de institución docente universitaria. Por otra parte, la Universidad tiene una extensa área de atracción estudiantil, no limitada al departamento de Santander. La demanda de estudios médicos por parte de los bachilleres del área de influencia de la Universidad Industrial de Santander, permite prever un cuerpo estudiantil suficientemente numeroso y de buen nivel académico.
La ciudad de Bucaramanga cuenta con un cuerpo médico idóneo para atender las necesidades inmediatas de la docencia en la mayor parte de las ramas clínicas. […] Existen en Bucaramanga dos hospitales capacitados para ser convertidos en servicios docentes universitarios. Asimismo, el área de influencia de la ciudad tiene una red de instituciones preventivas y asistenciales muy apropiadas para organizar un programa de regionalización de servicios de salud (110). Tomado de: PRADILLA ARDILA Gustavo. “Testimonio vivo: una historia de 50 años”. En: UIS. División de Salud UIS 50 años. Medio siglo forjando ciencia, ética y humanismo. Bucaramanga: Iris Impresores, 2016., p. 46.

[141] En este caso se tomará como referencia la introducción del texto Rizoma de Gilles Deleuze: “1° y 2° principios de conexión y de heterogeneidad: cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro, y debe serlo. Eso no sucede en el árbol ni en la raíz, que siempre fijan un punto, un orden. El árbol lingüístico, a la manera de Chomsky, sigue comenzando en su punto S y procediendo por dicotomía. En un rizoma, por el contrario, cada rasgo no remite necesariamente a un rasgo lingüístico: eslabones semióticos de cualquier naturaleza se conectan en él con formas de codificación muy diversas, eslabones biológicos, políticos, económicos, etc., poniendo en juego no sólo regímenes de signos distintos, sino también estatutos de estados de cosas. En efecto, los agenciamientos colectivos de enunciación funcionan directamente en los agenciamientos maquínicos, y no se puede establecer un corte radical entre los regímenes de signos y sus objetos. En lingüística, incluso cuando se pretende atenderse a lo explícito y no suponer nada de la lengua, se sigue estando en la órbita de un discurso que implica todavía modos de agenciamiento y tipos de poder sociales y específicos. La gramaticalidad de Chomsky, el símbolo categórico S que domina todas las frases, es un marcador de poder antes de ser un marcador sintáctico: construirás frases gramaticalmente correctas, dividirás cada enunciado en sintagma dominial y sintagma verbal (primera dicotomía...)”. DELEUZE, Gilles. Rizoma (Introducción). Valencia: Pretextos, 1997., p. 37.

3.1. LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

La profesionalización de la medicina en Colombia tiene una serie de momentos acompasados, donde existió y existe un diálogo con el mundo globalizado del siglo XX. Si bien en el ámbito nacional, desde los años treinta del mismo siglo, en el periodo conocido en la historiografía colombiana como "La República Liberal"[142], se avizora un proceso de institucionalización de las políticas sanitarias como fundamento esencial de progreso y la modernización; solo hasta finales de los años cincuenta se concretaron los esfuerzos de crear las instituciones de enseñanza superior con la financiación internacional[143]. Así, la Fundación Rockefeller, con incidencia en las políticas sanitarias latinoamericanas, medió la institucionalización de su propio modelo en la periferia, al igual que:

> La Oficina Sanitaria Internacional […] la Fundación Kellogg, el Instituto Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), la Oficina Sanitaria Panamericana, que a partir de los años 40 construyen nuevos escenarios de cooperación con los Estados Unidos, en el marco de la "Política del Buen Vecino.

La Organización Panamericana de la Salud, nace como una extensión del servicio de salud pública norteamericano, aunque a lo largo del siglo XX se halla

[142] "En las dos décadas que distancian la reforma constitucional de 1936 del pacto frente nacionalista de 1957 se produjeron una amalgama de hechos que se sucedieron con un vértigo y una velocidad inusitados: a las reformas sociales, tanto de orden constitucional como legal, siguió el freno impuesto cuatro años después durante el gobierno de Eduardo Santos; la llama aún vigente en el imaginario con que se reeligió a López Pumarejo se cerró con el intento de golpe de Estado y la represión a los sindicatos navieros por parte del presidente encargado, Lleras Camargo; el resurgimiento de una propuesta popular fue acallada con el rigor de las balas en 1948 y dio inicio a lo que se conoció como 'La Violencia'; al golpe de Estado y la dictadura de Rojas Pinilla, que aglutinó facciones de los dos partidos, le sucedió el acuerdo convivialista o consociacionalista (un matrimonio, por las frases y dejos que se utilizan en el manifiesto conjunto) de que habla Hartlyn , ya entre los dos partidos en 1957." ROMERO TOBÓN, Juan Fernando. De la República Liberal a la transacción liberal conservadora: disonancias y consonancias. En: Pensamiento Jurídico. Enero - abril, 2013, no. 35., p. 35-60.

[143] "[…] apoyando la creación del Instituto Nacional de Epidemiología y la Escuela Nacional de Enfermeras (1942), del Ministerio de Higiene (1946) y el Ministerio de Salud (1953). En tal orientación, se dieron cambios determinantes en el campo de la educación médica y en la atención hospitalaria, con la intervención de la Misión Humphreys (1948) y la Misión Lapham (1953), creándose varias facultades de medicina, bajo el modelo flexneriano". CASTRILLON. María del Carmen. La atención de la locura en la beneficencia de Cundinamarca durante el periodo 1950-1970. Una lectura desde las historias clínicas. En: Documento de trabajo, 2018, no 174., p.37.

“latinoamericanizado”, especialmente desde fines de los años 50. Debido a la creciente presencia de funcionarios oriundos de Latinoamérica y a la importancia de crear oficinas nacionales y de institutos especializados en el continente[144].

Los planes de desarrollo norteamericanos, que eran el dique político para contrarrestar la ola de transformación latinoamericana agitada por la revolución cubana, se concentraron en fortalecer las instituciones educativas y de salud que el Estado había olvidado o que nunca llegaron a existir.

En síntesis, la división de ciencias de la salud fue una iniciativa local que conjugó la inversión norteamericana por medio de los planes de desarrollo, una revolución del rol de la mujer en la sociedad bumanguesa y finalmente, pero no menos importante, la profesionalización de la medicina en los años subsiguientes, con lo que se sumaba capital cultural y académico a los hospitales públicos de la región, incluido el HPSC, puntualmente a través de la figura de estudiantes en prácticas universitarias como auxiliares del reducido número de psiquiatras en la institución.

3.2. LA PROFESIONALIZACIÓN DEL QUEHACER PSIQUIÁTRICO EN SANTANDER

La historia de la profesionalización de la salud pública en Santander se divide en dos con la rectoría de Juan Francisco Villarreal en la Universidad Industrial de Santander (UIS) en el año 1968. Aunque ya en la década de los setenta los hospitales universitarios públicos como el HPSC aún se dividían en:

> “[…] un Hospital de mujeres, un Hospital de Hombres, una especie de Hospital Universitario. En el primero son factor de poder las Religiosas y en el segundo el Sindicato. No hay actualmente estructura administrativa en el Hospital Psiquiátrico […]”[145].

[144] CUETO, Marcos. Entrevista realizada en Rio de Janeiro. Entrevistador: Gustavo Correa Matta. [En línea] (Recuperado el 16 de septiembre 2017) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n2/11.pdf

[145] (AHHPSC), Correspondencia enviada y recibida, (Bucaramanga, Julio 21 de 1975).

La creación de la División de Salud, en el año 1967, marca el compás de una profunda transformación en el que hacer de las ciencias de la salud en general y en la psiquiatría particularmente, un cambio que responde a la financiación norteamericana con las reformas institucionales de la UIS, con un precedente inmediato en el Plan Unesco, durante la rectoría de Rodolfo Low Maus. Sin embargo, las manifestaciones de rechazo del movimiento estudiantil, por la aparente vulneración de la autonomía universitaria no se hicieron esperar, a pesar de que la UIS ha sido una institución construida desde sus cimientos con capital cultural, técnico y financiero internacional.

Con el fin de interpretar adecuadamente el anterior boceto de una época que se sobrepuso a sus contradicciones, es necesario remontarse algunos años atrás para ver en perspectiva el proceso de ampliación de la oferta educativa de la universidad hacia las humanidades y las ciencias de la salud en los periodos de rectoría más recordados por los estudiantes y profesores de ese momento histórico.

En primer lugar, la División de Salud de la UIS es una avanzada menos circunstancial que la misma creación de la Universidad Industrial de Santander en 1948. Antes, durante y después de la fundación de la universidad, son los migrantes europeos y los refugiados de la Guerra Civil española quienes se comprometen a redimensionar el frágil desarrollo de Santander, liderando directamente la instrucción superior en ingenierías, por medio de un instituto técnico industrial de corte europeo en una región destinada a los oficios agrícolas de supervivencia y a la pequeña industria[146].

El carácter unidimensional de la formación profesional en la etapa inicial de la UIS (1948-1967), es inducido por Julio Álvarez Cerón en el año 1948 inicialmente en el Instituto Técnico Dámaso Zapata y luego en la UIS. Tras la renuncia de Álvarez

[146] ACTON, Rudolph P. La universidad latinoamericana: Calve para un enfoque conjunto del desarrollo coordinado social, económico y educativo en la América Latina. Edición digital. Christian Hernández. (Recuperado 15 septiembre de 2018). Disponible en: http://www.notasobreras.net/images/stories/pdf/moes71/atcon_la_universidad_latinoamericana.pdf

Cerón a la rectoría en el año de 1957, Rodolfo Low Maus toma las riendas de los planteamientos fundamentales de la UIS. Ambos rectores son refugiados españoles por su oposición al régimen falangista del General Francisco Franco y también son pioneros en la formación profesional en una región que los recibe como segunda patria[147].

En el año inmediatamente posterior a la renuncia del rector Julio Álvarez Cerón, se constituye a nivel nacional un organismo descentralizado vinculado a la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), con el financiamiento del Fondo Universitario Nacional (FUN). En ese momento, las universidades pasan a ser entidades autónomas con personería jurídica, además de mediar en la gestión de sus patrimonios ante las notarías departamentales; inclusive las universidades quedan exentas de impuestos y pueden realizar una reestructuración de la dirección universitaria en todos sus niveles[148].

El Dr. Francisco Villarreal fue la cara de la reforma universitaria en la UIS, un cambio significativo que alineo a la universidad pública con la formación norteamericana. La educación es un campo fértil para la difusión ideológica, sin embargo, el plan de desarrollo antes que contener o eliminar la influencia comunista entre los estudiantes y la sociedad en general, profundizó el concepto de universidad al introducir progresivamente las carreras humanísticas y de la salud que precisaban los santandereanos, en un contexto donde los nuevos sectores marginales precisaban de la asistencia social que el Estado hacia llegar parcialmente a través de la universidad pública. En ese orden de ideas, no es coincidencia el estrecho vínculo entre el HPSC y la División de Salud de la UIS, a través de dependencias como la oficina de salud mental de la UIS en el HPSC o la práctica académica como resultado de la línea de pensum psiquiátrica en la carrera de medicina.

[147] LEÓN GUARÍN, Libardo. Las universidades de posguerra. En: Respuesta Universitaria, No. 53; p. 5-7.
[148] ACEVEDO TARAZONA, Álvaro. Óp. cit, p. 90

3.3. LOS RECTORES DE LA REFORMA

Ulteriormente, el rector Rodolfo Low Maus aprovechó la coyuntura política del Frente Nacional en el panorama estatal, para proyectar un modelo universitario tanto técnico profesional como científico y en 1959 emprendió una serie de tareas tendientes a fortalecer el mencionado proyecto de la UIS. Fueron cinco sus frentes de trabajo: la creación de una División y de un Instituto de Investigaciones Científicas, la creación de una Facultad de Ingeniería Industrial, contratación de nuevos profesores, expansión de la Universidad, además de estudios y reformas al reglamento con el fin de acoplarlo al nuevo régimen administrativo y a la autonomía proclamada por la Ley 277 del 16 de julio de 1958[149]. El modelo universitario europeo en la rectoría de Rodolfo Low Maus se instauró de forma definitiva en el año de 1958.

En el siguiente periodo rectoral, Juan Francisco Villarreal dio un viraje al timón de la UIS en 1968, para evitar encallar en una isla de facultades ingenieriles unitarias y marchar a estribor, hacia un archipiélago de divisiones, facultades y áreas del conocimiento universal; es decir, hacia el modelo norteamericano de universidad. En ese orden de ideas, la creación de la División de Salud UIS y la División de Humanidades corresponde al Plan de Desarrollo “la Universidad hacia Afuera” de 1966.

La UIS estableció el modelo norteamericano con una reforma académica, a pesar de las expectativas negativas sobre la aplicación del estándar en América Latina. Los principales obstáculos fueron la falta de personal calificado y la descontextualización del modelo. Sin lugar a dudas, modernizar la universidad colombiana tenía que ver con “[…] ajustar sus contenidos y resultados a las

[149] Ibid. p. 91.

demandas de la economía, con un nuevo énfasis en las áreas técnicas y de ciencias sociales"[150].

Dentro del modelo expansionista norteamericano, Latinoamérica fue ficha cardinal en el sector energético, sin embargo, en ese momento solo existía un exceso de materias primas, pero escaseaba la ciencia, la tecnología y la mano de obra calificada para su producción o adecuación. El método para instrumentalizar el sector productivo, en las naciones al sur del continente, combinó el empréstito para proyectos en diversas áreas del sector educativo y el envío de misiones de expertos en la formulación y ejecución de planes de desarrollo y el fortalecimiento de la educación técnica.

Es importante resaltar una serie de conferencias internacionales que incidieron inicialmente en la cultura política e ideológica de Latinoamérica y abonaron el terreno a las reformas educativas continentales. La Conferencia de Punta del Este en Uruguay en el año de 1961, fue el primer ladrillo en una sólida "cortina de concreto" para frenar la avanzada de la influencia de la Revolución Cubana en los países de América Latina y afianzar las bases más fuertes del capitalismo sin mayores traumatismos sociales y políticos; con el mismo propósito sobrevinieron encuentros en Estados Unidos, en El Paso, Texas y la Universidad de California en 1962, a las cuales asisten rectores y personal adscrito a los gobiernos de América Latina.[151]

La teórica Mirna Jirón Popova, atribuye el éxito del proyecto educativo técnico-científico en Latinoamérica a una lógica geopolítica, que se remonta a una Europa fragmentada en la posguerra mundial y al consecuente liderato de Estados Unidos en sus políticas expansionistas[152].

---

[150] Ibid. p. 67.
[151] ROSTOW, W Walt. Las etapas del crecimiento económico: un manifiesto no comunista. España: Centro de Publicaciones, 1993., p. 342
[152] POPOVA, Mirna Jirón. Formación tecnológica y universidad pública en Colombia. En: Revista Científica. Noviembre, 2013, Vol. 1, no. 17.p. 47.

Regresando a la UIS en los años sesenta, con la Reforma Académica de Juan Francisco Villarreal en marcha, el presupuesto del Gobierno Departamental para auxiliar la creación de la División de Salud anexa a la Universidad Industrial de Santander, es de quinientos mil pesos en 1965; mientras que para el fomento del proyecto de ley de la creación de la Unidad de Ciencias de la Salud en Bucaramanga se destinan dieciocho millones en 1968, la sesión es precedida por el representante Antonio Cacua Prada ante el Parlamento Colombiano[153].

