



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

Médicos, instituciones y locura en Concepción, 1891-1929.

Tesis para optar al grado de Magister en Historia de Occidente.

Profesor: Marco Antonio León León
Alumno: Alexander Sievers Thennet

Chillán, enero del 2013

ÍNDICE.

ABREVIATURAS	4
INTRODUCCIÓN	5

Capítulo I. Los médicos al poder: elementos centrales de la reforma manicomial en Chile, 1891-1896.

Los médicos y la institución manicomial en Chile	22
<i>Instancias claves en el desarrollo histórico de la Casa de Orates de Santiago</i>	23
<i>Los médicos y el proceso de reforma</i>	27
<i>El nuevo manicomio regional</i>	30
Dirección Médica de Manicomios	33
<i>Los médicos y la administración de las instituciones de salud</i>	35
<i>El asilo como una institución especial</i>	37
El Manicomio de Concepción: La reforma asistencial en provincia	45

Capítulo II. La Beneficencia, los asilos para enajenados y su relación con la transformación del Estado en Chile.

El Estado guardián y las instituciones para enajenados	54
<i>Liberalismo, Estado guardián y la noción de moralización en el asilo</i>	54
<i>Elementos que hacen del asilo para enajenados una institución especial</i>	59
Beneficencia, médicos, cuestión social y transformación del Estado	72
<i>La Junta de Beneficencia entre la caridad privada y el interés estatal</i>	72
<i>Los médicos y la transformación del Estado</i>	76
<i>Organizaciones mutualistas, cuestión social y transformación del Estado</i>	80
El Manicomio de Concepción como indicador de la transformación del Estado	83

Capítulo III. La institución manicomial en Concepción, 1895-1929.

Un Manicomio provisorio	93
<i>Aspectos presupuestarios y exceso de Insanos</i>	96
<i>Aspectos generales de la infraestructura del manicomio</i>	107

Necesidad de reformas en el Manicomio.....	113
<i>La Escuela de Agricultura y el proyecto de Manicomio</i>	114
<i>El Manicomio Avello</i>	122
<i>El Manicomio Avello y los militares</i>	131
¿Quiénes ingresan al Manicomio de Concepción?.....	137

Capítulo IV. La construcción cultural del loco y los espacios de circulación de la locura en Concepción

El loco como sujeto enfermo y peligroso.....	140
<i>El proceso de construcción de sujetos</i>	140
<i>El loco como sujeto enfermo</i>	143
<i>El loco como sujeto peligroso</i>	146
Representación social del loco e imaginarios urbanos en Concepción.....	150
<i>Representación social y locura en Concepción</i>	150
<i>La elite penquista e imaginario urbano en Concepción</i>	153
Los espacios de circulación de la locura en Concepción.....	158
<i>Características generales de la policía en Concepción</i>	159
<i>La policía y el control de la insania en la ciudad</i>	162
<i>Hospicio, dementes y Manicomio en Concepción</i>	168
<i>Los hospicios en Chile y su relación con las enajenaciones mentales</i>	174
CONCLUSIONES.....	177
BIBLIOGRAFÍA.....	181

ABREVIATURAS

ANCh:	Archivo Nacional de Chile
ARNAD:	Archivo Nacional de la Administración
BCNCh:	Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
BLDG:	Boletín de Leyes y Decretos de Gobierno
BNCh:	Biblioteca Nacional de Chile
MHMUCH:	Museo de Historia de la Medicina Universidad de Chile
SCHUC:	Sala Chile Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN.

“Todas las sociedades toman medidas para ocuparse de personas peculiares cuyo comportamiento resulta extraño, causa trastornos o representa un peligro: hasta este punto, la locura constituye una verdad universal de la vida.”¹

A través de la cita anterior, queremos reafirmar el carácter histórico de la locura reconociéndola como un ámbito importante de la experiencia humana. En éste sentido, es fundamental recordar que a lo largo de la historia se han construido distintas representaciones sociales en torno a la normalidad, lo que ha dado paso a una serie de prácticas respecto a la sin razón. De este modo, podemos decir que la locura ha tenido dos formas centrales de ser interpretada o comprendida. Por un lado, ha sido vista como un acto de posesión en la que intercederían fuerzas sobrenaturales y, por otro, se le ha calificado como una enfermedad mental con base orgánica en el cerebro. Tal situación ha determinado que la locura históricamente haya sido excluida de los espacios públicos, siendo considerada entonces como un verdadero símbolo de marginalidad social.

Identificar la locura como una enfermedad mental debe ser entendido como un proceso de construcción cultural, que ha tenido un desarrollo histórico en Occidente desde las primeras formulaciones realizadas por los médicos griegos en los llamados tratados hipocráticos, visión que se ha mantenido con algunas modificaciones hasta la actualidad.² Lo antes descrito, se ha caracterizado por la búsqueda de explicaciones racionales que permitan comprender, qué es la locura, cómo se manifiesta, qué factores la producen o generan, y lo más importante, qué prácticas posibilitarían su curación. En tal contexto, la ciencia médica como forma de análisis y explicación de las enfermedades en general, terminó reconociéndose como el único interlocutor válido entre la locura y la sociedad, generando de este modo un discurso totalizador que niega cualquier otra forma de interpretación de la insanía.

¹ Roy Porter, *Historia social de la locura*, Crítica, Madrid, 1989. p. 21.

² “La historia de la psiquiatría propiamente dicha, como, en general la de la medicina científica, comienza con los griegos. Los criterios grecorromanos subsistieron inmutables hasta entrado el siglo XVIII y todavía usamos gran parte de la nomenclatura griega.” Erwin Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, EUDEBA, Buenos Aires, 1962. p. 25.

Durante el siglo de las luces la medicina ideó una respuesta racional e institucional al problema que significaba la locura, contexto en el cual aparece el Manicomio como una institución que cumpliría la función de asistir y curar a los enfermos mentales, teniendo por interés dejar atrás una serie de prácticas como eran: la peregrinación a santuarios en espera de un milagro curativo; el encierro por parte de las familias en espacios privados del hogar; la reclusión en celdas para agitados al interior de los hospitales; el encierro en calabozos o el vagabundeo por las calles. De este modo el nacimiento del asilo fue reconocido como un símbolo de la civilización y el progreso en una sociedad ilustrada.³ En la práctica, la psiquiatría decimonónica puso sus esperanzas en el asilo como maquina curativa, donde el aislamiento del loco respecto de la comunidad se constituía en el elemento central del proceso terapéutico.

El discurso ulterior respecto del asilo se ha caracterizado por una seguidilla de críticas que han tomado fuerza desde fines del siglo XIX, éstas hacen hincapié principalmente en la saturación de los establecimientos destinados a la curación de la insania y al consecuente reconocimiento de una cronificación de la enfermedad al interior del espacio institucional.⁴ Dicho proceso se ha visto coadyuvado desde la década de 1960, por el desarrollo de un movimiento en pro de la desinstitutionalización, dando paso a la promoción de centros de atención comunitaria que buscarían remplazar a los antiguos asilos, manicomios u hospitales psiquiátricos.

Las investigaciones relacionadas con la historia social han determinado el estudio de nuevos sujetos histórico como los pobres urbanos, artesanos, trabajadores del campo, las mujeres, los niños y jóvenes, delincuentes y los locos, entre otros. Apareciendo con esto nuevas líneas de investigación y enfoques historiográficos, entre los que se puede mencionar la historia de la locura, marginalidad, criminalidad, de la justicia y el castigo, de la violencia, del control social y de los imaginarios sociales, entre muchos otros.

Es posible constatar la existencia de dos perspectivas de análisis al momento de realizar una investigación histórica sobre la locura, la primera de ellas se conoce con el nombre de historia de la locura o historiografía crítica, ésta integraría las representaciones

³ Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar” en *Revista Cuicuilco*, Vol. 16, Núm. 45, México D.F., 2009. p. 165. Extraído de: <http://redalyc.uaemex.mx> el día 21 de julio de 2012.