Paralelamente, en los sectores más distantes a la administración, como el movimiento estudiantil, empieza a calar la teoría de la dependencia y a ser un punto de quiebre con el discurso del Frente Nacional y la Alianza para el Progreso. Dichas instituciones son increpadas por encauzar la universidad pública colombiana hacia las necesidades desarrollistas. El método que denuncia el sector más contestatario del estamento estudiantil y profesoral, es el paso a seguir después de la inversión estadounidense de cuarenta y ocho millones de dólares, de los cuales, veinticinco son destinados a la educación superior. La inversión estadounidense en la educación superior latinoamericana, responde a la demanda de personal con instrucción técnica y capacidad de decisión gerencial.

Las universidades nacionales públicas como la Universidad Industrial de Santander (UIS), la Universidad de Antioquia (UDEA), del Atlántico, de Caldas, la Nacional (UNAL) y la del Valle (Univalle), dan un salto sincronizado al modelo norteamericano. En el caso de las instituciones privadas, la Universidad de los Andes es el modelo primigenio de dicha transformación estructural. En la esfera regional, la UIS lidia con la polarización de los estamentos universitarios y la tensión irreprimible de una confrontación que roza con las vías de hecho. Por un lado, la administración universitaria avala la mediación militar dentro del campus, mientras

[153] GAVASSA VILLAMIZAR, Edmundo. La salud en Bucaramanga. Bucaramanga: La Bastilla, 2017., p. 131.

el “foco comunista” estudiantil deriva en un componente de la guerrilla del Ejército de Liberación Nacional (ELN)[154].

Definitivamente, la reforma académico-administrativa de 1967 no tuvó el impacto de reconocimiento que deseaba el rector Villarreal con su gestión institucional, al menos en el estamento estudiantil. En ese periodo se agregaron varios programas de ingeniería con docentes graduados en universidades de Estados Unidos, Europa y Gran Bretaña, incluyendo a Cambridge; finalmente, se construyó la División de Ciencias de la Salud, con un Hospital Universitario acorde a las demandas académicas y sociales de la región[155]. Fuera del campus se avanzó en la firma de convenios académicos con tres universidades norteamericanas: Kansas State Teacher College, Kansas State University y Adams College de Colorado.

3.4. COMITÉ PRO-FACULTAD DE MEDICINA UIS

La inversión extranjera en la educación superior nacional polarizó las filiaciones políticas en el contexto de la Guerra Fría. El antecedente para las reformas académico-administrativas de la UIS, era el seminario de 1963 en El Paso, Texas; pero el tránsito definitivo sucedió entre enero de 1966 y agosto de 1967, cuando salieron a la luz pública documentos básicos que señalan el “Gran acuerdo universitario”, para la planeación de la educación superior en Colombia. Allí se agradeció la “valiosa ayuda” de la Comisión Asesora de la Universidad de California bajo la dirección de George C. Félix[156].

El proyecto de una División de Salud en Santander encontró su momento en la iniciativa conjugada de médicos santandereanos con estudios universitarios nacionales e internacionales. De este modo, en Bucaramanga un grupo de médicos,

[154] ACEVEDO TARAZONA, Álvaro. Un ideal traicionado: vida y muerte de los movimientos estudiantiles en el ELN. Bogotá: Intermedio, 2006., p. 80
[155] VILLAREAL, Juan Francisco. Historias de un abuelo afortunado, relatos de una vida en mis tiempos. Bogotá, 2001. p. 51.
[156] ACEVEDO. 2006. Óp. cit., p. 89.

en su mayoría docentes de la Universidad Femenina, liderados por Roso Alfredo Cala Hederich y Rafael Azuero Riveros, concretaron una reunión con el rector Juan Francisco Villarreal Buenahora, para evaluar la posibilidad de crear una División de Salud en Bucaramanga[157].

La Facultad de Humanidades se concibió desde la carrera de Trabajo Social. En consecuencia, se define la idea de dar al estudiante una formación profesional con sentido humanístico a través de la Facultad de Ciencias Humanas y con proyección social mediante las Divisiones de Ciencias de la Salud. Este último proyecto émulo la formación de las universidades norteamericanas[158].

La División de Salud contó con el respaldo institucional de la UIS, incluso antes de su fundación, además de la financiación del gobierno departamental y con el plan de desarrollo “la Universidad hacia Afuera” a su favor.

La División de Salud fue un punto de inflexión con un antes y un después en la proyección de la universidad hacia la comunidad y hacia el desarrollo regional. Esta reforma impulsada en la UIS desde el segundo lustro de los años sesenta y avalada por el Plan Básico para la Educación Superior en Colombia (según los lineamientos acordados por una misión de la Universidad de California en los años de 1966 y 1967), no alcanzó el éxito esperado en su intento de regionalizar el sistema académico y suprimir las tradicionales facultades unitarias, limitadas a las carreras de ingeniería y a un volumen reducido de matrícula, así como en su intento de dividir la formación en tres niveles de preparación: el básico general, de iniciación en el conocimiento de las disciplinas científicas; el nivel intermedio para fundamentar las áreas básicas en cada área de formación, tecnológica o de salud, y el nivel superior para la profesionalización de cada carrera[159].

[157] PRADILLA ARDILA, Gustavo. División de Salud UIS. Medio siglo forjando ciencia, ética y humanismo. En: Cátedra Libre, marzo, 2017, no. 190., p. 10-14.
[158] ACEVEDO. 2006. Óp. cit., p. 17.
[159] ACEVEDO. 1998. Óp. cit. p. 295.

La asociación de médicos, ASCOFAME, velaba por las necesidades en el campo de la salud y la educación de los sectores más vulnerables de la ciudad. Estos médicos coincidían en el trabajo dentro del HPSC, así como en la División de Salud UIS y tenían la confianza de mejorar y ampliar los servicios de salud pública santandereana. En ese proyecto, la universidad fue una piedra angular, para la avanzada de la educación como bandera de progreso social.

3.5. LA DIVISIÓN DE SALUD UIS

Figura 6. División de Salud en la década de los ochenta

Así se veía la División de Salud en la década de los ochenta. A la derecha, el Hospital González Valencia, y los edificios Eloy Valenzuela, Ciencias Básicas y Orlando Díaz Gómez. El edificio Roberto Serpa aún no se había construido. Fotografía tomada del periódico *Cátedra Libre* de la UIS, en el aniversario de la División de Salud UIS, marzo de 2017.

El acelerado desarrollo de la UIS y sus nuevas áreas de oferta académica justificaron la implementación del modelo norteamericano de educación; el año de 1967 fue testigo de la creación de la División de Humanidades, la División de Ciencias Básicas, la División de Ciencias Físico-Químicas, la División de Ciencias Físico-Mecánicas, Ciencias de la Salud e Investigaciones.

Dicho momento fue significativo para el desarrollo regional de las ciencias de la salud, porque la profesionalización del ejercicio médico consiguió hacerle frente a la “fuga de cerebros”. La Universidad Industrial de Santander presentó a la Asamblea del Departamento, el proyecto de creación de la Facultad de Medicina, solicitando el auxilio para la elaboración del estudio correspondiente. Por

Ordenanza No. 43 del 9 de noviembre de 1965, la Asamblea Departamental autorizó la creación de la Facultad de Medicina. Es nombrado coordinador de este proyecto, el doctor Roso Alfredo Cala, quien inició sus labores el día 15 de noviembre del mismo año, siendo jefe de la Oficina de Planeación de la UIS, el arquitecto Carlos Enrique Viviescas y rector de la Universidad, el doctor Juan Francisco Villarreal.

El proyecto contó con la asesoría de un Comité Médico y un Comité Económico, que además de las labores de promoción se encargó de complementar el estudio presentado en julio de 1966 ante Raúl Paredes Manrique, presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Alfonso Mejía del Ministerio de Salud Pública y finalmente ante las autoridades académicas y el Consejo Superior, en el mes de agosto de 1966. En este mismo mes, el proyecto fue presentado en Bogotá por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAPEM). Su justificación se basó en el desarrollo de la Universidad y en el paupérrimo estado asistencial en el nororiente colombiano.

Posteriormente el crecimiento vertical (especializaciones, maestrías y doctorados), se integró a la UIS como fundamento misional para ofrecer oportunidades de educación continuada a los profesionales de la salud. El proceso de profesionalización médica y de especialización fue un éxito en la División de Salud, principalmente porque estudiantes egresados y profesores se radicaron en el oriente colombiano y especialmente en el Departamento de Santander, contribuyendo al desarrollo académico de la ciudad y de la región.

Asimismo, la UIS se ensanchó en sus estamentos, en sus instalaciones y también creció verticalmente en su oferta académica de posgrado al finalizar la década de los sesenta. Los pioneros esfuerzos por crecer verticalmente se patentaron en el posgrado en Ingeniería Química, evaluado por la Unesco en 1969, dichas iniciativas tuvieron eco en la rectoría de Neftalí Puentes Centeno y sus sucesores, Carlos F. Guerra Hernández, Roberto Jaimes Durán, Santiago Pinto Vega, Pedro García

Arenas, Cecilia Reyes de León y Álvaro Rueda Gómez. Solo hasta el año de 1978 se formalizaron los programas de educación continuada, cuyos lineamientos se remonta a 1970 con el proyecto de Educación Continuada en Ingeniería de la UIS.

En el año de 1968 terminó el periodo rectoral de Villarreal, a pesar de la inconclusa transición al modelo universitario norteamericano, nada más propicio entonces para los líderes del Frente Nacional, que nombrar como rector a Neftalí Puentes, para representar sus intereses. Cabe recordar que algo similar le sucedió a Julio Álvarez Cerón, quien algunos años atrás fue señalado, por la misma elite política regional que en ese momento sacó a Villarreal de la rectoría, por no manifestarse de manera abierta en contra del General Rojas Pinilla, aun cuando se reconoció su gran labor en la creación de la UIS; la misma elite revanchista que tildó a Rodolfo Low Maus de prohijar el comunismo en la UIS, después de contribuir a forjar el modelo de universidad para América Latina.

El relevo administrativo del ingeniero químico Neftalí Puentes Centeno, chocó con un movimiento estudiantil unificado en su descrédito a la figura del rector y sin los recursos para cumplir todos los objetivos del Plan de Desarrollo legado. Si Juan Francisco Villarreal fue el gestor y orientador del tránsito hacia el modelo universitario norteamericano en la UIS (1962-1968), Neftalí Puentes Centeno fue quien impulso el empréstito con el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- (1969-1971), para hacer efectivo el Plan de Desarrollo. Dicho empréstito se puso en marcha en el año de 1973 con 5.9 millones de dólares, con el propósito de librar a la universidad de la asfixia económica que le impedía responder a su crecimiento y a la ampliación de nuevas carreras profesionales[160].

A principios de la década de los setenta se dio luz verde al “Plan de Desarrollo 1971-1975”, con la consultoría académica y fiscal de diagnóstico de la Kansas State University, la Kansas State Teachers College y Kansas University. El desarrollo de la UIS no solo se tradujo en cemento, urbanización y remodelación de los espacios

[160] ACEVEDO. 1998. Óp. cit. p. 183.

del campus universitario; de hecho, los edificios que cambiaron el rostro a la universidad en esa década se han arraigado en la comunidad universitaria. Son edificios de esa época la Biblioteca Central, el edificio de Ciencias Básicas, el Auditorio Luis A. Calvo, Bienestar Universitario y la infraestructura para Ciencias de la Salud. Por otra parte, se ahondaron los esfuerzos para la adquisición de material bibliográfico, la adquisición de un centro de cómputo y de equipos para los laboratorios, además de la infraestructura para su instalación y uso con la asesoría de la Western Kentucky University[161].

A pesar de los progresos previamente señalados, en la editorial de la revista de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia para enero-junio de 1975, el médico Emiro Trujillo reflexionó sobre el problema hospitalario nacional, en un artículo que hizo parte de la editorial en la revista de medicina de la División de Salud de la UIS del año 1976. Emiro Trujillo introdujo la editorial cavilando el problema de los hospitales universitarios como centros de investigación con alta tecnología para la enseñanza, en su opinión, los hospitales universitarios eran núcleos de poder político de segundo orden, aunque en ese momento no tenían financiación plena por parte del Estado. La mala administración, el derroche, la ineficiencia y el mal manejo de fármacos con comprobada toxicidad, devino en una pérdida de credibilidad institucional.

En Colombia en el año de 1975, año de la publicación del artículo, quien velaba por la salubridad de la población nacional era el Estado Colombiano por mandato constitucional. Partiendo de esa premisa, los hospitales públicos del país debían integrarse en su totalidad al Ministerio de Salud Pública en función del cumplimiento constitucional. De forma sintética, la editorial expuso a los lectores el alarmante estado de la cobertura médica nacional, aproximadamente el 50% de la población residía en zonas rurales donde la posibilidad de acceder a los servicios de salud era muy limitada, de ahí la crítica a un olvido histórico de la situación del campesino y

[161] SORZANO PUYANA. Augusto. Reseña histórica UIS 40 años. En: Vida UIS. 1988., p. 4.

del asalariado rural; en contraste, los terratenientes podían recibir inmediatamente atención en las ciudades, con la alta tecnología de los centros de salud mejor financiados del país. Por otra parte, es de resaltar que la mayoría de hospitales regionales en las zonas rurales solo figuraban en los documentos oficiales pues "brillaban por su ausencia"[162], a pesar de que, en palabras de la Dra. Elizabeth Trillos:

> […]Las enfermedades mentales seguían en aumento y los estudiantes de medicina tenían que salir preparados para enfrentar las enfermedades mentales, y la depresión que es una enfermedad mental, era como la tercera causa de morbilidad en el mundo, es decir, las enfermedades por depresión son muchísimas[163].

En el siguiente artículo de divulgación académica se condensan los problemas administrativos que durante lustros afectaron al sector de la salud pública del país. Para esos años, la crisis de la salud se ahondó en proporción a los nimios aportes financieros para la construcción de unidades hospitalarias en el Plan de Desarrollo de 1977. En el año de 1977 la actividad académica e investigativa de la División de Salud de la UIS, se vio entorpecida por la intervención de:

> […] movimientos anarquizantes de inspiración extrauniversitaria que pretenden imponer por asalto e intimidación reiterada la elección y permanencia de directivas dóciles plegadas a su demagógica voluntad, además de contar con el apoyo de una prensa desorientada y dogmática que solo entiende el acontecer universitario desde la ambición burocrática de sus directores o redactores de turno[164].

Según la editorial de la *Revista de Medicina de la UIS*[165], la División de Salud no poseía legalmente el terreno de las instalaciones de la facultad y los médicos

---

[162] TRUJILLO, Emiro. El problema hospitalario. En: medicina UIS. Enero, 1976, no. 6., p. 71-72.
[163] TRILLOS, Elizabeth. Óp. cit..
[164] Ibid., p. 76.
[165] Es importante resaltar la labor editorial, investigativa y de difusión de los estudiantes de medicina a través de "Medicas UIS", las reseñas históricas y la publicación de los avances médicos permiten un acercamiento de la comunidad académica con su historia: "Los estudiantes de Medicina agenciaron una nueva publicación científica: Revista Médicas UIS. Jóvenes inquietos como Henry Humberto Balaguera Navas, Deyanira Corzo Cuevas, Francisco Hernando Camacho Olarte, Sergio Mauricio Fernández Barrera, Marcela María Ortiz y William Aníbal Villamil Villar, bajo la orientación del profesor Roso Alfredo Cala, promovieron esta publicación en 1987. Su propósito era "(...) brindar a la comunidad médica conocimiento que cumpla con los más reconocidos estándares internacionales de calidad editorial" (46); además, era la primera revista científica creada y editada por estudiantes de pregrado de Medicina y la tercera en antigüedad en América Latina. Tomado de:

formados por la UIS no daban abasto en la atención de una región en pleno crecimiento demográfico, sin contar la extensión de la atención hospitalaria a las regiones del Cesar, Norte de Santander, Arauca, sur de Bolívar y Norte de Boyacá. Este panorama de precariedad se generalizó en todas las unidades hospitalarias de la ciudad de Bucaramanga.

Figura 7. Editorial de la Revista de Medicina 1977

Fuente: Revista de Medicina del año 1977, Vol. 7, No. 7.

Sin embargo, en una proyección de quince años, desde la fundación de la División de Salud de la UIS, el objetivo institucional se realizó de forma significativa: se duplicaron los cupos de admisión, que en ese momento eran doscientos cincuenta en Medicina y en otras ramas de la salud como Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Nutrición y Enfermería; así mismo se incrementó el número de profesores en ciento cincuenta, de los cuales noventa eran de tiempo completo.

En esos quince años, se alcanzó el número de 1000 profesionales, contando otras ramas de la salud. Estos profesionales se radicaron mayoritariamente en el Oriente

PRADILLA ARDILA Gustavo. “Testimonio vivo: una historia de 50 años”. En: UIS. División de Salud UIS 50 años. Medio siglo forjando ciencia, ética y humanismo. Bucaramanga: Iris Impresores, 2016., p. 46.

colombiano y en el Departamento de Santander, dicho arraigo permitió una reinversión de su capital académico y cultural en la educación superior local.

En el año de 1981 se constituyó la Comisión de Evaluación del Plan de Desarrollo para tasar el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos por el Plan de Desarrollo UIS ejecutado a partir de 1972, además de estudiar las necesidades de desarrollo de la región y del país, para construir políticas de integración institucional. Un ejemplo de ello es la creación del posgrado en Patología de la División de Salud en 1981, Anestesiología y Reanimación en 1982, en Gineco-Obstetricia en 1983 y en Oftalmología en 1984[166].

El marco académico y administrativo de la UIS en los años ochenta fue el resultado del Decreto de Ley 80 de 1980, mediante el cual se configuró la descentralización de la rectoría, además se asignó a las facultades y departamentos funciones de operación y ejecución, a su vez se adjuntaron las labores de orientación, planeación, evaluación y control a los niveles directivos.

En 1988, al cumplir cuarenta años de labor académica y científica, la UIS ofrecía veinticinco carreras de pregrado y tres carreras de educación a distancia, con un total de 7.199 estudiantes y once posgrados con 166 estudiantes. Con dicha oferta académica se cubrieron las áreas de Ciencias, Ingenierías, Salud, Humanidades y Educación, además se vincularon 457 profesores y 504 empleados administrativos[167]. La política de fortalecimiento de la investigación se modificó a través de programas especiales como UIS-ICFES-BID y puntualmente con la creación de centros de investigación.

La profesionalización en las Ciencias de la Salud que tenía hasta la década de los ochenta como único actor a la División de Ciencias de la Salud de la UIS, no tarda en dar un viraje en la década de los noventa con la fulminante entrada del

[166] SORZANO. Óp. cit., p. 6.
[167] Ibid., p. 7.

neoliberalismo a la vida política nacional y a la sociedad en general. El artículo 18 de la ley 39 de 1992, faculta con autonomía a las universidades e instituciones universitarias para crear, organizar y desarrollar programas académicos sin la aprobación previa del ICFES, ni el visto bueno de ASCOFAME, por lo que ambas instituciones fueron desvinculadas significativamente del proceso de formalización de las facultades y divisiones de salud nacionales.

La expansión de las facultades de salud en todo el país se evidenció con la creación del programa de medicina en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la Universidad de Santander en Bucaramanga, La Fundación Universitaria de Boyacá en Tunja, La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en Tunja, La Universidad Francisco de Paula Santander de Cúcuta, La Universidad Javeriana de Cali, La Universidad Santiago de Cali, entre otras.

El Acuerdo No. 1 de ASCOFAME de noviembre de 1993, menciona que esta asociación carecía de bases legales para controlar la proliferación de nuevas escuelas de Medicina. ASCOFAME como entidad de carácter privado, agrupaba a las Facultades de Medicina públicas y privadas para establecer exigencias en el ingreso al seno de su asociación[168]. El programa académico debía tener una duración de seis años, los docentes debían comprobar su calificación con certificados y experiencia, en las ciencias básicas médicas se solicitaba un docente de tiempo completo a nivel de magister o doctorado, en las áreas clínicas un docente de tiempo completo por cada veinte estudiantes con un máximo de 20% de médicos generales involucrados en la docencia clínica, estas eran algunas de las exigencias propuestas por el acuerdo.

[168] ALARCÓN, Miguel Ángel. La creación de nuevas facultades de Medicina ¿a quién beneficia? (Editorial). En: Salud UIS. Agosto, 1994, no. 2., p. 1-3.

Por otra parte, ASCOFAME ofrecía un programa de capacitación de los docentes y una evaluación dentro de los requerimientos de la Ley 100 para las instituciones educativas en el área de la salud con prácticas asistenciales.

La Ley 100 de 1993, desde su concepción inicial pretendía ampliar las posibilidades de educación y movilidad social de los colombianos, bajo la responsabilidad atomizada de las instituciones educativas. Si bien fue real dicho alcance de la Ley 100, también facilitó la formación de nuevas empresas educativas de "garaje". Antes de la Ley 100, la educación superior se centralizó en una serie de instituciones robustas y reconocidas en el sector público nacional. El discurso presidencial de César Gaviria que da la "bienvenida al futuro" a los colombianos resonó en la creación de instituciones con ánimo de lucro y sin el suficiente adiestramiento técnico-científico, con veedurías nacionales del Icfes y sin la aprobación o el seguimiento de ASCOFAME.

En la posguerra, después de 1945, se introdujeron en varios países los sistemas de seguridad social siguiendo al plan Beveridge del Reino Unido. En Colombia, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), se crea en 1946 durante la administración del presidente Mariano Ospina Pérez; en Santander el ICSS comenzó diez años más tarde. Las reformas neoliberales del presidente César Gaviria y la Constitución de 1991, abonaron el terreno a la implantación de un modelo de medicina gerenciada (Managed Care), cuyo principal objetivo era y es el lucro, pervirtiendo el ejercicio de la medicina y desmantelando la red hospitalaria nacional[169].

En perspectiva, hasta la primera mitad del siglo XX el número total de universidades en Colombia sumaban entre los años 1951 y 1967 (cuarenta y tres en total) y 201 centros de educación superior en 1980. Algo similar ocurría con la matrícula estudiantil: si en 1958 había menos de veinte mil estudiantes en la universidad, a la

[169] FLÓREZ. Óp. cit., p. 4.

altura de 1974 se alcanzó la cifra de 142 mil (75 mil en universidades oficiales y 66 mil quinientos en instituciones privadas).

El crecimiento de la oferta académica en la educación superior es un indicio del acercamiento de la sociedad al conocimiento. Ahora bien, es inevitable señalar que en Colombia la educación continuada tiende a ser sintomática, porque eran y son las necesidades del mercado las que determinan los saberes a enseñar en las universidades; incluso, ya no es la universidad quien tiene los recursos para la investigación sino la empresa privada[170].

La Ley 30 estableció la posibilidad de abrir programas de posgrado sin que la facultad tuviese regularidad en el pregrado, lo anterior incurrió en la creación de diplomados, posgrados, maestrías, etc.; en instituciones sin la infraestructura, calidad docente y experiencia anunciada[171]. Cabe reflexionar sobre la siguiente pregunta: ¿son suficientes la declaración de renta y el título de bachiller para ingresar a una facultad privada de Medicina?

En los años noventa, el Estado neoliberal dejó sin sustento a las instituciones nacionales encargadas de las Divisiones de Salud universitarias y de la red hospitalaria nacional, mientras que la fragmentación regional dejaba tras de sí la atención gerenciada para las instituciones de salud y la universidad privada como una opción educativa para un sector cada vez más amplio de futuros profesionales. También quedaron “sin piso” las instituciones hospitalarias especializadas en el sector público, sus medios de financiación se limitaron prácticamente a rubros de atención y al inconstante apoyo de organizaciones privadas, benefactores, instituciones públicas como la División de Salud UIS con prácticas estudiantiles de último año, etc.

[170] Ibid., p. 13.
[171] ALARCÓN. Óp. cit., p. 7.

Un fenómeno local, como lo era la creación de una división de ciencias de la salud en una universidad de ciudad intermedia, fue el reflejo de su época, al incluir a la mujer como profesional y actriz de ese cambio. Movilizadas por los médicos de la región para llegar a donde el Estado no llegaba con sus instituciones, se identificaron con la labor social de la medicina preventiva y comunitaria. Dentro de un discurso enraizado en los derechos humanos, para hacer frente a las enfermedades sociales o de pobreza, una cuota esencial para la prevención. Por otra parte, los derechos humanos abogan por la ampliación progresiva de la cobertura poblacional de la salud y la educación, para masificar la profesionalización de la medicina comunitaria.

Sin embargo, la ley 100 de 1993 cambió la forma de financiar los hospitales públicos, incluyendo las EPS como intermediarios entre el usuario y el médico, a la vez que convirtió la salud en nicho de rentabilidad financiera, al separar a las psiquiatrías de la administración hospitalarias y reemplazarlos por expertos en administración y gerencia empresarial.

En conclusión, los logros de la terapéutica psiquiátrica desde 1967 hasta 1993 fueron posibles por el apoyo de los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander en prácticas durante su formación en pregrado para medicina y por la especialización de los profesionales de la salud que volvieron a Santander para asistir a la demanda de psiquiatras del departamento. Por ese motivo, la creación de la División de Salud de la UIS es un hito importante para la formación de los futuros psiquiatras y para la atención profesional de los internos del HPSC.

Si en el anterior esquema de atención para la salud del ICSS, la atención hospitalaria publica era paupérrima, ¿qué fue lo que cambio con la privatización de la salud en el año 1993?, ¿Mejoro o solo se agregó un intermediario entre el Estado, los contribuyentes y los Hospitales públicos del país?, ¿la salud se convirtió en un negocio rentable?; esas son las preguntas que guían el siguiente capítulo.

4. LA CRISIS EN LAS INSTITUCIONES LOCALES Y LA APUESTA POR EL NEOLIBERALISMO

*"*Todos los poetas, entonces, vivirán en comunas artísticas llamadas cárceles o manicomios. Nuestra casa imaginaria, nuestra casa común"

Roberto Bolaño*, putas asesinas.*

El presente capitulo se divide en dos, la primera parte se compone en un análisis sobre el Estado de Sitio y el papel de la medicina psiquiátrica en ese contexto, puntualmente los años ochenta en Colombia. En la segunda parte el problema central a estudiar es la privatización de la salud a nivel nacional por medio de la Ley 100 de 1993.

Antes de la era industrial las enfermedades más comunes, es decir, las enfermedades masivas tenían un carácter físico, entre los cataclismos epidemiológicos que conectaron al viejo mundo en la enfermedad, se puede citar la peste bubónica que menguó la población europea y los continentes a los que llegaban los barcos plagados de ratas infectadas en el siglo XIV, obligando a la cuarentena y las medidas de higiene inmunológica más básicas; o la lepra como estigma social y religioso, que por mucho tiempo tuvo como única cura el aislamiento en poblados segregados y en algunas ocasiones administrados por los mismos enfermos[172].

Históricamente los territorios de reclusión psiquiátrica se especializan[173], el médico construye ciudades, es encargado de la salubridad pública, del bienestar del cuerpo

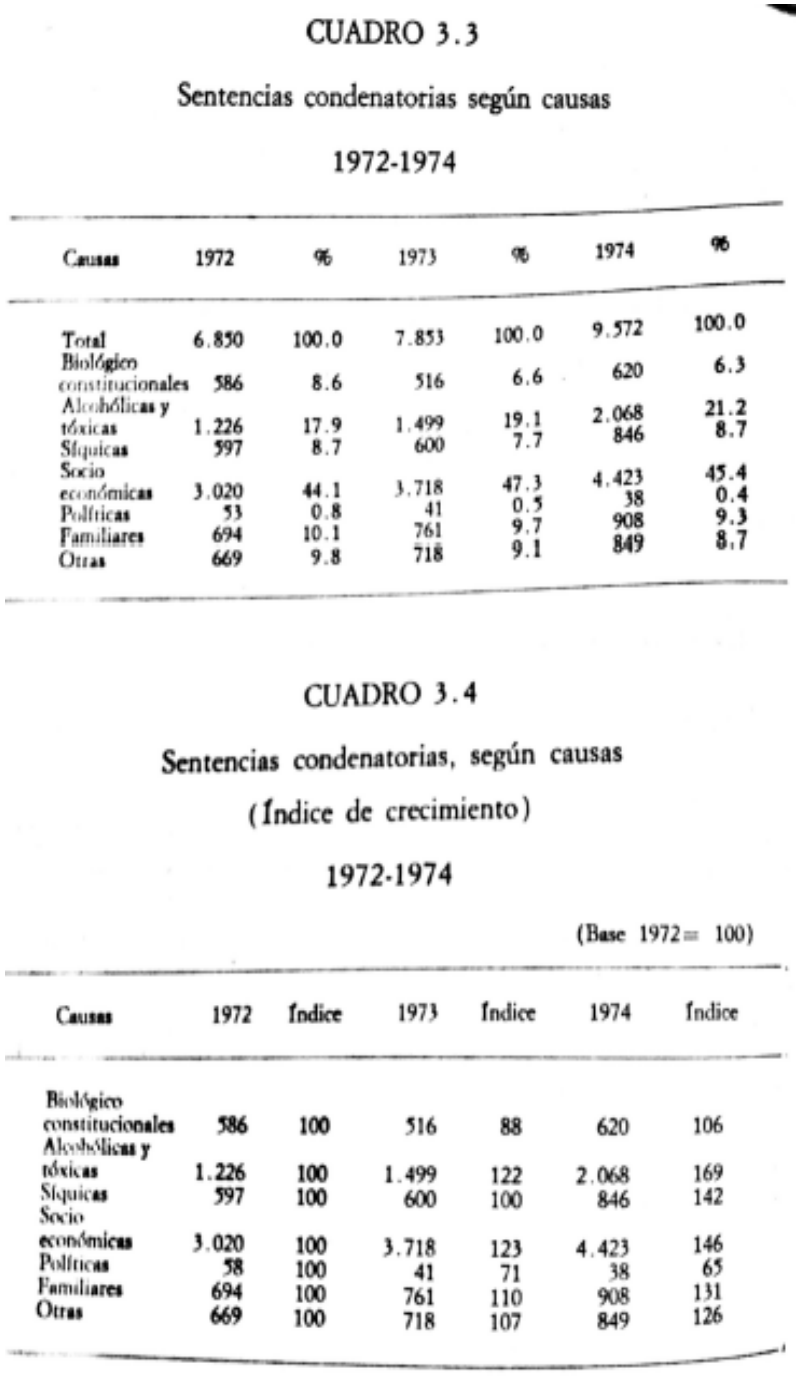
[172] El poblado de Contratación funciono como territorio segregado en función de la enfermedad de la lepra, para profundizar sobre este aparte el lector se puede dirigir al subcapítulo sobre el leviatán del presidio y la territorialización de la salud pública.