⁴ Roy Porter, *Historia social de la locura...*, p. 119.

sociales y la construcción cultural de la figura del loco en sus constantes relaciones tanto con el Estado, a través de sus instituciones, como con la sociedad. Esta visión se opondría a la llamada historia de la psiquiatría o historia tradicional, la cual se caracteriza por considerar los avances en materia psiquiátrica, centrándose en el estudio de los grandes personajes médicos, como también en las instituciones creadas para la curación y asistencia de la locura.

Rafael Huertas, nos da a conocer la presencia de una “historia tradicional” que tuvo en los años 30 del siglo XX una gran aceptación en el mundo académico, esta visión representa un posición panegirista que busca resaltar los aportes científicos y filantrópicos del quehacer psiquiátrico, lo cual se encontraría siempre vinculado con la célebre “liberación de los locos” por parte del alienista francés Philippe Pinel y la superación de las nociones supersticiosas, aparte de la imposición de un criterio médico-científico. A esta visión se opuso la historiografía crítica o revisionista, la que se organizó en torno a las décadas de 1960 y 1970, ésta tuvo como eje central el darle una preponderancia a las ciencias sociales (historia social, antropología, sociología, etc.), es por ello que los temas se centraron en la locura como mito y construcción social, las respuestas sociales a la locura y el papel de las instituciones psiquiátricas como instrumentos de control social.⁵

Creemos pertinente dar a conocer la historiografía crítica o revisionista, que marcó un antes y un después en los estudios ligados a la medicina y psiquiatría en el siglo XX. El caso más conocido y emblemático es el del filósofo e historiador de origen francés Michel Foucault. En su obra *Historia de la locura en la época clásica*,⁶ nos muestra cómo desde el siglo XV hasta XVIII, se va perfilando en Occidente una nueva visión en torno a la locura, que tuvo por resultado la organización de un sistema de aislamiento que partiría con la lepra y terminaría con la insanía, determinado así la negación de todo resto de verdad presente en ésta, y estableciéndose una verdad científica que generaría saberes que permitirán dominarla en el espacio institucional del asilo. Otra investigación del mismo

⁵ Rafael Huertas, “Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué?, tradiciones historiográficas y nuevas tendencias” en *Revista Frenia*, Vol. I, N° 1, Madrid, 2001. pp. 36. Extraído de: <http://www.frenia-historiapsiquiatria.com> el día 25 de agosto de 2010.

⁶ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2009 [1964].

autor es *El poder psiquiátrico*,⁷ dicha obra proviene de un ciclo de clases realizadas en el Collège de France entre los años 1973-1974. Su tesis central dice relación con los dispositivos de poder y la consecuente creación de discursos de verdad, manifestando que lo importante no era la institución sino los desequilibrios de poder que terminaban haciendo funcionar las regularidades del asilo. En este sentido, cuestiona su obra precedente diciendo que erróneamente le había dado más importancia a la institución psiquiátrica que a las relaciones de poder que se establecían al interior de ella.

Las críticas que ha suscitado el autor anterior no han sido menores, dado que por ejemplo, se le acusa de poca rigurosidad en el tratamiento de las fuentes, además de exceso interpretativo, junto con la práctica demasiado frecuente de generalizaciones que afectarían ámbitos geográficos muy diversos. Frente a lo anterior, nadie puede dejar de reconocer que la obra foucaultiana es imprescindible hoy en día para cualquier investigación que trate temáticas ligadas a la medicina y psiquiatría. Lo importante es aclarar que no se puede relacionar a la historiografía revisionista sólo con Foucault y sus seguidores, ya que existen representantes de esta corriente que no toman los postulados teóricos propuestos por el aludido autor.

Dentro de las posturas más críticas a la institución y profesión psiquiátrica se encuentra la llamada anti-psiquiatría que tuvo su desarrollo durante las décadas de 1960 y 1970, aquí encontramos autores como, Michel Foucault, Thomas Szasz,⁸ Erving Goffman⁹ y Robert Castel,¹⁰ los cuales provendrían de disciplinas tan distintas como la filosofía, psiquiatría y sociología respectivamente, cada uno de estos con sus líneas interpretativas propias presentarían en general posturas radicalmente iconoclastas, centrándose especialmente en la promoción de una desinstitucionalización de la psiquiatría, siendo esto precisamente el fin de los hospitales psiquiátricos como lugares de secuestro y curación. Asimismo, plantean la necesidad de poner fin a la manipulación farmacológica de la población, la que es vista como una nueva forma de psiquiatrización de la sociedad.

⁷ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico, Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005.

⁸ Thomas Szasz, *El Mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976

⁹ Goffman, Erving. *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988 [1960].

¹⁰ Robert Castel, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2009 [1977].

Dentro de la historiografía revisionista de la locura, es posible identificar una generación post-foucaultiana, que se caracterizaría en general por la matización de las ideas emanadas tanto de Foucault como de los autores asociados a la anti-psiquiatría. Uno de los rasgos centrales de estas nuevas interpretaciones estaría dado por el análisis de la locura fuera del espacio institucional, identificando por ejemplo el significado que tenía para una persona ser reconocido como loco, además de las relaciones que se establecían entre los familiares, vecinos y el entorno inmediato de loco respecto a la institución manicomial bajo contextos económicos y culturales específicos. En ésta perspectiva se enmarcan las investigaciones realizadas por Roy Porter, en su obra *historia social de la locura*,¹¹ se aprecia un interés ya no en los síntomas, enfermedades o síndromes; sino en las comunicaciones coherentes que han legado a la posteridad algunos personajes que presentaban alteraciones psíquicas, esto siempre haciéndolo desde su propio lenguaje, dando a conocer las injusticias sufridas, sus esperanzas y temores, además del significado que tenía para ellos el estar loco o pasar por loco. Otro trabajo significativo del autor es su *Breve historia de la locura*,¹² en la cual presenta una visión opuesta tanto a Foucault como a la historiografía tradicional, es por ello que nos muestra cómo se ha ido construyendo culturalmente la figura del loco en los distintos períodos de la historia, lo que ha determinado una serie de giros conceptuales en lo referente a la enfermedad mental y su tratamiento, trayendo por resultado el descrédito en que se encuentra en estos momentos la profesión psiquiátrica y sus instituciones.

Dentro de la misma línea anterior, se encuentra la obra *Insanity, Institution and Society, 1800-1914*¹³, editada por Joseph Melling y Bill Forsythe, la cual constituye una historia social y cultural de la locura, aportando con un análisis comparativo desde el cual se analiza la aplicación del modelo Inglés respecto de la insania, dándonos a conocer la situación en que se encontraban Inglaterra y sus colonias, respecto a las relaciones que se establecían entre raza, género, familia y locura en su interacción con una serie de transformaciones políticas económicas y culturales. Siguiendo lo anterior se encuentra la

¹¹ Roy Porter, *Historia Social de...*,

¹² Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2002.

¹³ Joseph Melling and Bill Forsythe (edit.), *Insanity, Institution and society, 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective*. Routledge, London, 2005.

obra *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*,¹⁴ editada por Roy Porter y David Wright, ésta centra su análisis en los elementos que posibilitaron la emergencia de asilos en diferentes contextos nacionales, dando respuesta al rol cumplido por las familias, la comunidad y la profesión médica en el proceso de confinamiento, además de las relaciones entre el nivel socioeconómico del paciente y un determinado perfil psiquiátrico.

Para el caso de América Latina, hemos considerado las investigaciones realizadas por Hugo Vezzetti¹⁵ y Jorge Salessi,¹⁶ los cuales se vieron influenciados durante las décadas de 1980 y 1990 por la figura de Michel Foucault. Cabe hacer notar que estas investigaciones presentan diferencias en la contextualización y matización del modelo metodológico del filósofo francés. El primero de ellos nos da a conocer cómo el dispositivo psiquiátrico va afinando y discriminando sus moldes de normalidad, y cómo la imagen de la locura va pasando desde un desorden moral genérico al tema de la neurosis, el que daría paso a una higiene social. Por su parte, Salessi analiza cómo se va consolidando en Argentina la profesión médica por medio de un proyecto de construcción de Estado basado en las ideas higienistas, las que a través de un discurso criminológico buscan definir los parámetros de normalidad, participando de éste modo en la construcción cultural y científica de locos, criminales y homosexuales.