[173] Al respecto, Roberto Serpa Flores en su tratado de psiquiatría forense apunta: La falla de los manicomios criminales es una contribución muy apreciable que hace el Estado a la impunidad, porque los hospitales mentales o manicomios comunes no están en condiciones de prestar la vigilancia adecuada a los presos o sindicados, alienados o presuntos alienados, que en ellos se recluyen para fugarse a la primera oportunidad.

social. Si las “enfermedades “de masas” son calamidades sociales que hasta hace unas décadas intentaba controlar el Estado[174], también es cierto que la morbilidad en la modernidad tardía tiene un matiz psicológico. Así, un caso relevante de investigación sobre salubridad pública realizado desde las instituciones estatales colombianas, es el del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), que publicó las tasas de criminalidad y justicia entre 1972 y 1974. Los datos contenidos en dicho censo señalaron que las causas psíquicas suman 8.7% en 1972, un 7.7% en 1973, y un 7.7% en 1974. Las causas alcohólicas y toxicas suman 17.9% de los casos de criminalidad en 1972, un 19,1% en 1973, y 21.2% en 1974; finalmente el informe señala que las motivaciones políticas son inferiores al 1% de los casos (o.8% en 1972, 0,5% en 1973 y 0,4% en 1973).

[174] En su última expresión, el Estado benefactor encaro la salubridad pública, pero luego la salud se vuelve un islote promisorio, un nuevo mercado del neoliberalismo.

Figura 8. Sentencias condenatorias según sus causas



CUADRO 3.3

Sentencias condenatorias según causas

1972-1974

Causas	1972	%	1973	%	1974	%
Total	6.850	100.0	7.853	100.0	9.572	100.0
Biológico constitucionales	586	8.6	516	6.6	620	6.3
Alcohólicas y tóxicas	1.226	17.9	1.499	19.1	2.068	21.2
Síquicas	597	8.7	600	7.7	846	8.7
Socio económicas	3.020	44.1	3.718	47.3	4.423	45.4
Políticas	53	0.8	41	0.5	38	0.4
Familiares	694	10.1	761	9.7	908	9.3
Otras	669	9.8	718	9.1	849	8.7

CUADRO 3.4

Sentencias condenatorias, según causas

(Índice de crecimiento)

1972-1974

(Base 1972= 100)

Causas	1972	Índice	1973	Índice	1974	Índice
Biológico constitucionales	586	100	516	88	620	106
Alcohólicas y tóxicas	1.226	100	1.499	122	2.068	169
Síquicas	597	100	600	100	846	142
Socio económicas	3.020	100	3.718	123	4.423	146
Políticas	58	100	41	71	38	65
Familiares	694	100	761	110	908	131
Otras	669	100	718	107	849	126

Fuente: Tomado del tratado de psiquiatría forense de Roberto Serpa Flórez.

Si históricamente el germen de la criminalidad se podía rastrear en la morfología del cráneo, partiendo de los postulados de la frenología[175], en la psiquiatría biológica juega un papel importante las alteraciones cromosómicas:

> Se ha podido encontrar una correlación entre la delincuencia y el Klinefelter de cromatina positiva, y una correlación mucho mayor entre la violencia y el cariotipo con un cromosoma y suplementario. ¨Puede afirmarse que la presencia de gonosomas en exceso, sean cromosomas Xo cromosomas Y, están relacionados con una predisposición a la delincuencia que se traduce en un terreno muy susceptible al delito […]"[176]

La naturaleza *a priori* del crimen, una cicatriz indeleble del *delirium* es rastreable para el saber científico. De hecho, en el catálogo nosológico de la psiquiatría los trastornos afectivos maniaco-depresivos, eslabonan los comportamientos más peligrosos para la sociedad, en un abanico que va desde la dilapidación de los bienes por efecto de la euforia e hiperactividad inicial, hasta las reacciones violentas y un arraigado deseo de suicidio, en el estado más agudo de excitación sicomotora.

A pesar de que el suicidio no estaba tipificado como delito en Colombia, los internos del HPSC con deseos intensos de cometerlo eran conectados al circuito del electrochoque, para calmar la agitación, extirpar los deseos suicidas y desvanecer recuerdos aleatorios[177].

El contrato social supone alienación, ceder algo de libertad al Leviatán[178]. Solo dejándose llevar por la inercia de decisiones políticas ajenas y mimetizándose con patrones de consumo prediseñado, se pueden asumir como propios los discursos de productividad, de disciplina e incluso de entretenimiento. El triunfo de la modernidad está en la voluntad normalizada: los asalariados trabajan las horas necesarias para consumir las mercancías que dinamizan procesos selectivos de

[175] Teoría seudocientífica que afirmaba la posible determinación del carácter y los rasgos de la personalidad, así como las tendencias criminales, basándose en la forma del cráneo, cabeza y facciones.
[176] SERPA. Óp. cit., p.132
[177] OLARTE, Mario. Entrevista realizada el 14 de febrero de 2016 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes.
[178] Para ampliar la información véase el primer capítulo, puntualmente el subtítulo que versa sobre el leviatán psiquiátrico.

acumulación del capital y en ese orden de ideas, hasta los presos y los díscolos son un capital reciclable.

El capitalismo encuentra nuevos mercados, nuevos consumos y se expande sobre todo en los momentos históricos de crisis y revolución. Ejemplo de lo anterior es la eterna crisis hospitalaria nacional, que intenta ser subsanada por la Ley 100 de 1993: el problema del ICSS y la crisis hospitalaria transmutan en negocio del sector privado, *ad portas* del neoliberalismo.

> […] el Estado benefactor se encuentra en retirada. Los escasos países donde las prestaciones sociales permanecen intactas – o su desmantelamiento se realiza con lentitud o mala gana- son condenados por imprudentes y anacrónicos, y reciben serias advertencias de los nuevos sabios económicos y las instituciones bancarias internacionales […][179].

La psiquiatría y la medicina territorializan, la privatización descentraliza. Los consultorios y clínicas privadas así lo demuestran. El derrame de las clases marginales peligrosas, son el objeto de una institucionalidad que reemplaza al Estado benefactor o asistencialista y a medida que se reducen las prestaciones de asistencia social, las instituciones de reclusión (cárceles, manicomios, hospitales psiquiátricos, etc.), reemplazan a las instituciones de migración y caridad para continuar con el papel de control biopolítico de los inadaptados. Sin embargo, es vital no perder de vista la profesionalización del ejercicio psiquiátrico como un quehacer mediado por la ética humanista del médico:

> […] Ocurre desgraciadamente, que por exceso de enfermos de consulta externa y por escasez de psiquiatras, a duras penas es posible atender a las emergencias psiquiátricas (psicóticas y neuróticas), a las epilepsias y a los antiguos psicóticos que están bajo supervisión para no tener que volverlos a hospitalizar […][180].

[179] BAUMAN. Óp. cit., p. 33.
[180] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., 14 de agosto de 1973.

4.1. SITIAR LA LOCURA

En la médula de toda sociedad están sus fantasmas, una proyección revestida de imágenes de lo amenazante, lo indeseable y lo oculto. Esa proyección negativa hace parte de "una sociedad insegura de su supervivencia (que) desarrolla la mentalidad de una fortaleza sitiada"[181]. El Estado de Sitio en una sociedad policial, mantiene en tensión la normalidad. En 1973, el Comité de Solidaridad con los Presos Políticos, con la participación de Gabriel García Márquez, afirmaba que "[…] En el último cuarto de siglo, Colombia ha vivido 20 años bajo estado de sitio. Este mecanismo de gobierno, a todas luces arbitrario, se ha traducido en una política continuada de represión […]"[182].

Cuando termina la guerra, el reajuste y los pactos de rendición también afectan a la periferia del conflicto, la militarización de Latinoamérica en un reparto geopolítico es inocultable durante la guerra fría; de hecho, la guerra se traslada a los países satélites, empujados a polarizarse y a "poner los muertos". Presidentes militares, tomas de Estado, Estados de excepción; son todas constantes de la segunda mitad del siglo XX.

La guerra de baja intensidad se institucionalizó[183] , el estado de excepción devino en regla para Colombia y gran parte de América del sur en la segunda mitad del siglo XX. Los enemigos declarados de la guerra interna pertenecen a las márgenes de lo social, segregados de/en la ciudad, ajenos a las promesas de movilidad social son propensos a engrosar las estadísticas de criminalidad "[...] esos fantasmas se convierten en enemigos tangibles a los que es preciso combatir una y otra vez […]"[184].

[181] BAUMAN. Óp. cit., p. 114.
[182] VILLEGAS ARANGO, Jorge. Libro negro de la represión, 1958-1980.Bogota: Fundación para la investigación y la cultura (FICA), 1980., p. 9.
[183] VILLEGAS. Óp. cit., p. 9
[184] BAUMAN. Óp. cit., p. 114.

> Soportamos 10 años continuos de estado de sitio, es decir, de guerra interna ya que no se trataba de combatir con un enemigo exterior […] Ahora, bajo el pacto del Frente Nacional, el estado de sitio continua. De los 192 meses de duración de Frente Nacional, 126, ósea, 2 de cada 3 meses, fueron sufridos bajo la siniestra modalidad del Estado de Sitio. Sumando solo los muertos que aparecen en los DIARIOS (4956) durante los 5.840 días de la pesadilla del Frente Nacional, resulta casi un asesinato diario, un dirigente popular caerá cada 24 horas (obrero, campesino, estudiante)[185]

A finales de los setenta y puntualmente con el Estatuto de Seguridad del presidente Turbay Ayala en 1978, los homicidios empiezan a repuntar de forma sintomática. La violencia se expande y encuentra terreno fértil en la destrucción o deformación del otro. El lenguaje de la represión son las torturas, las masacres, desapariciones, etc.; en ese orden de ideas, "[…] la clase marginada es el enemigo en casa, que ocupa el lugar de la amenaza externa como el fármaco que restablecerá la cordura colectiva; válvula de seguridad para aliviar las tensiones originadas en la inseguridad industrial."[186]

Figura 9. Tasa de Homicidio por cada 100.000 habitantes 1960-2006

Fuente: Policía Nacional

En la anterior gráfica estadística se evidencia la escalada de una violencia generalizada que se pronuncia en 1978 y solo entra en declive al iniciar la década de los noventa, pero que recurrentemente se está redimensionando, una violencia

[185] VILLEGAS. Óp. cit., p. 9.
[186] BAUMAN. Óp. cit., p. 113.

cíclica con cortos lapsos de cese de los homicidios. La sociedad colombiana se militarizó y optó por los consejos verbales de guerra, los Estados de Sitio o estados de excepción y los estatutos de seguridad para combatir, ya por las armas o por la legislatura militar, al fantasma del comunismo internacional. La psiquiatría no fue ajena a su compromiso social y a través del cargo de forense intervino como perito del juez. A continuación, un caso particularmente interesante del ejercicio de la psiquiatría forense:

> […] En atención a lo solicitado por la Presidencia del Consejo de Guerra Verbal, que actualmente se lleva a cabo en las instalaciones del Batallón de Artillería NR 5 "GALAN", de guarnición en el Socorro (S.S). Contra elementos pertenecientes al autodenominado "EJÉRCITO DE LIBERACION NACIONAL", se envía a ese establecimiento a la detenida TERESA GONZALEZ VDA DE SANABRIA, con el objeto de que se practique un examen del electroencefalogramólogo[187].

Esta petición cabe en los intereses del control disciplinario esta vez asociado al conflicto colombiano. Asumiendo que: "[…] estamos aquí (los psiquiatras forenses) para proteger a la sociedad porque, en el corazón de toda locura está inscrita la posibilidad de un crimen."[188]; no es de extrañar que el 5 de diciembre de 1940 se hiciera un llamamiento a través del artículo 29 del código penal, para visibilizar la inexistencia "[…] en el país de manicomios criminales o colonias agrícolas especiales para recluir y tratar científicamente las diferentes especies de delincuentes anormales"[189]. Así lo reiteran las autoridades militares:

> […] Asimismo, solicito de esa Dirección se informe a este Comando si la mencionada detenida TERESA GONZALEZ, debe permanecer internada en ese Establecimiento, o si por el contrario puede regresar al Socorro.[190]

La respuesta al oficio ofrece algunas pistas sobre el caso y la función forense de los médicos psiquiatras llamados a esclarecer el dictamen del juez militar, en una

---

[187] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., 16 de abril de 1973.

[188] FOUCUALT, Michel. 2008. Óp. Cit. Cf. P. 297.

[189] SERPA. Óp. cit., p. 47.

[190] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida., 16 de abril de 1973.

batalla perdida de antemano por el opositor político o el enajenado mental peligroso. De la relación entre los negocios jurídicos y la psiquiatría forense derivaba "la voluntad de los psiquiatras de fundar su práctica en una defensa social, puesto que no pueden fundarla en la verdad."[191] El peritaje de los psiquiatras en los juicios donde los abogados ponían en tela de juicio la conciencia de los acusados a la hora de cometer el crimen, se llama psiquiatría forense, una rama de la medicina en la que doctores como Roberto Serpa Flórez profundizaron escribiendo literatura especializada sobre el tema y sus experiencias como pedagogo en algunas facultades de derecho.

4.2. FENOMENOLOGÍA DE LA CONCIENCIA CRIMINAL: PSIQUIATRÍA FORENSE

La modernidad tiene reacciones espasmódicas, responde a las contingencias complejizando sus entramados. Las cárceles responden a tasas de criminalidad en ascenso con las migraciones campo-ciudad y el HPSC hace eco de la demanda nacional de prisiones para la locura. La alianza entre el aparato judicial y la psiquiatría tipifican sujetos históricos emergentes: el loco y el preso. En este sentido es necesario repensar la psiquiatría forense como una ciencia auxiliar del sistema penal, partiendo de la tesis de Michel Foucault: "Hoy la psiquiatría colabora con el juez, con el tribunal, con la prisión."[192]. Curiosamente la Cárcel masculina de la ciudad está situada en frente del HPSC[193].

> […] el derecho penal, que pasa a tener como objeto de preocupación e intervención a la gran masa de excluidos, que comenzaba a concentrarse en las grandes ciudades. Esta situación, aliada a la convivencia forzada entre ricos y pobres, provoco un aumento en la tasa de criminalidad y la consolidación de modelos de control social basados en la emigración y la

[191] FOUCAULT, Michel. 2008. Óp. cit., p. 297.
[192] FOUCAULT. 2008. Óp. cit., p. 94.
[193] Entre ellas la cárcel de mujeres en Chimita, medicina forense para los homicidios, el cementerio como depósito, la secretaria de salud, el HPSC y la cárcel modelo. A ese abanico de instituciones de la salud y la muerte, solo hace falta el sector industrial y la escolaridad para ser íntegramente la calle de la institucionalidad del control total de la vida.

> beneficencia dirigida a los pobres no culpables y la institucionalización forzada para los pobres culpables.[194]

La génesis del poder psiquiátrico está en su funcionalidad social[195], a lo anterior hay que agregar el fundamento social que sostiene al manicomio público y el hospital psiquiátrico: "todo loco es un posible criminal"[196]. La reclusión presidiaria de la clase marginal se justifica en una defensa de la latente peligrosidad inherente a la locura, más que en la posibilidad de reintegrar a los individuos a la sociedad.