Cabe hacer notar que el estudio de la historia de la psiquiatría en Chile se ha caracterizado por el predominio de una historiografía tradicional, donde en su mayor parte son psiquiatras que se dedican a la historia. En este contexto se enmarca la obra *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico*,¹⁷ editada por Eduardo Medina y Enrique Escobar, en la misma línea podemos situar a *Demonio y Psiquiatría*,¹⁸ de Armando Roa y *El Manicomio Nacional*,¹⁹ de Enrique Laval. Todas estas investigaciones tienen como centro de interés el

¹⁴ Roy Porter and David Wright (edit.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

¹⁵ Hugo Vezzetti, *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires, 1985.

¹⁶ Jorge Salessi, *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871-1914)*, Beatriz Viterbo Editora, Buenos Aires, 2000 [1995].

¹⁷ Eduardo Medina y Enrique Escobar (edit.). *De Casa de Orates a Instituto psiquiátrico*, Sociedad chilena de salud mental, Santiago, 2002.

¹⁸ Roa, Armando. *Demonio y Psiquiatría*, Andrés Bello, Santiago, 1974.

¹⁹ Enrique Laval, *El Manicomio Nacional*, (versión mecanografiada), en Museo de Historia de la Medicina Enrique Laval, Universidad de Chile.

dar a conocer la evolución del desarrollo institucional de la Casa de Orates de Santiago, los avances en el tratamiento de la enajenación, además de los aportes realizados por los grandes personajes de la psiquiatría chilena. Respecto a esta perspectiva de análisis podemos decir que su característica central es un desarrollo lineal de los acontecimientos, dando así a conocer los progresos que ha tenido la psiquiatría chilena. Creemos que la historia en este caso se convierte en un medio para legitimar su profesión e instituciones.

En la década de 1990 comienza un nuevo interés por el loco como sujeto a historiar, el cambio provino de las investigaciones realizadas por los historiadores Pablo Camus²⁰, Paula Bell²¹ y Carolina Aburto²²; en el marco de obtención del grado de Licenciado en Historia por la Pontificia Universidad Católica de Chile. En dicho contexto se inició una modificación en el tratamiento de esta temática, planteando así nuevas perspectivas y miradas en torno a la locura en Chile, para ello se utilizó fuentes de archivo, como son las fichas clínicas, cartas de pacientes, memorias y actas de la institución. Esto les permitió analizar los aspectos sociales y culturales asociados con la institución manicomial.

Desde el año 2005 se ha producido nuevos avances en la historia de la locura en Chile, situación dada por un grupo de historiadores jóvenes que han ido nutriendo con nuevos enfoques esta disciplina histórica, mucho más revisionista que la de los años 90. Estos nuevos investigadores provienen de escuelas de formación histórica y se encuentran realizando estudios doctorales sobre dichas temáticas, tal es el caso Cesar Leyton,²³ Claudia Araya²⁴ y María José Correa.²⁵ Sus investigaciones se centran en aspectos tan diversos

²⁰ Pablo Camus, "Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago" en *Revista de Historia (PUC)*, N° 27, Santiago, 1993.

²¹ Paula Bell, *Locura y Familia, sesenta casos del manicomio nacional 1925-1950*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1994.

²² Carolina Aburto, *Un Mundo Aparte. Mujeres locas y Casa de Orates de Santiago 1852-1931*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1994

²³ Cesar Leyton, *La ciudad médico industrial: Melancólicos delirantes y furiosos, el psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención Historia de Chile, Universidad de Chile, 2005. Extraído de www.cybertesis.cl el día 25 de Agosto del 2009.

²⁴ Claudia Araya y Cesar Leyton, "Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile 1930-1950" en *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Debates 2009. Extraído de: www.nuevomundo.revues.org el día 30 de agosto del 2009.

²⁵ María José Correa, "Violencias ejercidas en los cuerpos enajenados: encierro terapéutico y privación de derechos civiles. Chile central (1850-1870)" en *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Debates 2009. Extraído de: www.nuevomundo.revues.org el día 2 de diciembre del 2009. Véase del mismo autor: "Cuerpo y demencia la fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)" en *Revista Historia Crítica*, (U. de los Andes), N° 46, enero-abril, Bogotá, 2012.

como el vínculo entre el modelo de producción capitalista y la configuración del asilo como un complejo médico-industrial, la consolidación de la profesión psiquiátrica y la utilización de las terapias de electroshock en Chile, y las relaciones de poder que se desarrollan fuera del espacio comprendido por el asilo, en especial en el ámbito familiar.

Para el caso de la historia de la salud en Chile, en la cual se inserta la psiquiatría, hemos considerado los trabajos de Carlos Molina,²⁶ René Salinas²⁷ y María Angélica Illanes,²⁸ estos autores tienen en común el analizar desde distintas perspectivas el proceso que permitió el desarrollo de un Estado asistencial en Chile, dando a conocer el papel jugado por las elites, los médicos, las Juntas de Beneficencia y los sectores populares en el proceso de construcción de Estado.

Para comprender el desarrollo de la profesión médica en Chile, se han considerado los trabajos de Sol Serrano²⁹ y Juan Eduardo Vargas,³⁰ los cuales centran su estudio en la profesionalización de los médicos y la consecuente creación de una autoimagen en el tránsito del siglo XIX al XX. Para estos autores, dicha situación posibilitó el reconocimiento social de la profesión médica, dando por resultado la preponderancia del criterio científico frente a visiones alternativas sobre la enfermedad y la salud.

Creemos fundamental tomar en consideración algunas obras historiográficas que tienen la particularidad de centrarse en el período que se circunscribe nuestra investigación, para ello hemos considerado la obra de Julio Heise,³¹ la que nos plantea una defensa del período conocido como parlamentario, analiza el rol del liberalismo y la integración de los partidos políticos al sistema de gobierno, así como las características del sistema electoral y los elementos centrales de los distintos gobiernos que dieron forma al parlamentarismo a la chilena. También hemos consultado la investigación de Luis Barros y

²⁶ Carlos Molina, *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria Chilena: 1889-1989*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención Historia de Chile, Universidad de Chile, 2007. Extraído de www.cybertesis.cl el día 20 de Agosto del 2011.

²⁷ René Salinas, "Salud, ideología y desarrollo social en Chile" en *Cuadernos de Historia*, N° 3, Santiago, Julio de 1983.

²⁸ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo del estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública Chile 1880-1973*, Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1993.

²⁹ Sol Serrano, *Universidad y Nación*, Editorial Universitaria, Santiago, 1993

³⁰ Juan Eduardo Vargas, "Rasgos de la autoimagen social y profesional de los médicos. (1872-1925)" en *Revista Ars Médica*, Vol. 3, N°4, Santiago, 2001. Extraído de: www.escuela.med.puc.cl/arsmedica.html el 5 de enero del 2011.

³¹ Julio Heise, *150 años de evolución institucional*, Andrés Bello, Santiago, 1990 [1960].

Ximena Vergara, “*Los grandes rasgos de la evolución del Estado en Chile*”³² ésta nos aproxima a los elementos centrales del liberalismo económico y su impacto en el modo de hacer política durante el siglo XIX y XX, pues nos dice cómo se va consolidando en Chile un Estado guardián que se interesaba especialmente por la mantención del orden interno, la defensa del territorio nacional y la prestación de algunos servicios de utilidad pública, donde los temas referentes a mejorar las condiciones de vida de los sectores más pobres no eran de su incumbencia.

Desde una perspectiva revisionista el trabajo de Juan Carlos Yáñez, llamado *Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920*,³³ nos plantea una matización de las ideas esgrimidas por los autores antes citados, de este modo nos dice que el período parlamentario constituye una época de constante consenso, donde se produjeron situaciones de crisis, pero a la vez mejoras sustanciales en las condiciones de vida de la población, a través de la aprobación de leyes que iban en directo beneficio de los sectores populares, junto con la concreción de proyectos de construcción de instituciones para las provincias, situación que era posibilitada por medio de la discusión parlamentaria. Lo que generaba a su vez una integración real de los intereses regionales al interior del Estado.

Por último, el libro *Estado y Sociedad en Chile 1891-1931. El Estado Excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*,³⁴ de Enrique Fernández, nos muestra cómo se produce el tránsito de un Estado Excluyente a uno de carácter Asistencial en el período que va entre los años 1891-1931, dándonos a conocer cómo la sociedad fue modificando su relación con el Estado y cómo éste se fue haciendo cada vez más importante en la vida cotidiana de las personas, convirtiéndose así en un verdadero centro de la organización social, proceso que el autor denomina “estatalización social.”

Para el caso de la historia de la ciudad de Concepción hemos considerado los trabajos de Carlos Oliver,³⁵ Fernando Campos³⁶ y Arnoldo Pacheco,³⁷ estos autores nos

³² Luis Barros y Ximena Vergara, “Los grandes rasgos de la evolución del Estado en Chile: 1810-1925” en *Revista Estudios Sociales*, N° 5, Santiago, mayo de 1975.

³³ Juan Carlos Yáñez, *Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920*, dibam, Santiago, 2003.

³⁴ Enrique Fernández, *Estado y Sociedad en Chile 1891-1931. El Estado Excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*, LOM, Santiago, 2003

³⁵ Carlos Oliver, *El libro de oro de la historia de Concepción*, Litografía Concepción, Concepción, 1950.

³⁶ Fernando Campos, *Historia de Concepción 1550-1970*, Editorial Universitaria, Santiago, 1979.

dan a conocer una caracterización general de los aspectos políticos, económicos, materiales e institucionales de la ciudad, haciendo breves referencias al desarrollo de la salud y la beneficencia, presentándose así un vacío historiográfico en torno a dichas temáticas para el caso de Concepción.

El cambio por una historia más interpretativa y que integre a los distintos grupos sociales en la ciudad de Concepción, ha sido llevado a cabo por Mauricio Rojas. Situándose desde la perspectiva de la historia de la justicia y el control social. En su obra *Las voces de la justicia. Delito y sociedad en Concepción (1820-1875). Atentados sexuales, pendencias, bigamia, amancebamiento, e injurias*,³⁸ propone una comprensión de los miedos y dilemas de la sociedad penquista, a través de un análisis de lo que se concebía como legal y legítimo en la primera mitad del siglo XIX, dando a conocer cómo se van constituyendo una serie de “culturas legales”, lo que determinaba una serie de relaciones entre los sectores subalternos y la autoridad. Otra investigación del mismo autor es, *La ciudad como agente moralizador: la policía y la ciudad de Concepción, 1850-1880*.³⁹ En ésta nos plantea, que la adopción de un modelo liberal de desarrollo no sólo determinaba un reordenamiento político y económico, sino también social, a través de un aparato policial que se caracterizó por tener dos vertiente, una de seguridad y la otra urbana, con esto se realizaría un control social tanto coercitivo como de persuasión y consenso, lo que finalmente definiría un proceso de moralización de la población subalterna en el espacio definido por la ciudad.

La existencia para la ciudad de Concepción de trabajos monográficos sobre la medicina y psiquiatría, es bastante exigua, para el primer caso se puede consultar la investigación realizada por Ottmar Wihelm, médico de la ciudad de Concepción que escribió un artículo llamado *historia de la medicina penquista*,⁴⁰ en el cual, nos da a

³⁷ Arnaldo Pacheco, *Historia de Concepción siglo XIX*, Cuadernos del Bio-Bio, Concepción, 1997. También véase del mismo autor: *Historia de Concepción siglo XX*, Cuadernos del Bio-Bio, Concepción, 1997; *Economía y Sociedad de Concepción, siglo XIX: sectores populares urbanos 1800-1885*, Universidad de Concepción, Talcahuano, 2003.

³⁸ Mauricio Rojas, *Las Voces de la Justicia. Delito y sociedad en Concepción (1820-1875). Atentados sexuales, pendencias, bigamia, amancebamiento, e injurias*, dibam, Santiago, 2008.

³⁹ Mauricio Rojas, “La ciudad como agente moralizador: La policía y la ciudad de Concepción (Chile), 1850-1880” en *Revista de Historia* (PUC), N° 44, Vol. 2, Santiago, julio-diciembre 2011.

⁴⁰ Ottmar Wilhelm, “Historia de la medicina penquista” en *Anales chilenos de historia de la medicina*, Año IV, Santiago, 1962.

conocer el desarrollo de la medicina en la ciudad de Concepción desde la colonia hasta el siglo XX, identificando los respectivos progresos de la ciencia médica en la ciudad y de sus personajes más notables, por otro lado tenemos la investigación realizada por Ana María Navarrete, médico psiquiatra, que en el marco de obtención de su especialidad escribió una tesis titulada *Historia de la psiquiatría penquista*,⁴¹ ésta investigación estudia el desarrollo de la psiquiatría en Concepción desde el período colonial hasta bien entrado el siglo XX. En el apartado que hace referencia al Manicomio de Concepción, no lleva a cabo un análisis profundo sobre esta institución, lo cual deriva en fechas mal datadas e incompreensión de momentos claves de la institución.

La investigación que proponemos, busca concatenar algunos elementos presentes tanto en la historia tradicional, como también en aspectos propios de la historiografía crítica. En relación a lo anterior, nos interesa llevar a cabo una historia institucional y cultural de la locura en la ciudad de Concepción. En base a lo anterior, nuestro análisis se centra en la respuesta estatal al problema de la locura, la relación de los médicos con el proceso de reforma de las instituciones manicomiales, el interés existente en la ciudad de Concepción por consolidar las funciones terapéuticas en el manicomio, el proceso de construcción de la figura del loco como enfermo mental y peligro social, y por último, el funcionamiento de los espacios de circulación de la locura como respuesta institucional por parte de la elite penquista al problema que significaba la insanía.

De este modo nuestra investigación tiene por sentido dilucidar las relaciones que se establecen entre el Estado, los médicos y la Beneficencia, respecto al funcionamiento del sistema asistencial de la locura en Concepción, entre los años 1891-1929. El período que hemos elegidos se inicia con el traspaso de la administración de la Casa de Orates a la Junta de Beneficencia de Santiago, y termina con la venta del Manicomio Avello de Concepción al Ministerio de Guerra.

Situamos el desarrollo histórico de la institución manicomial en Concepción bajo un contexto de adopción de un modelo de desarrollo de tipo liberal, que implicaba en la práctica la organización de un Estado guardián del orden, el cual se constituía en garante

⁴¹ Ana María Navarrete, *Historia de la psiquiatría penquista*, Tesis para optar a la especialidad médica de Psiquiatría, Universidad de Concepción, 1994.

de un proyecto nacional de defensa social. Creemos que en éste sentido debe ser comprendido el proceso de modernización que buscaba establecer tanto la dirección médica de manicomios como también la creación de nuevas instituciones manicomiales en Chile.

Es fundamental plantear que en el período abordado los procesos de reforma o modernización en la asistencia de enajenaciones se caracterizaron por un enfrentamiento en el ámbito discursivo, reflejándose en la práctica un proceso de intercalación entre visiones tradicionales y modernas al momento de organizar su funcionamiento. En este sentido, es posible apreciar la confluencia de una serie de *formaciones discursivas* las que provenían tanto del Estado (Ministerio del Interior, Congreso Nacional, Intendencias, Gobernaciones y policía), de los médicos (Manicomio, Casa de Orates y revistas de especialidad médica) de la elite penquista (Junta de Beneficencia) y de la sociedad civil (solicitudes de internación en un Manicomio), todas éstas participarían del proceso de representación de la locura como enfermedad mental y peligro social, lo cual respondía a un proceso mayor de medicalización de la locura.