> […] la atribución de una locura a un crimen – y en última instancia de la locura a cualquier crimen-, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de verdad, sino en términos de peligro.[197]

Los primeros indicios de sojuzgamiento del criminal que comete un delito bajo el influjo de las pasiones, se remontan al código penal de 1890, que les da herramientas a los jueces apoyados en los peritos psiquiatras para escoger la extremaunción carcelaria o el asilo de dementes. Así lo afirma el antropólogo Andrés Ríos Molina en su artículo sobre el crimen cometido por Jorge Zawadzky en el año 1935, caso que tuvo una amplia publicada por la defensa que hizo Jorge Eliecer Gaitán del sindicado.

> ¿Cómo defender a este asesino confeso? El Código Penal de 1890 en su artículo 87 estipulaba que era "excusable", quien se hallara "en estado de verdadera demencia o locura al tiempo de cometer la acción, o privado involuntariamente del uso de su razón". Sin embargo, en el contexto colombiano, la función del psiquiatra en calidad de perito no se limitaba a decir

---

[194] BRAVO, Omar Alejandro. las prisiones de la locura, la construcción institucional del preso psiquiátrico. 1 ed. Cali: Universidad ICESI, 2011. p. 36.

[195] Al respecto de la función social de la psiquiatría forense, en el caso mexicano Andrés Ríos molina expone en su tesis la siguiente reflexión: "Las primeras reflexiones sobre la locura que debía ser encerrada en México no tuvieron lugar al calor de la clínica psiquiátrica, ni tampoco desde las cátedras que en las universidades se destinaron a comprender las enfermedades mentales. Más bien, tuvieron lugar en un espacio transdisciplinario: la medicina legal. En ella convergían los referentes del derecho con las herramientas de la medicina. Los médicos legistas fueron los primeros en reflexionar sobre las implicaciones legales de la locura. La importancia jurídica de dicha afección radicaba en que el loco no estaba en capacidad de ejercer sus derechos civiles ni sus responsabilidades penales. Un loco no podía comprar o vender propiedades, testar, casarse ni administrar sus propiedades. Además, en caso de que un loco cometiera un crimen no se le consideraba culpable y en lugar de recibir un castigo, recibiría tratamiento médico." Tomado de RIOS. Óp. cit., p. 85.

[196] FOUCAULT, Michel. 2008.. Óp. Cit., p. 297.

[197] Ibid., p. 297.

> si el criminal carecía de sus facultades mentales, diagnóstico que lo haría irresponsable y merecedor del encierro psiquiátrico en lugar del carcelario[198].

La categorización del dictamen forense del médico más que dar luces sobre el *modus operandi* del enajenado mental peligroso, se encargaba de valorar la crisis mental en las motivaciones del delito, de ir en búsqueda de un indicio testimonial o físico de desviación mental para fundamentar su inimputabilidad sobre el acto delictivo: "[…] se sirva practicarle examen al DETENIDO EN LA CARCEL MODELO […] a fin de constatar si este padece de enfermedad mental o se encuentra dentro de lo estatuido por el Art. 29 del C.P."[199].

La opinión del psiquiatra forense afectaba la decisión judicial sobre la institución de reclusión en que iban a parar los sindicados –las colonias agrícolas, la cárcel o el hospital psiquiátrico–, aunque era un juicio en sordina[200], del que los juzgados reservaban el derecho de no escuchar el veredicto del especialista. Además, funcionaba en un escalón anterior al diagnóstico de la enfermedad mental, es decir, "El psiquiatra debe responder a la pregunta: ¿este individuo está loco o no?"[201]; como en el siguiente caso: "[…] no es sindicado de delito y además presenta anomalías mentales de uno u otro tipo, no es posible recluirlo en una cárcel, sino que es procedente enviarlo a la institución mental adecuada […]"[202]. Asimismo, el diagnóstico pericial incluía la interpretación sobre el grado de responsabilidad en la ejecución del acto culposo:

[198] MOLINA RÍOS, Andrés. ¿Cómo prevenir la locura? Psiquiatría e higiene mental en México: 1934-1950. México: Siglo XIX Editores, 2016., p. 224.
[199] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 2 de noviembre de 1979.
[200] Declaración no oficial que puede tiene validez en la medida en que se hace público o se reafirma, en este caso, por otra institución.
[201] FOUCAULT. 2008. Óp. Cit., p. 298.
[202] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 21 de septiembre de 1979.

> [...] nos merece una calificación profesional sobre si una u otra enfermedad hacen o no socialmente peligroso a un individuo […] somos los receptores del problema penal y policivo que un individuo de esta causa y somos los obligados a proteger el derecho en peligro[203]

La "Dirección General de Prisiones del Ministerio de Justicia" tenía la potestad de señalar el lugar adecuado para el internamiento de los sujetos que estuvieran bajo su custodia[204]. La norma que separaba al sindicado de un delito de la reclusión en un centro penitenciario o psiquiátrico era el artículo 29 del Código Penal vigente en el año 1979.

La responsabilidad de establecer la conciencia en el acto delictivo, recaía y recae en el psiquiatra. La responsabilidad ética del médico especializado era tal que inferían conscientemente el hecho de que: "Como los presos deben ser dejados en el dormitorio encerrados, para evitar fugas, es difícil poder lograr condiciones favorables para su recuperación"[205] Ahora bien, la responsabilidad ética y científica pasa por el filtro del conocimiento médico, en todo caso histórico y experimental[206].

4.3. CONCESIONAR LA SALUD: EL NEOLIBERALISMO

La entrada al neoliberalismo es casi que un salto sincronizado a nivel mundial, con diferencia de algunos años, entre el 89 y el 91 el Estado de bienestar se desploma, para asfaltar el camino al neoliberalismo internacional. Pero la caída del "imperio

[203] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 7 de septiembre de 1979.
[204] El siguiente apartado puede ilustrar de mejor manera los criterios para escoger la institución de reclusión para el nuevo interno: "No hay actualmente síntomas de psicosis, es decir, no hay enajenación Mental. Conceptuamos, sin embargo, que el ambiente carcelario donde se encuentra puede ser, y es, en efecto, perjudicial para su estado psíquico ya que sus impulsiones patológicas que lo llevan a la dependencia de la marihuana encuentran un ambiente propicio por el hecho de que en la Cárcel tiene oportunidad de obtener el toxico. Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 13 de mayo de 1979.
[205] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 8 de febrero de 1973.
[206] "[…]la demostración científica solo es, en sustancia, un ritual […] el presunto sujeto universal del conocimiento no es, en realidad, más que un individuo históricamente calificado según una serie de modalidades […] el descubrimiento de la verdad es de hecho cierta modalidad de producción de la verdad. "Tomado de: FOUCAULT. 2008. Óp. Cit., p. 274.

del mal"[207] y de otras barreras inmunológicas soterradas en el fantasma del comunismo, abrió el espectro del capitalismo a mercados emergentes.

Las fronteras del trabajo, los derechos sindicales, la autonomía universitaria, todos los límites se desdibujan y caen los mantos de hierro, la mitología de las barreras inmunológicas que separan bandos opuestos y constituyen al otro antagónico; el neoliberalismo es un abismo generacional entre estéticas, comportamientos y hasta enfermedades totalmente opuestas.

Para Franco Berardi Bifo, el neoliberalismo se puede rastrear sintomáticamente en la década de los setentas[208], sin embargo, para efectos de la investigación el acontecimiento que marcara la entrada formal del sistema de salud nacional en la lógica de la prestación de servicios y el neoliberalismo es la Ley 100 de 1993.

Cuando se menciona la palabra neoliberalismo se entiende, casi de forma inmediata, sus implicaciones sociales: privatización, reducción de protecciones sociales, desregulación financiera, flexibilización laboral, etc.; Es una palabra-llave que empezó a abrir cerraduras desde los setentas en Latinoamérica[209], así lo afirma Verónica Gago en su ensayo sobre la razón neoliberal:

> […] en América latina el neoliberalismo es un régimen de existencia de lo social y un modo del mando político instalado regionalmente a partir de las dictaduras, es decir, con la masacre estatal y paraestatal de la insurgencia popular y armada, y consolidado en las décadas siguientes a partir de gruesas reformas estructurales, según la lógica de ajuste de políticas globales.[210]

[207] En esos términos referenciaba el presidente de Estados Unidos, Ronald Reagan a la URSS en plena guerra fría.
[208] Para Franco Berardi Bifo, la crisis del petróleo de 1973 marco el inicio del declive del modelo de bienestar de la posguerra, "[…] el mismo que había propiciado el surgimiento de la juventud como sujeto social […] el achicamiento del Estado y la revolución conservadora de Margaret Thatcher y Ronald Reagan […] en 1989, la caída del Muro de Berlín cancelo el socialismo como horizonte orientador de la política y termino de completar el nuevo clima de época". Tomado de: BERARDI BIFO, Franco. Generación post-alfa, patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2007. p. 240.
[209] GAGO, Verónica. La razón neoliberal, economías barrocas y pragmática popular. Buenos aires: Tinta Limón, 2014. p. 9.
[210] Ibid. p. 11.

La dominación es una constante en la historia humana y la revolución es un giroscopio que la redimensiona. La era posindustrial se ensalza en la libertad y en esa apariencia contradictoria yace su triunfo, porque el capitalismo se reafirma en la crisis. Ahora la predisposición al consumo de psicofármacos y la neurolingüística, abren el camino a la instrumentalización que los dispositivos particulares habían intentado con un conductismo disciplinador. Las asociaciones privadas superaron a los Estados modernos y llegaron primero que ellos a las ideas subversivas, a la desviación; lo hicieron con contenidos pulsionales e imágenes emotivas de fácil acceso para las mayorías analfabetas-funcionales.

> […] desde arriba, el neoliberalismo da cuenta de una modificación del régimen de acumulación global- de nuevas estrategias de corporaciones, agencias y gobiernos- que induce a una mutación en las instituciones estatales-nacionales. En este punto, neoliberalismo es una fase (y no un mero matiz) del capitalismo. Y desde abajo el neoliberalismo es la proliferación y modos de vida que reorganizan las nociones de libertad, cálculo y obediencia, proyectando una nueva racionalidad y afectividad colectiva.[211]

El control que se pretende uniforme y totalizante, se cuida de obtener el mayor aprovechamiento de los trabajadores, de su fuerza y su tiempo. Para Foucault cada etapa histórica tiene una racionalidad que le es propia y que no es válida fuera de sus estrechos límites, una semiótica del poder. En este caso, el punto de inflexión que caracteriza el modelo de atención institucional hospitalaria, modifica también la construcción de conocimiento científico y la efectividad de la intervención psiquiátrica.

El siguiente apartado se ubica en la transición entre sistemas sociales, el de bienestar público institucional y el de la privatización. En todo caso un proceso global que rompió todas las fronteras para el mercado[212]; estimuló el

[211] Ibid., p. 87.
[212]la caída del muro de Berlinés el referente simbólico por antonomasia de la superación de los límites del mercado globalizado y geopolítico

adelgazamiento del estado, las iniciativas individuales y la sublimación de las responsabilidades del estado con los ciudadanos[213].

4.4. LAS INSTITUCIONES DE SALUD LOCALES EN EL EXPERIMENTO NEOLIBERAL

La Asociación Colombiana de facultades de medicina (ASCOFAME), al igual que el sistema de salud que precedió a la Ley 100 de 1993, era administrado por el ICSS. La creación y disolución de estas instituciones nacionales públicas es una réplica de la posguerra global. En el caso del ICSS, el evento que formalizó la atención pública y la cobertura de la red hospitalaria, fue el fin de la Segunda Guerra Mundial y la intervención de los "aliados" en los países neutrales. Por otra parte, la privatización de la salud y la neoliberalización es el subproducto del fin de la Guerra Fría.

> En la posguerra, después de 1945, se introdujeron en varios países los sistemas de seguridad social siguiendo al plan Beveridge del Reino Unido. En Colombia el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) se creó en 1946 durante la administración del presidente Mariano Ospina Pérez; en Santander el ICSS comenzó diez años más tarde. A partir de las reformas neoliberales del presidente César Gaviria y la Constitución de 1991, la implantación del modelo de medicina gerenciada (Managed Care), cuyo principal objetivo es el lucro, pervirtió el ejercicio de la medicina y arruinó la red hospitalaria nacional con la Ley 100 de 1993.[214]

La década de 1990 cambió el panorama de la salud pública, puntualmente en dos aspectos: se constituyeron empresas de salud con financiación mixta a su propia suerte, donde antes había una red hospitalaria nacional. En el caso de la dirección del HPSC, esta quedó en manos de especialistas en administración y dentro de los cánones de la "atención gerenciada".

---

[213] "El hombre ya no es el hombre encerrado, sino el hombre endeudado. Es cierto que el capitalismo ha guardado como constante la extrema miseria de tres cuartas partes de la humanidad: demasiado pobres para la deuda, demasiado numerosos para el encierro". Tomado de: Posdata sobre las sociedades de control. En: DELEUZE, Gilles. Conversaciones: 1972-1990. Valencia: Pretextos. 1999., p. 264-290.

[214] SERPA. Roberto. Apuntes para la historia de la medicina. En: Medicas UIS. Septiembre, 2007, Vol. 20, no. 2, p. 157-161

> La “atención gerenciada” está basada en el lucro, a través de la limitación en el uso de los recursos y la contención de costos, lo cual incide negativamente sobre la calidad de la atención y más grave aún, erosiona los valores fundamentales de la medicina como profesión y como ciencia.[215]

En 1968, la Reforma Administrativa de la Salud Nacional, en concordancia con la Legislación para el Sistema Nacional de Salud, encomienda a la administración de las seccionales adscritas al sistema, que el director del Hospital sea nombrado por el Secretario de Salud del Departamento, al igual que el Administrador de la Institución. En un artículo del médico psiquiatra Roberto Serpa Flórez describe la alarmante situación al entrar a la década de los noventa:

> La ideología del poder casi omnímodo del imperialismo norteamericano es el neoliberalismo, la globalización, la Religión del Dios del Mercado […] El “Estado Benefactor” que proporcionaba a los ciudadanos salud, seguridad, trabajo, servicios públicos y viviendas, ha sido reemplazado por el “Estado Gendarme” que defiende a los grupos minoritarios que detentan el poder y penaliza la protesta social; los ciudadanos deben procurarse por su cuenta los servicios públicos, la salud y la educación que han sido vendidos a menos precio a la industria privada.[216]

El perfil de las instituciones Hospitalarias públicas en Colombia históricamente ha sido relacionado con la beneficencia y el asistencialismo[217], consecuentemente el componente ético del ejercicio médico y psiquiátrico llevaba a un callejón sin salida al Hospital Psiquiátrico, porque cargaba con “[…] Unas rentas que no se captan,

[215]Ibid., p. 161.
[216] Ibid., p. 161.
[217] Como respuesta a un oficio diligenciado por un Juez a favor de los empleados en sindicato del Hospital Psiquiátrico, el Director recalca las nociones oficiales en torno a una institución pública, que sirven de referente para abordarlas: “[…]el Hospital Psiquiátrico es una Entidad Pública, que presta servicios a la Comunidad […] las empresas estatales o departamentales de servicio público no pueden asimilarse a las Empresas privadas con fines de lucro […] una empresa de servicio público del Estado, no persigue lucro y solo ocasiona gastos” Tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 7 de febrero de 1980. En los anteriores apartados que se pueden numerar, se advierten la inexistencia del ánimo de lucro, que en la década de los noventas viraría totalmente, con la ley 100, hacia una mixtura entre el capital privado y el público, claro está, con primacía de los intereses privados en función de un utilitarismo que reina sobre la atención medica integral.

unos gastos que están por encima de lo previsto más sin embargo que son difíciles de suspender."[218]

A grandes rasgos, la crisis hospitalaria comenzó con la Ley 100, porque los hospitales públicos recibían recursos del Estado. Con la Ley 100 los hospitales se volvieron empresas sociales del Estado, "[…] entonces el Estado ya no paga sino por algunos pacientes crónicos […] que son los que viven dentro del hospital, el resto de hospitalizaciones son de 8, de 10, de 15 días y para afuera"[219].

Los efectos manifiestos del neoliberalismo en Colombia en la década de los años noventa, se expresan en las nuevas Empresas Sociales del Estado (EPS)[220]. La obligación de auto gestionarse totalmente, de financiar su actividad por los recursos que pudiese proveerse, fragmentó la red nacional de apoyo en financiamiento e investigación. Pero la autogestión de recursos intramuros no es una novedad en los Hospitales públicos del país ni en el HPSC:

> La administración actual ha hecho un gran esfuerzo para obtener rentas propias y es así que casi la mitad de las rentas provienen de esta fuente; en cambio los partes oficiales provenientes del situado fiscal, del Servicio de Salud y de los Impuestos de cerveza alcanzan apenas a la suma de un poco más de doce millones ($12.014.428). Las rentas propias del Hospital suman ($9.913.000).[221]

La red hospitalaria nacional se financiaba con aportes estatales; puntualmente el HPSC recibía las rentas del "Situado Fiscal, los impuestos de licores por el decreto 153 de 1975 y también los aportes de la beneficencia. En 1993, el HPSC pasó a ser EPS y a desligarse de su misión social comunitaria por medio de terapias

[218] En la misma acta enviada al jefe de presupuesto y control del servicio de salud de Santander, Dr. Alfredo Díaz Blanco, se recalca el aumento de la deuda interna: "El auxilio de la asamblea no se recauda, gran parte de la deuda de la vigencia anterior no ha ingresado […] faltan un 69.38% por cumplirse casi asegurándose su difícil ingreso pues en su totalidad corresponde a la deuda del Magdalena" tomado de la Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 7 de febrero de 1980.
[219] TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 8 de agosto de 2017 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.
[220] Empresas sociales del Estado, como su nombre lo indica, son empresa con ánimo de lucro a cargo del vector de la salud a los contribuyentes.
[221] Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico San Camilo (AHPSC). Fondo: Correspondencia enviada y recibida. el 28 de noviembre de 1978.

ambulatorias y tratamientos a usuarios de las EPS asociadas. A la par del proceso de privatización de la salud pública, la psiquiatría en el mundo también sufría una transformación en la atención terapéutica. El teórico de la psiquiatría Cesar Dávila argumenta que, desde la aparición y aplicación recurrente de los psicofármacos, la cantidad de camas y pacientes internados ha disminuido radicalmente en todo el mundo.

La concesión de la salud a entidades con fines de lucro es un proceso histórico global y nacional, como proceso tiene un desarrollo en el tiempo, los lastres del anterior modelo hospitalario convivían con la privatización y solo en esos términos se puede entender las palabras de una psiquiatra *in situ*:

> […] Hay una serie de personas que están aquí permanentemente, que son los pacientes crónicos yo no sé cuántos, habrá como 20, son poquitos, porque los han ido ubicando con la familia o se han ido muriendo y no reciben más nuevos, todo el mundo con la ley 100 […] debe tener un respaldo de seguro una EPS. Bueno, las EPS las convirtieron en empresas sociales del estado y el hospital se mantiene por lo que facture: tantas consultas, tanta plata. Resulta que los hospitales del Estado les toca competir con las clínicas particulares porque resulta que los hospitales del Estado se tienen que regir por las tarifas oficiales. por decir, una consulta de psiquiatría vale tanto y al hospital psiquiátrico le toca ponerle ese precio, entonces las EPS por robarle la plata contrata con instituciones que están por debajo, entonces si la consulta vale 15 pesos se pasan a 14 y así ha pasado con las terapias , aquí tenemos terapia del lenguaje, terapia ocupacional, pero las EPS no mandaban los niños acá porque en otros garajes se las cobraban más baratas y el hospital no podría bajar la tarifa porque tiene que regirse por tarifas oficiales, entonces ha estado en crisis. […] el hospital general que tiene más dificultades y tiene una cartera grandísima, actualmente no solo los hospitales sino las clínicas privadas mantienen una cartera enorme porque las EPS no pagan las consultas, las EPS negocian a tanta plata después de 3 años de deberle plata, entonces le dice nosotros le debemos 30 millones a ustedes, negociemos por 20, le damos ya 20 y nos olvidamos de 10 y a la clínica le toca decir que si, entonces siempre hay un déficit, eses es el problema de la salud[222].

En la década de los noventa se vivió un “oscurantismo” en la programación de las prácticas estudiantiles universitarias en el HPSC; la precariedad de la red hospitalaria en lo referente a la salubridad mental imposibilitaba atender un problema exponencial. La asistencia médica a las psicopatologías no era

[222] TRILLOS, Elizabeth. Óp. Cit.

proporcional a las necesidades de un país que crecía aceleradamente en el sector urbano.

> La organización Panamericana de la Salud (OPS) decía: "En los últimos años Colombia ha experimentado cambios demográficos, envejecimiento de la población, descenso de la fecundidad y urbanización. Solo el 5% de los 1076 municipios tratan las aguas residuales antes de eliminarlas {…} las enfermedades predominantes en los niños son la desnutrición crónica, la diarrea y las enfermedades infecciosas respiratorias.[223]

La nosología de la enfermedad –mental o física– para los países del tercer mundo tiene su raíz en un problema más grande: la parcial o inexistente presencia institucional del Estado en las márgenes internas y externas del país[224]. La crisis no ha sido nunca exclusiva de las instituciones de la salud y la Ley 100 de 1993 hace parte de dinámicas político-económicas que superan el espectro regional e inclusive nacional. El remedo de programas económicos foráneos impulsó la rápida disolución de las obligaciones esenciales del Estado referentes al trabajo, vivienda, educación y salud de los ciudadanos, en opinión del médico psiquiatra Roberto Serpa Flórez:

> Las reformas al sistema nacional de salud quebraron y derrumbaron la red hospitalaria nacional, destruyeron y arruinaron el control epidemiológico que el gobierno nacional tenía en todo el país y lo entregaron a las regiones (los departamentos) sin ninguna supervisión ni control. Se abandonaron a su suerte los hospitales públicos -nacionales y regionales- y los servicios seccionales de salud dejándoles, como principal función el recaudar dineros para su funcionamiento. Esto les hizo descuidar su obligación esencial: prestar un servicio eficaz y oportuno a los ciudadanos para preservar su salud.[225]

El sistema de salud que se formalizó con la privatización de la red Hospitalaria en Colombia, no abandonó del todo al paciente porque nunca le negó la atención, pero tampoco le ofreció una solución definitiva.

> La reforma de la Seguridad Social (Ley 100) en plena recesión económica fue una insensatez. Es una falacia confundir la prestación de los servicios (Atención médica) con la protección y prevención de la salud. La ineficiente descentralización de los servicios de salud, la corrupción

[223] SERPA FLOREZ, 1997. Óp. Cit., p. 160.
[224] En este punto se hace referencia a territorios como el Magdalena Medio Colombiano, donde por muchas décadas únicamente gobernaban las guerrillas, los paramilitares o el ejército y no había escuelas, centros de salud; etc. Los ejemplos abundan y siguen vigentes, por ejemplo, en el caso del Choco, olvidado históricamente.
[225] SERPA FLOREZ, Roberto. Óp. Cit. Pág. 160.

> política que actúa en la distribución de los recursos, la autarquía y el desorden administrativo han sido fatales para la salud publica en Colombia[226]

Las unidades hospitalarias que vienen huyendo desde 1993 del fantasma omnisciente de la quiebra financiera, se ven obligados a recibir un número creciente de pacientes y a facturar por número y horas de consulta; lo que en el caso del HPSC, significa una atención asistencial y parcial de quince minutos por consulta o hasta quince días en caso de internamiento[227].

> De una actividad humanitaria se ha pasado a una acción corporativa de talante netamente comercial, donde el lucro es el objetivo primario. La "atención gerenciada" está basada en el lucro, a través de la limitación en el uso de los recursos y la contención de costos.[228]

En ese momento de transición de modelo económico y político, la Academia Nacional de Medicina se pronunció para rechazar expresamente la crisis que propició la privatización de la salud nacional:

> […] las instituciones prestadoras de servicios se encuentran en crisis y el capital científico e intelectual de la medicina ha sufrido un impacto muy negativo, sin contar el deterioro que ello ha significado en la educación y formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. [..] Las deficiencias en los sistemas administrativos y los numerosos trámites establecidos para el flujo de los recursos en el sistema, han llevado a un estado de iliquidez que hace temer por la supervivencia de los hospitales, especialmente aquellos del sector público, hoy denominados "Empresas Sociales del Estado, lo cual se traduce en disminución de la calidad de la atención a los pacientes y gran perjuicio para la educación médica[229]

Lo que significa –entre líneas– convertir un centro hospitalario en empresa social del Estado, es que debe funcionar desarticulado y en abierta competencia institucional para sostener su nómina e instalaciones, en otras palabras, no es otra cosa que convertir la salud en un negocio rentable, en un comercio que aminora costos y reduce tiempos de operación, para finalmente convertir el cuidado/cura del médico en la provisión de un producto precoz y defectuoso.

> La crisis hospitalaria comenzó con la ley 100, porque estos hospitales recibían recursos del Estado, entonces el Estado le daba platica a los hospitales. Con la ley 100 los hospitales se volvieron empresas sociales del estado, entonces el Estado ya no paga sino por algunos

[226] SERPA.1997. Óp. cit., p.161.
[227] TRILLOS, Elizabeth. Óp. Cit.
[228] SERPA. 1997. Óp. cit., p. 161.
[229] Ibid., p. 162.

> pacientes crónicos y nada más, hay unos pacientes crónicos que son poquiticos que son los que viven dentro del hospital, el resto de hospitalizaciones son de 8 de 10 de 15 días y para afuera[230].

La crisis permanente del esquema de autofinanciamiento, en la atención gerenciada afectó significativamente a los pacientes, a los médicos y a las instituciones; los hospitales públicos eran y son el espacio de practica-aprendizaje, porque son los escenarios educativos primarios que ofrecen las facultades de medicina a los profesionales de la salud en formación.

> […] las deficiencias en los sistemas administrativos y los numerosos trámites establecidos para el flujo de los recursos en el sistema, han llevado a un estado de iliquidez que hace temer por la supervivencia de los hospitales, especialmente aquellos del sector público.[231]

El fenómeno de la precarización de la atención hospitalaria, es suma el *nudo Giordano* que afectó indirectamente la dimensión pública de la universidad colombiana, de los hospitales universitarios y, por consiguiente, la calidad académica. El capital científico e intelectual de la salud se "devaluó", al igual que la formación de las nuevas generaciones de profesionales.

Roberto Serpa Flórez en el caso de la división de Ciencias de la Salud UIS, denunció el acecho del neoliberalismo, que en su perspectiva ahondaría el problema del desigual acceso a los servicios médicos a la población más vulnerable, a pesar de la legislación en salud y seguridad social que fue expedida en el periodo de publicación del siguiente aparte:

> […] La economía política actual (2001-2006) de corte neoliberal(,) la nefasta y deletérea influencia que este modelo de desarrollo ha tenido y tendrá en la salud del pueblo Colombiano que hace cada vez menos accesibles los medicamentos y los alimentos esenciales y priva a la población de la seguridad alimentaria, orienta la economía hacia el pago de la deuda exterior y aumenta la desigualdad social existente con una legislación que favorece a los dueños del capital extranjero y nacional, perjudicando a los trabajadores.[232]

[230] TRILLOS, Elizabeth. Óp. Cit.
[231] Ibid., p. 161.
[232] SERPA. 2007. Óp. cit., p. 157

4.5. LA MITOLOGÍA DE LA PEQUEÑA EMPRESA DE LA SALUD

Es clave aclarar que la neoliberalización nacional tiene su coyuntura política y mediática en el discurso del presidente de la república, Cesar Gaviria, con las palabras: “Bienvenidos al futuro”, el 7 de agosto de 1990, antes de la constituyente de 1991 producto de la séptima papeleta; esa bienvenida era la crónica de un cambio anunciado:

> […] no hay que olvidar que “(Álvaro) Uribe (Vélez), con su aliado de casi siempre, Fabio Valencia Cossío, lideraron la ponencia de la otra famosa ley, la 100 de 1993 que privatizó el servicio de salud y hoy deja morir a cientos de colombianos en las puertas de los hospitales.[233]

En el caso de la salud, la Ley 100 de 1993 reformó el sentido público, la calidad y el acceso de las instituciones hospitalarias, por una mitología del auto sostenimiento, la fragmentación y el manejo empresarial del sector salud atomizado. La Ley 100 de 1993, es entonces un síntoma visible de la privatización de las instituciones del Estado y de la entrada formal de Colombia en las dinámicas del neoliberalismo en el sector salud. La situación local también es nacional: el gobierno asigna a cada ciudadano una cantidad específica de dinero para cubrir su atención en instituciones hospitalarias, que desembolsan a las EPS (que no son más que una infraestructura de intermediarios), para que estas se encarguen de administrar el fondo de cada usuario en función de las enfermedades más prevalentes, mientras se descuida la financiación de las enfermedades que afectan a la minoría de la población, por no ser costo-efectivas[234].

> […] (El hospital) ya no recibe del estado sino una poquita plata que es de los crónicos y de resto todo es venta de servicios. […] El problema es que el tiempo de consulta es muy corto, porque así toca para compensar […] hay un desfase entonces toca trabajar con volumen, entonces uno a veces no alcanza a ver el paciente como quisiera y profundizar todas las veces, nosotros aquí también tenemos psicoterapia de grupo donde varios niños se reúnen,

[233] PALMA EGEA, Edwin. Álvaro Uribe Vélez: 26 años destruyendo trabajo decente. [En línea]. Bogotá: las 2 orillas. 2016. (recuperado en 2 enero 2018.) Disponible en http://www.las2orillas.co/alvaro-uribe-velez-26-anos-destruyendo-trabajo-decente/
[234] TRILLOS, Elizabeth. Óp. Cit.

> se factura, y entonces se hace por grupo ¿no?, pero el problema que tenemos con psiquiatría es eso, la del corto tiempo que hay entre una consulta y otra. […] [235].

Ahora bien, el descalabro en la salud pública es producto de un retraso legalmente contemplado por el diálogo directo entre el modelo económico neoliberal y la política pública nacional de salud; esta dilatación del pago o "glosas" puede llegar a ser de 90 días e incluso en algunos casos, puede significar el no pago de los tratamientos ejecutados por la red hospitalaria. Así, la crisis hospitalaria surge de la acumulación de la deuda que tiene que asumir cada institución hospitalaria, a pesar de ser generada por las EPS[236].