A partir de lo anterior, podemos decir que las formas de representación en torno a la locura nos permiten realizar una aproximación a la construcción, por parte de la elite penquista, de un imaginario urbano cimentado bajo la noción de peligro social. Dicha situación en la práctica determinó el establecimiento de un centro de protección al interior de la ciudad frente a la amenaza que significaba no sólo la locura, sino también otras formas de marginalidad social presentes en el espacio urbano de Concepción. En torno a esto, cabe situar la organización de lo que nosotros identificamos como los *espacios de circulación de la locura*, que pueden definirse como un movimiento físico y discursivo de la insania, en el cual participaban una serie de instituciones como el Manicomio, el Hospicio y la policía; constituyéndose en una respuesta institucional frente al problema que representaba la locura.

Es necesario precisar algunos conceptos utilizados en esta investigación, lo que permitirá al lector poder comprender de mejor manera el desarrollo de nuestro trabajo. El primero de ellos dice relación con el concepto de “enfermedad mental”, éste para nosotros formaría parte de un proceso de construcción cultural, que se caracterizó por la imposición de un discurso científico que se reconocía a sí mismo como el único válido al momento de

identificar y comprender la locura. En este sentido, se hace perentorio considerar que en el período abordado se establecía una clara diferenciación entre enfermedades mentales curables e incurables, donde las primeras de ellas hacían alusión a los llamados locos, insanos, alienados, enajenados, orates, mientras las segundas, se relacionaba con los dementes, epilépticos y fatuos, los que eran identificados en forma genérica como enfermos crónicos o incurables.

Creemos que es fundamental plantear la imposibilidad de definir la locura. En este sentido, Hugo Vezzetti nos dice que la locura no es un concepto, por tanto, “no existe como entidad previamente definida, idéntica a sí misma y perdurable a través de los tiempos.”⁴² Preferimos no agregar otra aproximación o definición en torno a la insania, dado que si lo hiciéramos, circunscribiríamos a la locura a una única forma, considerando que en la realidad pasada y presente, se han dado y se dan, una serie de representaciones entorno a ésta.

Otro concepto que es fundamental aclarar, es el de *espacios de circulación de la locura*, como dijimos este sería un movimiento físico y discursivo de la insania. El cual permitiría por un lado, que el loco fuese recluso en el cuartel de policía para posteriormente ser enviado al manicomio, al igual que el demente que por la cronicidad de su enfermedad pasa del manicomio al hospicio de incurables. Por otro lado, estas instituciones participaban activamente en la construcción discursiva del loco como enfermo mental y peligro social. Cabe considerar que en la definición anterior hemos excluido instituciones como la familia o la cárcel, las cuales también presentarían formas discursivas propias y participarían de este proceso de circulación de la locura.

En otro sentido, hemos decidido mantener una diferenciación entre lo que se conoce como Casa de Orates, Manicomio e Instituto Psiquiátrico, dado que cada uno de ellos representa distintos procesos de reforma del sistema asilar en Chile, en momentos históricos muy disímiles entre sí.

Nuestra hipótesis plantea que en Concepción durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX, tomaría lugar un Estado guardián, como en el resto del país, que participaría activamente en el proceso de reforma de la institución manicomial, situación

⁴² Hugo Vezzetti, *La locura en la Argentina...*, p. 11.

que posibilitaría la emergencia de un poder médico que tendría como rasgo central la promoción de un discurso modernizador en lo relativo al tratamiento y asistencia de las enajenaciones mentales. Ello redundaría a su vez en una profundización de la medicalización de la locura en el espacio comprendido por la ciudad. De esto se desprendería que:

- a) El Manicomio de Concepción al ser una institución de Beneficencia que cumpliría funciones de defensa social, permitiría identificar el tránsito de un Estado Guardián a uno de carácter Asistencial en el período abordado.
- b) Con la creación del Manicomio de Concepción, se establecería un espacio de circulación de la locura, el que consistiría en la interacción entre instituciones, tanto de beneficencia (Hospicio y Manicomio), como de seguridad (Policía), que promoverían una representación social de la locura como enfermedad mental y peligro social.

Desde el punto de vista metodológico hemos considerado fuentes de archivo relativas al Manicomio de Concepción, específicamente el *Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción* (1895-1922), también se consultaron los *Fondos de la Intendencia de Concepción* (1895-1922), *Gobernación de Yungay* (1921), *Ministerio del Interior*, además del *Boletín de Leyes y Decretos de Gobierno* y los *Boletines de sesiones de la Cámara de Diputados y del Senado* (1893-1895). En relación a las fuentes periodísticas, se revisó el diario *El Sur de Concepción* para el año 1897. En lo que atañe a revistas se ha consultado la *Revista Médica de Chile* (1894-1895), *La Revista Crónica Médica de Concepción* (1894-1895) y la *Revista de Higiene* (1894), así también, para la evolución estadística tanto del Manicomio como del Hospicio, se ha utilizado el *Anuario Estadístico de la República de Chile* (1912-1927).

Para nuestra investigación consideramos pertinente la utilización de fuentes escritas y no escritas. En relación a las primeras se ha llevado a cabo un análisis de los discursos, los que provendrían de la medicina, el Gobierno y la Beneficencia, además de analizar las relaciones que se dan entre el Manicomio, el Hospicio y la Policía. Por otro lado, se realizaron estudios de casos a través de los diagnósticos médicos practicados tanto en Concepción como en otras ciudades, lo cual nos permitió identificar algunas opiniones del entorno inmediato de los locos.

Para el caso de las fuentes no escritas, analizamos los espacios materiales y simbólicos, considerando los planos de los proyectos de manicomio para la ciudad de Concepción, de los años 1905 y 1915, junto con el análisis de un plano de dicha ciudad para el año 1892.

Para los proyectos de manicomio se analizó la ubicación de los distintos pabellones, la intencionalidad de ordenamiento por enfermedades a tratar, la relación espacial entre el edificio de la dirección del manicomio con los pabellones más alejadas de ésta, la cercanía de la dirección al pabellón de pensionados, la interacción de los enfermos con espacios de trabajo en talleres y actividades agrícolas.

En el caso del plano de la ciudad de Concepción, hemos identificado el emplazamiento de las distintas instituciones de beneficencia (Manicomio, Hospicios y Hospitales), además de ubicar por medio de las patentes de expendio de bebidas alcohólicas una aproximación a la delimitación existente entre el centro de la ciudad y la periferia, para luego analizar algunas posibles relaciones entre estos espacios identitarios.

Nuestra investigación consta de cuatro capítulos los cuales centran su análisis en los aspectos institucionales y culturales asociados con la locura en la ciudad de Concepción durante las primeras décadas del siglo XX. De este modo, el primer capítulo considera los elementos que posibilitaron la emergencia de un poder médico con la capacidad de proyectar a nivel nacional un proceso de modernización, que implicaba en la práctica la creación del cargo de médico director y la construcción de nuevos edificios para la asistencia de enajenaciones en Chile. El segundo capítulo, se ocupa de las relaciones entre el Manicomio de Concepción y el Estado guardián, donde es posible apreciar que las instituciones manicomiales pueden convertirse en interesantes instrumentos de análisis al momento de comprender las transformaciones del Estado en Chile. El tercer capítulo, hace hincapié en las visiones opuestas respecto a las atribuciones del Manicomio de Concepción, donde por un lado en la ciudad de Santiago se le reconocía como función la asistencia de crónicos, mientras que en Concepción se buscará consolidar sus funciones terapéuticas. El cuarto y último capítulo, centra su análisis en la construcción cultural del loco como un sujeto enfermo y peligroso, nociones que determinarán una representación social de la locura compartida socialmente, junto con la estructuración por parte de la elite penquista de un imaginario urbano que tuvo por resultado la creación de instituciones

ubicadas en la periferia urbana, las que tenían por función controlar la circulación de la marginalidad social en general y de la locura en particular.

En lo que respecta a los posibles temas ausentes en nuestra investigación, es fundamental hacer notar que se ha privilegiado el análisis institucional respecto a la locura, en dicho contexto se debe reconocer la existencia de elementos socio-culturales e institucionales que no fueron abordados.