> En 1993 se aprobó la Ley 100, que pretendía propiciar la universalidad y la competencia de los servicios de salud y pensiones. Dicha ley se orientaba a la privatización de los servicios de salud, pues desmantelaba prácticamente o debilitaba los organismos públicos de salud. Finalmente, la apertura también dio paso a una reestructuración del aparato estatal que buscaba liquidar, fusionar o reestructurar (o ambas cosas) las instituciones, todo ello dentro de un marco "modernizador" de eficiencia y capacidad de gestión publica [237]

Con la Ley 100 de 1993, que llevó a convertir el HPSC en EPS, se profundiza la crisis hospitalaria, en la medida que dichas instituciones antes de la Ley 100 percibían recursos del gobierno nacional, departamental y local. En ese orden de ideas, únicamente los pacientes crónicos abandonados por sus familiares en el hospital, eran y son pensionados por el Estado; así, la muerte o el traslado de esa población internada también significara la muerte del pleno compromiso del estado con la salud mental de los santandereanos.

Toda la red hospitalaria del Estado tenía y tiene que competir con el sector privado en una balanza desigual: la tarifa de precios oficiales es fijada por el gobierno,

[235] TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 8 de agosto de 2017 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.
[236] TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 8 de agosto de 2017 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.
[237] GONZÀLEZ GONZÀLEZ, Fernán E. Poder y violencia en Colombia. Bogotá: ODECOFI: CINEP, 2016., p. 406.

mientras que el sector privado siempre puede ofrecer una oferta por debajo de esos cánones"[238].

El desfalco generado por las EPS en el sector público y privado es abismal, mientras que el vínculo comunitario del médico psiquiatra está confinado a charlas sobre los peligros de las sustancias psicoactivas, el manejo de niños hiperactivos, entre otros[239]. Asimismo, la interdisciplinariedad del equipo de salud mental, sinónimo de atención integral, queda relegada a eventos ocasionales, en los que se contrata por horas de prestación de servicio, debido a que presupuestalmente no se puede contemplar la posibilidad de mantener a ese equipo de psicólogos y trabajadores sociales en rotación permanente.

El proceso histórico construyó una terapéutica de la precariedad y la velocidad en función de la circulación del capital, pero la neoliberalización de la salud profundizó la brecha hasta alcanzar un punto de no retorno, priorizando en una terapéutica con enfoque farmacológico.

Pero hasta el más incuestionable método tiene sus efectos secundarios. La batalla de las farmacéuticas va dirigida a los efectos secundarios que pueden agravar el estado de disfunción mental y/o física del paciente. La velocidad en una capsula tiene efectos psíquicos que van en contravía con la cura definitiva y que más bien parecen hacer eco de la obsolescencia programada.

La píldora y la pequeña empresa se autoproclaman como un elixir para despejar el estancamiento social con velocidad[240], aunque sea una avanzada a ciegas, porque el conocimiento sobre sus efectos era y en muchos casos aun es experimental.

---

[238] TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 8 de agosto de 2017 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.

[239] NIÑO, Jorge. Entrevista realizada el 7 de agosto de 2016 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.

[240]"Se calcula que una persona nacida en 1935 había trabajado alrededor de 95.000 horas en el curso de su existencia. EN 1972 se presentaba, en cambio, una vida laborable de 40.000 horas, pero

> […] se está al presente investigando su efecto como antagónico frente a la acción del alcohol. También se está estudiando actualmente su acción como coadyuvante en la epilepsia. Lógicamente, se sigue investigando su uso en las indicaciones ya conocidas, tratando de profundizar sobre el mecanismo de su acción.[241]

La psiquiatría moderna quiere desalojar al interno de las instituciones psiquiátricas y de hecho el número de camas dentro de los hospitales psiquiátricos están disminuyendo por una terapéutica ambulatoria, así los ahorros presupuestales en una planta de enfermeros y asistentes disminuye dramáticamente y la institucionalización de los internos parece un rezago del anterior sistema de salud pública financiada mayoritariamente por el Estado. En este punto es importante resaltar una reflexión del historiador Luis Rubén Pérez, publicada en el libro "Beneficencia, higiene y salud publica en Colombia, en la introducción señala un lugar común dentro de la investigación historiográfica a nivel nacional:

> […] Sin embargo, cada historiador desde la perspectiva de sus asesores y directores han apelado a dar respuesta a sus preguntas-problema empleando diferentes fuentes históricas institucionales, analizando en proporciones diferentes el papel de los establecimientos, administradores, gremios profesionales e interventores sociales, reafirmando sus convicciones ideológicas al sobrevalorar o cuestionar el papel de las organizaciones encargadas de prevenir, atender o rehabilitar a los enfermos, e inevitablemente, asumiendo una postura anacrónica al buscar en las legislaciones, instituciones, agremiaciones y sistemas sanitarios del pasado las causas de la crisis e insostenibilidad del sistema de salud pública impuesto por el Estado colombiano desde 1993.[242]

En concordancia con el anterior argumento, establecer responsabilidades históricas es un asunto escabroso. Principalmente porque la privatización de las instituciones estatales es un proceso de resonancia con las lógicas internacionales, con la creación de nuevos mercados y lamentablemente con el lucro que supera una ética

---

para los contratados en el año 2000 se deben calcular alrededor de 100.000 horas de trabajo, invirtiendo una tendencia secular que había reducido constantemente el tiempo de trabajo. […] A partir de los años ochenta estamos obligados a trabajar cada vez más para compensar la merma continua del poder adquisitivo de los salarios, para enfrentar la privatización de un número creciente de servicios sociales y para poder comprar todos aquellos objetos que el conformismo publicitario impone a una sociedad en la que las seguridades psicológicas colectivas han disminuido." BERARDI BIFO, Franco. Generación post-alfa, patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2007., p. 26-27.

[241]Correspondencia enviada y recibida, Julio 11 de 1973

[242] PEREZ PINZON, Luis Rubén. Beneficencia, Higiene y Salud Pública en Colombia: La experiencia médico-sanitaria en Santander. Siglos XIX y XX. P. 13.

de apoyo generacional y de contribución a la salud en el futuro. Así lo señala el filósofo Cesar Rendueles en su libro “La Generación Post –alfa”:

> Se calcula que una persona nacida en 1935 habrá trabajado alrededor de 95.000 horas en el curso de su existencia. En 1972 se presentaba, en cambio, una vida laborable de 40.000 horas, pero para los contratados en el año 2000 se deben calcular alrededor de 100.000 horas de trabajo, invirtiendo una tendencia secular que había reducido constantemente el tiempo de trabajo. […] A partir de los años 80 estamos obligados a trabajar cada vez más para compensar la merma continua del poder adquisitivo de los salarios, para enfrentar la privatización de un número creciente de servicios sociales y para poder comprar todos aquellos objetos que el conformismo publicitario impone a una sociedad en la que las seguridades psicológicas colectivas han disminuido[243].

Los logros sindicales de un siglo se están echando por tierra en forma más expedita que las mismas luchas de los trabajadores. Ahora el trabajo no está sujeto a un espacio, se des-territorializa, al igual que el cuidado médico y psiquiátrico. Las jornadas de trabajo/descanso tienen fronteras cada vez más difusas. Se trabaja más tiempo sin reconocimiento de horas extra, el tiempo de descanso se funde con el de trabajo y más allá de eso, hay una grave ruptura en el tejido social que se ahonda en la actualidad, debilitando las iniciativas comunitarias y privilegiando la atomización, la individuación y finalmente la inestabilidad psíquica se convierte exponencialmente en una enfermedad rizomática[244]. Ese nuevo mercado es el nuevo nicho en los años noventa. Nuevos sujetos de consumo de una enfermedad que es medular a un sistema social híper convulsionado.

> En Colombia se implantó la ley 100 de l993 que trajo consigo el monopolio de intermediación financiera de las EPS e IPS (Empresas promotoras y Prestadoras de Salud) que el año 2011 habían multiplicado su patrimonio 177 veces y hoy se alzan con el 52% de los recursos de la Salud.[245]

---

[243] BERARDI BIFO, Franco. Generación post-alfa, patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2007., p. 26-27.

[244] “Los psicofármacos euforizantes se volvieron parte de la vida cotidiana. A mitad de los años 90, el Prozac aparecía como una suerte de medicina que transformaba a los hombres y a las mujeres en máquinas felices de ser siempre eficientes, siempre optimistas, siempre productivos. Un consumo espantoso de euforizantes, antidepresivos, neuro estimulantes acompaño el desarrollo de la new economía […]”. Tomado de: BERARDI BIFO, Franco. Generación post-alfa, patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2007., p. 29.

[245] SERPA FLOREZ, Roberto. Salud y atención médica. [En línea] Vanguardia Liberal (Recuperado el 13 de septiembre de 2016) Disponible en: http://www.vanguardia.com/opinion/columnistas/roberto-serpa-florez/roberto-serpa-florez/170322-salud-y-atencion-medica.

Un fenómeno en apariencia tan focalizado como la profesionalización del ejercicio psiquiátrico en una ciudad intermedia de Colombia, está conectado con las dinámicas globales, que lo afectan directamente en procesos de corta duración. Todos los procesos históricos son bifurcaciones. A la solución parcial de la privatización de la crisis hospitalaria en el año 1993 con la Ley 100, se sumó la disolución del compromiso social del Estado y la comunidad con los sectores más vulnerables de las clases subalternas.

5. CONCLUSIONES

En el desarrollo de la investigación se logró modular la escala de observación, enfocándose en el HPSC, pero también en los fenómenos nacionales, regionales y locales que alteraban un escenario intramuros de crisis presupuestal, apuestas por la profesionalización de la labor médica, etc. Esto permitió observar a la institución no como un territorio monolítico sino como un espacio inmerso en las contradicciones de sus actores.

A través del análisis de ocho entrevistas a psiquiatras que trabajaron o están vinculados al HPSC y el diálogo que devino con la correspondencia del hospital, la prensa, los artículos de divulgación científica, entre otros, se encontró una institución que lejos de constituirse en un panóptico disciplinario homogéneo y omnisciente, estaba siempre en tensión con los trabajadores sindicalizados, la sobrepoblación de los internos, con la orden religiosa que se resistía a abandonar definitivamente sus labores asistenciales, y que finalmente cedieron a la modernización del estamento médico solo hasta el año 1975.

Retomando el problema de las fuentes, el cruce entre la fuente oral y la escrita permitieron matizar los hallazgos en ambas direcciones. Hay zonas que aún son grises dentro del HPSC y las entrevistas daban indicios, luces sobre la dinámica interna institucional, en este caso del pabellón para crónicos que es una pieza vital para entender la contradicción interna del hospital que pervive a través de una población de internos sin capacidad de rehabilitación para la vida en sociedad, unas veces por su deteriorito psíquico, otras por el desbordamiento de las capacidades logísticas y de tratamiento de la institución. A lo largo del texto se encuentra múltiples referencias a ese contraste entre pacientes agudos y crónicos y es en gran medida el análisis de esas dos categorías la piedra angular de la investigación, ya que permite comprender la singularidad de un territorio aparentemente insignificante, pero revelador de un problema nacional que inevitablemente iba a devenir en la privatización de la red hospitalaria colombiana.

En síntesis, la introducción de los primeros capítulos dialogó de lo general a lo particular para establecer las similitudes y puntos de divergencia entre la teoría sociológica que tiene origen en los modelos teóricos de Jeremy Bentham, con el panóptico como institución disciplinaria por antonomasia y las instituciones de salud y educación regional que históricamente pasan inadvertidas por el gobierno nacional de Colombia. En este caso se analizó el HPSC y la División de Salud de la UIS; que en ambos casos son instituciones bosquejadas, proyectadas y administradas por una pequeña pero comprometida asociación de médicos progresistas vinculados a ASCOFAME.

La pregunta por la División de Salud de la UIS tuvo un lugar relevante en la investigación en la medida que permitió llevar definitivamente la investigación más allá de los muros del hospital psiquiátrico y ponerla en contacto con el contexto internacional, con los planes de desarrollo, con otras escalas territoriales e incluso con la UIS en la década de los sesenta.

Sin embargo, la crisis presupuestal siempre fue un problema transversal al sistema hospitalario nacional, pero ese problema se convirtió en oportunidad para el sector privado, porque a través de las empresas prestadoras de servicios de salud (EPS), establecieron la figura de un intermediario entre los contribuyentes (como consumidores antes que ciudadanos) y el Estado a través de las instituciones de salud (Hospitales generales y psiquiátricos, clínicas, ancianatos, institutos de beneficencia, etc.). De ahí que la Ley 100 de 1993, marca una suerte de cierre del problema de investigación y abre la puerta de una nueva lógica intra mural: la farmacología como un nicho de mercado cada vez más amplio y el sector de la salud, en general, como espacio para la especulación y burocratización de un servicio exclusivo, donde el bienestar del usuario está al margen de las utilidades privadas.

Otro hallazgo importante tiene que ver con la población de los internos crónicos y es el de la institucionalización. En este punto hay un quiebre definitivo entre la teoría

europea del disciplinamiento y la realidad Bumanguesa: los internos crónicos progresivamente se apropiaban de su lugar como incurables, pero inversamente perdían sus vínculos personales extramurales, su red de apoyo laboral, social, etc.; esa institucionalización es un ensimismamiento negativo en la medida en que el interno dejaba de ser ciudadano para convertirse en un sujeto sin representación.

La anterior tesis es el signo distintivo de la corriente anti-psiquiátrica de la que hacen parte los psiquiatras y humanistas más heterodoxos a nivel mundial, que se basan en los proyectos del Dr. Franco Basaglia para de-construir el manicomio en Italia, e introducir al interno a la sociedad, ya no como lo indeseable sino como un ciudadano con procesos personales irresueltos, con otra sensibilidad estética hacia el mundo, etc. En definitiva, el manicomio y el hospital psiquiátrico no sirven para devolver a la sociedad a las personas que pasan por allí, entonces ¿para qué sirve?, ¿Hay un trasfondo político o económico más allá de los discursos sobre la necesidad de crear y sostener en el tiempo una ciudad para la locura?

Ya desde la perspectiva histórica, aunque sería precipitado afirmar que el problema de la salud mental a nivel latinoamericano es el mismo en todas sus latitudes, hay vasos comunicantes y diálogos profesionales sobre el problema de las instituciones de salud mental en el tercer mundo, tanto en los círculos académicos médicos como en las humanidades; en ese orden de ideas, las investigaciones sobre la psiquiatría latinoamericana pueden dar cuenta de conceptos que corresponden, no a la unidad de las instituciones disciplinarias de Europa y Norteamérica, sino encadenadas por la precariedad y la crisis del presupuesto público.

Disminuir la escala de observación para dar cuenta de la importancia del territorio

La ciudad de Bucaramanga cambio significativamente a principios de la segunda mitad del siglo XX. La migración campo-ciudad en Colombia desde los años cincuenta fue ante todo un proceso violento y accidentado, como lo fue en Europa

el proceso histórico de la instrumentalización de los campesinos al trabajo asalariado en las ciudades. Una forma de controlar esa diáspora nacional lo constituyeron instituciones para el encarcelamiento de los inadaptados (en el año 1951 se crea la cárcel modelo y en 1953 el HPSC). Pero acá es importante debatir, sobre todo, la función social del ejercicio psiquiátrico posterior al año 1967, con la creación de la División de Salud UIS y una decidida intervención humanista y científica de la psiquiatría en el hospital público para la locura en Santander y el nororiente del país. Naturalmente la población interna hace eco de una disposición de clase, en su mayoría desahuciados, campesinos pobres o en el borde de la pobreza y en todos los casos arrojados a la ciudad.