Para el caso de los aspectos socio-culturales, no se consideró analizar las condiciones sociales y médicas de los insanos asistidos en el Manicomio de Concepción, lo que se debió principalmente a la escasez de datos estadísticos proporcionados por las memorias consultadas, las cuales sólo hacían referencia a los años 1895, 1897, 1899, situación que no permite realizar una aproximación profunda sobre éste tópico. Por otro lado, al momento de identificar la relación que se establecía entre el entorno inmediato del loco y la institución manicomial, no consultamos causas civiles por interdicción, las cuales se constituyen en interesantes fuentes para el análisis de las relaciones entre la familia y la locura. Esto se debió a que no se encuentra dentro de nuestras pretensiones un proyecto de tal envergadura, por dos razones fundamentales, la primera dice relación con el tiempo que significa revisar archivos judiciales, a lo cual se suma el interés de investigar por sobre todo los aspectos institucionales del manicomio. Por último, prácticamente no se consultó la prensa existente en Concepción, lo cual se debe a la imposibilidad de concretar una revisión completa de uno o más periódicos en el período abordado, remitiéndonos solamente a la consulta de fechas muy específicas.

En relación a los aspectos institucionales que no fueron abordados en ésta investigación, es posible reconocer que prácticamente no hicimos referencias sobre el desarrollo institucional del Manicomio de Concepción entre los años 1922-1929, lo que se debe a la carencia de fuentes que traten dicho período. En otro sentido, no se hizo un estudio profundo del desarrollo institucional del Hospicio de Concepción y su relación con la locura, dado que no se encontraría dentro de nuestras pretensiones, de hecho, cuando hablamos del Hospicio lo hacemos supeditándolo al funcionamiento institucional del Manicomio, algo similar ocurre con el caso de la policía. No nos queda nada más que asumir todas las posibles omisiones presentes en nuestra investigación, las cuales son de nuestra absoluta responsabilidad.

Creemos fundamental agradecer a todas las personas que de una u otra manera hicieron posible que este trabajo fuese terminado. En primer lugar deseamos dejar en forma expresa nuestros agradecimientos al profesor Marco Antonio León, quién fue durante un período de dos años nuestro guía de tesis y profesor en los cursos impartidos en el programa de Magister en Historia de Occidente de la Universidad del Bio-Bio, durante todo éste tiempo revisó en más de una oportunidad, y con gran rigurosidad los borradores de éste trabajo, aportándonos con interesantes comentarios, además de estar siempre dispuesto a facilitarnos libros de su biblioteca personal y atendernos en su oficina para conversar sobre temas muy diversos. Por otro lado, agradecemos al profesor Mauricio Rojas, director del programa de Magister, por estar siempre dispuesto a ayudarnos en todos los ámbitos en que se le solicitó su consejo y ayuda, dándonos en muchos casos acertadas observaciones. Nos sentimos en profunda gratitud con la Universidad del Bio-Bio, la que nos ayudó por medio de su sistema de becas a prácticamente no incurrir en gastos mientras realizábamos el programa de Magister. Por último, debo agradecer a mi familia por su constante estímulo y apoyo en los momentos que sentíamos cierto agotamiento debido a los continuos viajes a Santiago y Concepción, además del trabajo que significó escribir una tesis de postgrado.

Capítulo I. Los médicos al poder: elementos centrales de la reforma manicomial en Chile, 1891-1896.

El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencia de potencial, desfases, etc.

Michel Foucault. *El poder psiquiátrico*.

- Los médicos y la institución manicomial en Chile

Consideramos que la comprensión del desarrollo histórico de la Casa de Orates, junto con los proyectos de Manicomio, nos permite realizar una aproximación a la creciente importancia que va tomando la figura del médico en el desarrollo del siglo XIX chileno. Esto último se encontraría relacionado con “el tránsito de un oficio tradicional empírico a una profesión moderna basada en el conocimiento científico.”⁴³ Los médicos frente a la administración lega de la Casa de Orates, trataron de hacer valer un criterio científico, que tenía como base un saber reconocido por ellos como el único válido al momento de tratar las enajenaciones mentales, al que veían a su vez por sobre el criterio filantrópico imperante, que se centraba principalmente en la noción de caridad, no dando suficiente respaldo a las propuestas “científicas” hechas por los médicos.⁴⁴ Esta situación determinó

⁴³ Sol Serrano, *Universidad y Nación...*, p. 178.

⁴⁴ Consideramos que durante el período abordado convivieron y se enfrentaron “formaciones discursivas” que presentaban visiones opuestas respecto a lo que debía ser una institución para enajenados, entre estos discursos hemos podido constatar la existencia de lo que denominamos, criterio científico (médicos), y filantrópico (miembros de la Junta Directiva de la Casa de Orates y Junta de Beneficencia). El primero de ellos, se caracterizó por definirse asimismo como moderno, representaba un saber de tipo médico-científico que se encontraba permanente sometido a una serie de transformaciones que buscaban perfeccionar los métodos de tratamiento y asistencia. Por otro lado, el segundo de ellos se puede considerar como una visión de tipo tradicional, que se centró preferentemente en la asistencia caritativa de la enfermedad, restando de éste modo cierta importancia a algunos de los postulados emanados desde la ciencia médica, en especial los que significaban perder atribuciones administrativas al interior del asilo para enajenados.

una serie de conflictos con la *Junta Directiva* que estaba a cargo de la institución, debiendo esperar hasta la coyuntura que significó el año 1891,⁴⁵ para que se lograra establecer un poder médico con la capacidad de proyectar a nivel nacional un proceso de modernización que implicaba tanto la aparición de la figura del médico director como también la creación de dos nuevos manicomios.

Instancias claves en el desarrollo histórico de la Casa de Orates de Santiago.

Para comprender el sentido de lo anteriormente expuesto creemos pertinente caracterizar dos momentos claves en el desarrollo histórico de la Casa de Orates, una primera etapa que se desarrolló entre los años 1852-1891, que estuvo constituida por el predominio de un criterio filantrópico, representado por una administración, que no daba suficiente cabida a las propuestas “científicas” provenientes desde la medicina, y otro, caracterizado por la llegada de una nueva administración a la Casa de Orates en el año 1891, la que permitió a los médicos establecer algunas reformas relacionadas con la institucionalidad manicomial existente en Chile. Es necesario realizar una revisión de los hechos que a nuestro parecer ayudarían a contextualizar la etapa antes descrita.

La fecha de fundación de la primera “Casa de Locos”⁴⁶ de Chile fue en 1852, dicha institución fue propuesta al gobierno chileno por el militar Francisco Ángel Ramírez, él cual luego de un viaje de carácter diplomático al Perú (1848) habría visitado la Casa de Locos de San Andrés en Lima, donde pudo apreciar lo beneficioso que sería para Chile contar con este tipo de establecimientos, ya que desde el período colonial los enajenados deambulaban por las calles o terminaban encerrados en las cárceles (hombres) y conventos (mujeres).⁴⁷

⁴⁵ En el año 1891 se produjo un cambio en la administración de la Casa de Orates de Santiago la que dejó de ser controlada por una Junta Directiva especial, asumiendo dichas funciones la Junta de Beneficencia de Santiago.

⁴⁶ Nos referimos a la “Casa de Locos” como sinónimo de Casa de Orates, lo cual, concuerda con el primer reglamento para éste tipo de instituciones. Véase: *Boletín de Leyes y Decretos de Gobierno, (BLDG) Ley de Casas de locos 1856*, Imprenta Nacional, Santiago, 1856, Libro XXIV, pp. 190-199.

⁴⁷ Al respecto véanse los trabajos de: Enrique Laval, “El destino de los enfermos mentales durante la colonia”, en *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, N° 53, Año XXII, Santiago, 1955, pp. 80-93. Y también, Ernesto Greve, “Algo sobre los locos y su reclusión y tratamiento con anterioridad a la creación de la Casa de Orates”, en *Revista de Beneficencia Pública*, Tomo 11, núm. 1, Santiago, 1927. pp. 274-285.

En sus orígenes la Casa de Orates se presentaba más como un lugar de detención que uno de curación, teniendo como interés prioritario la exclusión de estos individuos por la molestia o el peligro que significaban.⁴⁸ Por otro lado, no se tenía un edificio adecuado y la presencia médica prácticamente no existía. Por ello, frente a la situación inapropiada que presentaba la Casa, el Presidente Manuel Montt envió un mensaje al Congreso Nacional en 1854, para poder así obtener los recursos que permitirían construir una nueva Casa de Orates. Esta situación determinará la posibilidad de funcionamiento de esta institución en nuevas dependencias, desde el año 1858. La idea del Presidente Montt, como nos señala Pablo Camus, era afianzar este establecimiento como una institución indispensable para la organización del país, otorgándole a ésta un carácter más hospitalario⁴⁹, dicha situación fue una excepción, dado que el Estado no financiaba establecimientos ligados a la beneficencia, pues la asistencia frente la enfermedad la asumían las “Juntas de Honorables”.⁵⁰ En este sentido un elemento interesante a considerar es que la Casa de Orates, desde 1852 hasta 1891, estuvo dirigida por una Junta Directiva que dependía directamente del Ministerio del Interior, dejándose fuera de la administración, vigilancia y dirección a la Junta de Beneficencia de Santiago.⁵¹

Con el ingreso de José Tomás Urmeneta como presidente de la Junta Directiva en 1854, se contrató los servicios del médico francés Lorenzo Sazie, con lo cual, se iniciaría la presencia médica en la Casa de Orates.⁵² Cabe reconocer entre esos años la poca importancia que tienen los médicos y sus respectivas propuestas para el mejoramiento y buen servicio de la institución, prevaleciendo más un criterio filantrópico que uno de tipo médico. Es posible plantear que la poca consideración hacia los médicos determinará

⁴⁸ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 98.

⁴⁹ *Ibid.* p. 100.

⁵⁰ Cuando hablamos de “Juntas de Honorables” nos referimos en modo genérico a los miembros, tanto de las Juntas de Beneficencia, como a los de la Junta Directiva de la Casa de Orates, las cuales estaban integradas en su totalidad por representantes de la elite nacional.

⁵¹ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p.133. Esto será explicado en extenso en el capítulo 2 de esta investigación, de igual forma cabe considerar como antecedente a tal disposición, el carácter modélico del alienismo francés para el caso chileno, dado que, como nos dice el Dr. Manuel 2° Beca, “*la ley chilena especial de 1856, calcada sobre la ley francesa de 1838, encarga al gobierno esta dirección por intermedio de una junta o comisión inspectora con atribuciones especiales y reglamentos, consignados en un decreto del año 1883.*” Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”, en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, Santiago, 1894. p. 387.

⁵² Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 100-102.

conflictos permanentes entre éstos y la Junta Directiva, convirtiéndose en una constante en el período abordado,

Un caso emblemático es el del médico inglés, especialista en enfermedades mentales, William Benham, contratado por el gobierno chileno en 1875 como el “primer médico residente” del asilo⁵³ (hasta ese momento los médicos sólo hacían visitas a la Casa pero no residían en ella), el cual envió un informe al ministro del interior, que fue publicado en el diario *La República* entre los días 23 y 27 de noviembre de 1875. Allí planteaba entre otras cosas que “la Casa de Orates es al presente un establecimiento donde el insano del país se halla colocado bajo circunstancias tan desfavorables, bajo condiciones tan irregulares que las probabilidades de curación se hallan mui reducidas”⁵⁴ dicho informe se presenta como una crítica a la administración propuesta por la Junta Directiva. En ese entonces su director, Pedro Nolasco Marcoleta, responde a las acusaciones en su *Nota pasada al Supremo Gobierno* de 1875, constituyéndose ésta, como una defensa frente a las acusaciones del médico inglés, postulando que “la dirección del establecimiento empeñada como está en el bien de la Casa i por consiguiente en la relación exacta de los hechos, no puede menos que apresurarse a rectificar delante de V.S. las inexactitudes de aquel informe.”⁵⁵

La Casa de Orates, al igual que los hospitales de la época, fueron dirigidos por “Juntas” compuestas por miembros de la oligarquía chilena, las que serán progresivamente desplazadas durante el siglo XX por los médicos.⁵⁶ Lo anterior se dará por una valorización de la figura del médico, que traerá como consecuencia el reconocimiento de su visión de lo que debía ser una institución para insanos, situación que podemos apreciar desde fines del siglo XIX. Pensamos junto con Andrew Scull, que las elites no se contentan en confiar en vagas definiciones culturales y respuestas informales respecto a la desviación, cada vez más

⁵³ Utilizamos la palabra asilo como sinónimo de Casa de Orates o Manicomio.

⁵⁴ William Benham, “Informe pasado al Ministerio del Interior”, *Diario La República*, 27 de noviembre de 1875. Citado en: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp.111-112.

⁵⁵ Pedro Marcoleta, *Nota pasada al Supremo Gobierno*. Santiago, Imprenta la Estrella de Chile, Santiago, 1876. p.3. Citado en: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 110.

⁵⁶ Ésta situación es tratada en el capítulo 2 de esta investigación.

las sociedades occidentales han delegado ésta tarea a grupos de personas que dicen o suponen que tienen una competencia especial en dichas tareas.⁵⁷

El segundo momento lo podemos situar entre 1891-1895, estos años hacen alusión, por un lado, al fin del control por parte de la Junta Directiva y en consecuencia el ingreso de la Junta de Beneficencia de Santiago en la administración de la Casa de Orates, y por otro, al término del proceso reformista propiciado por los médicos del asilo. Creemos que lo antes descrito determinó una nueva etapa para la institución, dado que la Junta de Beneficencia y el Gobierno a través del Ministerio de Interior establecieron una reforma al modelo asistencial de la locura existente en Chile donde la participación médica pasaría a ser fundamental.

El objetivo prioritario fue la superación del estado deplorable en el que se encontraba la Casa de Orates. Su problema más evidente estaba representado por la imposibilidad de contener el aumento progresivo de alienados.⁵⁸ El estado de hacinamiento para 1894 era patente, existían 897 enfermos entre hombres y mujeres en un establecimiento construido para contener 272 individuos,⁵⁹ Pablo Camus considera que para 1892 “la principal característica que presenta la Casa de Orates era su estado de abandono. Las reformas y mejoras que solicitaron los médicos del establecimiento habían sido postergadas una y otra vez por las administraciones anteriores debido a la falta de

⁵⁷ Andrew Scull, *Social Order / Mental Disorder, Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, University California Press, Berkeley, 1989. p. 121.

⁵⁸ *Cuadro sobre el movimiento de enfermos desde el año 1852 hasta 1892*, [En el original llega hasta 1927]. Publicado en, Humberto Rojas, “La asistencia de los alienados en Chile” en Eduardo Medina y Enrique Escobar (ed), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, p. 43.

Cuadro del movimiento de asilados en la Casa de Orates entre los años 1852-1892.

Años	Número de asilados
1852	23
1862	161
1872	335
1882	424
1892	710

⁵⁹ Julio Zilleruelo, “Estudio sobre hospitalización de la locura” en Eduardo Medina y Enrique Escobar (ed), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, pp. 33-40.

presupuesto y al carácter del asilo.”⁶⁰ Es por esto que la Junta de Beneficencia de Santiago, consideraba que prácticamente la Casa debía hacerse de nuevo:⁶¹

*“El estado de los edificios es deplorable, su distribución es inconveniente; en los departamentos actuales no puede quedar viviendo el número de los asilados que hoy existe, el saneamiento de las celdas y salones, que se impone con urgencia es casi imposible a causa de la aglomeración de enfermos y de no existir una sección a donde trasladarlos mientras se efectúa cualquier arreglo; y por fin, las modificaciones que éste servicio reclama son tan variadas y tan imperiosas, que no podrían postergarse por más tiempo.”*⁶²

El cambio en la administración de la Casa de Orates, permitió que los médicos pudiesen plantear las soluciones al problema que se estaba dando al interior de dicha institución, así el médico residente de la Casa de Orates, Manuel 2° Beca, consideraba que las condiciones en las que se encontraba el asilo no hacían posible la aspiración de establecer un tratamiento científico de la locura.⁶³ Frente a ello, esta visión terminará siendo promovida tanto desde la prensa de Santiago como por las sociedades científicas, las cuales exigirán una intervención de las autoridades. Para 1894 la Junta de Beneficencia, el Ministerio del Interior y el Congreso terminarían estableciendo las siguientes reformas:

a) Mejoramiento de las instalaciones existentes en la Casa de Orates b) Creación en Santiago de un Manicomio Nacional que remplazaría a la antigua Casa de Orates c) Buscar en regiones un lugar apropiado para establecer un manicomio regional.⁶⁴

Los médicos y el proceso de reforma.