Definitivamente Bucaramanga, una ciudad intermedia y parcialmente urbanizada, cambia significativamente con ese proceso de migración interna prácticamente ininterrumpido a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en Colombia. La retícula urbana quedó organizada de tal forma, que a la calle 45 le fue asignada la misión social de encarcelar o contener a los cuerpos en distintos momentos de la vida y la muerte, de ahí su papel histórico que incluso se remonta a la fundación de la ciudad, siendo el principal acceso a la meseta por siglos. Un proceso histórico territorializado como lo es la institucionalización de la locura, pasa necesariamente por la configuración de ciudad.

Ya dentro de los muros del HPSC, el problema de los internos agudos y crónicos guío y dio sentido a la investigación, en la medida en que encerraban modalidades opuestas de la lógica de la atención hospitalaria. Los crónicos eran internos de estadía indefinida y en algunos casos de estadía vitalicia, por lo que pertenecían a la concepción de beneficencia donde el Estado institucionalmente contenía a un enfermo mental y le proveía en sus necesidades básicas, en un ambiente casi que indiferenciado de una cárcel pública.

Los agudos eran el principal *target* de los psiquiatras, al ser internos con posibilidad de progreso y recuperación. Así, la profesionalización de la psiquiatría siempre se

ubicó al lado de la reintegración de los individuos a la sociedad, como trabajadores, estudiantes, etc. La psiquiatra como ciencia médica, al menos en el HPSC, se quiso desembarazar del remanente del anterior asilo, de la orden religiosa y de la concepción cristiana de la asistencia y la enfermedad, pero ese proceso fue paulatino y aunque las Hermanas fueron relevadas de sus funciones por los estudiantes de la División de Salud UIS, el asilo siguió conviviendo con el hospital psiquiátrico a través de los internos en la categoría de crónicos, en una cifra que muchas veces superaba a la de los internos agudos. Por ese motivo, no se puede hablar de una transición total hacia la profesionalización de la psiquiatría en el HPSC, incluso en nuestros días.

El pabellón de crónicos estaba sumido en el tiempo, la atención se basaba únicamente en la alimentación y el vestido, el gran número de internos dificultaba la intervención de los casos, que por otra parte se creían incurables. Los crónicos llegaban a la institución unas veces porque sus familiares los abandonaban en un evento público (enfermos crónicos dominicales), y otras por que la comunidad los denunciaba por atropellos a la propiedad pública y privada, o la policía los encontraba deambulando en las calles y los parques de la ciudad. Eran en si un síntoma de malestar público del que la sociedad prefería separarse.

En el caso de los internos agudos la situación era diferente, ellos recibían la atención de los médicos psiquiatras porque tenían la esperanza de recuperarse y volver a ser integrados a la sociedad, por ese motivo mientras el Hospital era una cadena perpetua para los crónicos pensionados por el Estado, para los agudos era una institución plenamente médica, con bases científicas experimentales de vanguardia. Esa distinción entre manicomio y hospital psiquiátrico se inclinó a favor de una terapéutica médica y en adelante la voluntad de los psiquiatras estaba dirigida a redirección a los crónicos y funcionar plenamente como una institución de salud mental, aunque hasta el día de hoy eso no se ha logrado.

El proyecto social de cubrimiento exponencial en salud y educación de los colombianos, liderados por vanguardias ilustradas de profesores, médicos y personajes ilustrados; tuvo sus cimientos en una infraestructura hospitalaria nacional al servicio de la universidad pública y los sectores olvidados por el gobierno central. Fue la capacidad de negociación e intervención de las asociaciones civiles y los movimientos sociales, lo que permitió dirigir la voluntad del Estado a cubrir las necesidades del grueso de la población con instituciones. Un claro ejemplo de lo anterior es ASCOFAME, en este caso, una organización privada con su norte en la construcción de una infraestructura de salud y educación pública.

Vale aclarar que esa solución local no pudo hacer frente al problema global del neoliberalismo, que se desarrolló paralelamente en la década de los setenta, debido en gran medida a la precariedad Estado colombiano. Un punto de inflexión tiene que ver con el año 1993, la Ley 100 y la privatización de la salud en Colombia. Las leyes que antes amparaban una continuidad en la atención a los enfermos mentales, ahora limitaban su atención a las lógicas costo-efectivas del mercado de la salud. En este punto, los pensionados como categoría permanente de atención desaparecen progresivamente del Hospital Psiquiátrico y las terapias ambulatorias con fármacos redujeron las camas dentro de los pabellones.

En este punto cabe preguntarse si el hospital psiquiátrico es una especie de fósil de un momento histórico donde el control de la otredad era una campaña Estatal estructural, o si la persistencia de esas instituciones en Colombia, a pesar de los cambios globales (como el desmantelamiento de los grandes hospitales psiquiátricos, como la Castañeda en México D. F. o la a Ley 180 en Italia), hablan de nuestras dinámicas nacionales más acentuadas, de nuestra cultura política.

BIBLIOGRAFIA

A VENANCIO, María Teresa. La Asistencia psiquiátrica en la historia política brasileña. En: Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, enero - junio, 2012, vol. LXIV, no. 1, p. 167-188.

ACEVEDO TARAZONA, Álvaro. La UIS historia de un proyecto tecnicocientifico. Bucaramanga: UIS. Escuela de historia,1998., p. 228.

_____. Un ideal traicionado: vida y muerte de los movimientos estudiantiles en el ELN. Bogotá: Intermedio, 2006., p.187.

ACTON, Rudolph P. La universidad latinoamericana: Calve para un enfoque conjunto del desarrollo coordinado social, económico y educativo en la América Latina. Edición digital. Christian Hernández. (Recuperado 15 septiembre de 2018). Disponible en: http://www.notasobreras.net/images/stories/pdf/moes71/atcon_la_universidad_latinoamericana.pdf

ALARCÓN, Miguel Ángel. La creación de nuevas facultades de Medicina ¿a quién beneficia? (Editorial). En: Salud UIS. Agosto, 1994, No. 2., p. 1-3

ARCHIVO HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO. Fondo: Correspondencia enviada y recibida. 1967-1989.

BAUMAN, Zygmunt. Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Barcelona: Gedisa Editorial, 2000., p. 155.

BERARDI BIFO, Franco. Generación post-alfa, patologías e imaginarios en el semiocapitalismo. Buenos Aires: Tinta Limón, 2007., p. 252.

BRAVO, Omar Alejandro. Las prisiones de la locura, la construcción institucional del preso psiquiátrico. Cali: Universidad ICESI, 2011., p. 157.

CASTRILLON. María del Carmen. La atención de la locura en la beneficencia de Cundinamarca durante el periodo 1950-1970. Una lectura desde las historias clínicas. En: Documento de trabajo, 2018, no 174., p. 3-37.

CEPEDA VILLABONA, Durley Paola et al. "Esquizofrénicas" y "Maniaco-depresivas": Las mujeres internas en el instituto psiquiátrico San Camilo entre 1953 7 1964. Tesis de Pregrado. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, 2015., p. 121.

CHUL HAN, Byung. En el enjambre. Barcelona: Herder, 2014., p. 109.

_____. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder, 2012. p. 79.

_____. Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder, 2014., p.127.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, 1993, no. 41148. p. 1-168.

CUETO, Marcos. Entrevista realizada en Rio de Janeiro. Entrevistador: Gustavo Correa Matta. [En línea] (Recuperado el 16 de septiembre 2017) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n2/11.pdf

DELEUZE, Gilles. Derrames: entre el capitalismo y la esquizofrenia. Buenos Aires: Cactus, 2010., p. 380.

_____. Posdata sobre las sociedades de control. En: Conversaciones: 1972-1990. Valencia: Pretextos. 1999., p. 264-290.

ELIAS, Norbert. Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados. En: LA civilización de los padres y otros ensayos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1993., p 79-138.

ESCOBAR SARMIENTO, Ehide Judith. La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el Instituto Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga. Tesis de pregrado. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, 2009., p. 134.

FOUCAULT, Michel. El ojo del poder. Madrid: La Piqueta, 1989, p.16.

_____. El poder psiquiátrico, curso en el Collège de France (1973.1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008., p. 448.

GAGO, Verónica. La razón neoliberal, economías barrocas y pragmática popular. Buenos aires: Tinta Limón, 2014. p. 9.

GAVASSA VILLAMIZAR, Edmundo. La salud en Bucaramanga. Bucaramanga: La Bastilla, 2017., p.171.

GOFFMAN, Erving. Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrotu, 2001., p. 379.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Fernán E. Poder y violencia en Colombia. Bogotá: ODECOFI: CINEP, 2016., p. 583.

GONZÁLEZ, Cristóbal. La salud en Colombia, para atrás como el cangrejo. En: Revista alternativa. Diciembre, 1976, no. 111,

GUATTARI, Félix, ROLNIK, Suely. Micropolítica. Cartografías del deseo. Madrid: Traficantes de Sueños, 2006., p. 370.

GUEVARA ZARRAGA, María Estela. El paradigma epistémico de la Psiquiatría. En: Investigación en Salud. 2008, No. 1. p. 43-50.

KHUN, Thomas. La estructura de las revoluciones científicas. Argentina: Fondo de cultura económica, 1971

LEÓN GUARÍN, Libardo. Las universidades de posguerra. En: Respuesta Universitaria, No. 53; p. 5-7,

MANTILLA, Claudia Patricia. Figuraciones de la vida y la muerte en la calle 45 de Bucaramanga. Tesis de maestría. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, 2010., p.120

MANTILLA, Felipe Silva. Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia 1875-1930. Tesis de maestría. Medellín: Universidad Nacional de Colombia. 2012. 217p.

MARX, Karl. En defensa de la libertad: artículos de la Gaceta Renana 1842-1843. Madrid: Universidad Complutense, 1983., p. 310.

MAYER, J. Arno. La persistencia del antiguo régimen. España: Alianza Editorial. 1994., p. 328.

MOLINA RÍOS, Andrés. ¿Cómo prevenir la locura? Psiquiatría e higiene mental en México: 1934-1950. México: Siglo XIX Editores, 2016., p. 224.

MORO, Tomás. Utopía. Madrid: Círculo de Bellas Artes, 2011., p. 208.

NIÑO, Jorge. Entrevista realizada el 7 de agosto de 2016 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez

OBIOLS, J, BASAGLIA, F. Psiquiatría y antipsiquiatría. Barcelona: Salvat Editores. 1973., p, 141.

OLARTE, Mario. Entrevista realizada el 14 de febrero de 2016 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes.

OSPINA MARTÍNEZ, María Angélica. Con notable daño del buen servicio: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. Bogotá: Antípoda: Revista de Antropología y Arqueologia.2006, nro. 2., p. 303-313.

OTERO, Carlos. Entrevista realizada el 5 de Julio del 2015 en la ciudad de Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.

PALMA EGEA, Edwin. Álvaro Uribe Vélez: 26 años destruyendo trabajo decente. [En línea]. Bogotá: las 2 orillas. 2016. (recuperado en 2 enero 2018.)

PERÉZ PINZÓN, Luis Rubén. La lepra en Santander: tratamientos y maltratamientos históricos. En: ANUARIO DE HISTORIA REGIONAL Y DE LAS FRONTERAS. Agosto, 2010, v. 10, n. 1, p. 145.

POPOVA, Mirna Jirón. Formación tecnológica y universidad pública en Colombia. En: Revista Científica. Noviembre, 2013, Vol. 1, no. 17.p. 46-48.

PRADILLA ARDILA Gustavo. “Testimonio vivo: una historia de 50 años”. En: UIS. División de Salud UIS 50 años. Medio siglo forjando ciencia, ética y humanismo. Bucaramanga: Iris Impresores, 2016., p. 412.

_____. División de Salud UIS. Medio siglo forjando ciencia, ética y humanismo. En: Cátedra Libre, marzo, 2017, no. 190., p. 10-14.

QUEVEDO, Emilio. Historia social de la ciencia en Colombia, institucionalización de la medicina en Colombia 1492-1860: antecedentes de un proceso. Bogotá: Tercer Mundo, 1993, Tomo VII. 297p.

RENDUELES, César. Capitalismo canalla, una historia personal del capitalismo a través de la literatura. Barcelona: Planeta, 2015., p 232,

RESTREPO, Gabriel et. al. Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo I, fundamentos teorico-metodologicos. Colciencias, 1993, Colombia., p 303.

RIOS MOLINA. Andrés. Locura y encierro psiquiátrico en México. En: Antípoda, enero-junio, 2008, no 6., p. 73-90.

RÍOS MOLINA Andrés, SACRISTÁN, Cristina, et al. Los pacientes del manicomio la Castañeda y sus diagnósticos 1910-1968. En: Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2016, vol. 68, no. 1., p. 136

RODRIGUEZ GOMEZ, Juan Camilo. El solitario, el conde de Cuchicute y el fin de la sociedad señorial (1871-1945). Bogotá: U. Externado de Colombia, 2003. p. 89

RODRÌGUEZ LEDESMA, Diana Lorena. Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1859-1930. Tesis de pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2013. 89p.

ROJAS MALPICA, Carlos. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. [En línea]. Redalyc. Guadalajara: (Recuperado en 22 Julio del 2017.) Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/142/14240305.pdf

ROMERO TOBÓN, Juan Fernando. De la República Liberal a la transacción liberal conservadora: disonancias y consonancias. En: Pensamiento Jurídico. Enero - abril, 2013, no. 35., p. 35-60.

ROSSELLI, Humberto. In memoriam: terapias psiquiátricas en Colombia antes de la era psicofarmacológica. En: SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA. (5: 19-21 marzo 1993, Bogotá) Memorias. Bogotá: Psimonart, 2009., p. 111-121.

ROSTOW, W Walt. Las etapas del crecimiento económico: un manifiesto no comunista. España: Centro de Publicaciones, 1993., p. 342

SERPA FLOREZ, Roberto. 45 años de Psiquiatría en Bucaramanga. En: Revista de Medicina UIS, 1999, vol. 21, no.2., p. 33-43

_____. Apuntes para la historia de la medicina. En: Medicas UIS. Septiembre, 2007, Vol. 20, no. 2, p. 157-167.

SILVA MANTILLA, José Andrés. Espacio, cuerpo y subjetividad en el manicomio departamental de Antioquia: 1875-1930.Tesis de Maestría. Medellín: Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín, Facultad de Ciencias Económicas y Humanas, 2010., p. 217.

SILVA, Juan Manuel. El Conde de Cuchicute. Bogotá: Altamir, 1991., p. 329.

SORZANO PUYANA. Augusto. Reseña histórica UIS 40 años. En: Vida UIS. 1988., p. 4-20.

TRILLOS, Elizabeth. Entrevista realizada el 4 de marzo de 2015 en Bucaramanga. Entrevistador: Cesar Paredes Téllez.

TRUJILLO, Emiro. El problema hospitalario. En: Medicina UIS. Enero, 1976, no. 6., p. 71-72.

URIBE, María Victoria, Matar, Rematar y Contramatar. Colombia: CINEP, 1990., p. 209.

VILLAREAL, Juan Francisco. Historias de un abuelo afortunado, relatos de una vida en mis tiempos. Bucaramanga: Dirección Cultural UIS, 2014., p. 146.

VILLEGAS ARANGO, Jorge. Libro negro de la represión, 1958-1980.Bogota: Fundación para la investigación y la cultura (FICA), 1980., p. 367