Nosotros consideramos que tienen una importancia especial las propuestas de creación de un Manicomio Nacional en Santiago, junto con la idea de establecer

⁶⁰ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 134.

⁶¹ *Ibid.* p. 133.

⁶² *Memorias del presidente de la Junta de Beneficencia.* Santiago, 1892. p. 69. Citado en: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 134.

⁶³ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 135.

⁶⁴ Para un estudio general de las reformas a la institución manicomial en Chile a fines del siglo XIX. Véase las investigaciones de: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 135-140. También, Julio Zilleruelo, “Estudio sobre la hospitalización”..., pp. 33-40.

Manicomios regionales, dado que éstas se concebían como una reforma necesaria y radical de lo que se pensaba que hasta ese momento debía ser una institución para enajenados. Bajo éste punto, estimamos que el afán reformista permitió la gestación de una etapa fundacional, donde el mismo concepto *Manicomio* que pasa a formar parte del nombre de la nueva institucionalidad, es a nuestro parecer un símbolo de renovación.⁶⁵ Dicho proceso determinará la adopción de modelos europeos,⁶⁶ situación claramente representada en el macro proyecto de construcción de un Manicomio Nacional, el cual será pensado como un “asilo modelo”. Para 1896 el Dr. Julio Zilleruelo en su artículo llamado *Estudio sobre la hospitalización de la locura* realiza una reseña histórica de la Casa de Orates y además, agrega un apartado en el cual se refiere al proyecto denominado Manicomio Nacional, en éste plantea una revisión general del modelo adoptado, el cual estaba proyectado para 1200 insanos, así nos dice por ejemplo que “para la construcción de los distintos pabellones cuyo número alcanza a 34, sin contar el pabellón mortuario i otros de mínima importancia, se ha adoptado el sistema de pabellones aislados, diseminados en medio de jardines, tal vez más diseminados de lo que convendría para atender con facilidad los distintos servicios. De todas maneras, es preferible se haya pecado por exceso i no por defecto.”⁶⁷

Pasando al caso de los manicomios regionales es interesante exponer la percepción médica a través de dos cartas enviadas desde la ciudad de Viena por el Dr. German Greve

⁶⁵ No queremos decir que este concepto no haya sido utilizado por los médicos y la administración de la Casa de Orates en una etapa previa a la creación del Manicomio Nacional, sino que ahora desde nuestro punto de vista representaría un símbolo de renovación.

⁶⁶ Para el caso de Inglaterra es posible distinguir tres modelos básicos en la arquitectura asilar:

a) *Los asilos irregulares o conglomerados*: Se caracterizaban por la mezcla de estructuras diversas, mostrando poca o ninguna unidad de estilo, dado que a menudo estaban compuestos por edificios de diferentes épocas y en muchos casos previamente habían ocupado otro tipo de utilidad, por ende presentan remodelaciones y adiciones posteriores a medida que aumentaba el número de pacientes lo que se hacía sin ningún orden.

b) *Los asilos de corredor*: Estos presentaban una serie de corredores con salas y habitaciones ordenadas en forma horizontal, en la parte central del edificio se encontraba la entrada principal y el departamento administrativo, desprendiéndose los respectivos corredores hacia sus lados, estos fueron diseñados para contener entre 1.000 y 2.000 asilados.

c) *Los asilos de pabellón*: Estos se caracterizaban por tener bloques uniformes en dos filas paralelas una para hombres y otra para mujeres, donde cada pabellón contenía entre 150 y 200 asilados. Entre los edificios asignados a cada sexo existía una tercera fila de edificios, donde se ubicaban la administración, la sala de alojamiento para el super-intendente y el personal, y la capilla religiosa. Andrew Scull, *Social Order, Mental Disorder...*, pp. 231-235.

⁶⁷ Julio Zilleruelo, “Estudio sobre hospitalización”..., p.37.

al Dr. Augusto Orrego Luco, las que fueron publicadas en la *Revista Médica de Chile*.⁶⁸ Dichas misivas hacen referencia a la visita a ciudades europeas y a sus respectivas instituciones para enajenados, dando a conocer los beneficios de los distintos modelos practicados, permitiéndole establecer a su vez cuales serían los más apropiados para implementar en Chile. Se deja ver en estas cartas la clara esperanza que existía todavía en aquella época de que la arquitectura asilar, por sí misma, curaba,⁶⁹ lo que se convertía en un estímulo profundo para llevar a cabo la tan ansiada reforma de carácter “científico-humanitaria.” Siguiendo la idea anterior, consideramos ilustrativo el hecho de que cuando se refiere a Chile, reconoce el problema estructural que presenta la Casa de Orates, y ve con buenos ojos la posible reforma asistencial que buscaba crear tres manicomios, los cuales debían constituirse bajo el alero de la ciencia:

*“Me proponía ponerlo en conocimiento de los últimos adelantos y perfeccionamientos que la ciencia y la humanidad han conseguido en la asistencia de alienados y por consiguiente en la construcción de los manicomios, siendo éste uno de los principales medios curativos, lo hago en la íntima convicción que en los datos que una correspondencia solo puede darle en detalle, le servirá de algo siquiera para que la actitud que asuma ante el proyecto de tres asilos en Chile, obedezca al laudable propósito de que estos correspondan a la altura que la civilización moderna mantiene instituciones de un fin tan humanitario como es el de la Casa de Orates”*⁷⁰

Frente a lo anterior, se optó finalmente por crear dos instituciones para asistir a los enfermos mentales en Chile, por un lado un Manicomio Nacional en la ciudad de Santiago, que tendría una comisión compuesta por el médico de la Casa de Orates Manuel 2° Beca

⁶⁸ German Greve, “Correspondencia europea, Viena 12 de agosto de 1894”, en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, 1894. pp. 25-31. del mismo autor, “Carta sobre manicomios, Viena 9 de julio de 1894”, en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, 1894. pp. 466-477.

⁶⁹ Algunas investigaciones que tratan la importancia atribuida a la arquitectura como parte del tratamiento en el alienismo decimonónico, son: Michel Craplet, “La construcción de asilos”, en Jaques Postel y Claude Quétel (coord), *Nueva historia de la Psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000 [1983]. pp. 189-197; Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, pp.58-78; Michel Foucault, *El poder Psiquiátrico...*, 199-228; Desde una perspectiva revisionista respecto a los autores anteriores, véase: Andrew Scull, *Social Order /Mental Disorder...*, pp. 213-238; Carla Yanni, *The Architecture of Madness: insane asylum in the United State*, University of Minnesota Press, Minnesota, 2007.

⁷⁰ German Greve, “Carta sobre manicomios”..., p. 467

junto a Guillermo del Sol y el ingeniero Carlos Barroilhet,⁷¹ y por otro, el Ministerio del Interior le solicitó al Dr. Beca que visitara algunas ciudades de Chile, debiendo enviar un informe sobre el estado general de éstas, diciendo cuál de ellas era la más apropiada para un nuevo Manicomio regional. Así lo expresaba la *Revista Médica de Chile*, en el año 1894:

*Es también propósito del Gobierno llevar a cabo la idea de instalar manicomios provinciales. A este efecto a comisionado al Dr. Beca, del Manicomio, para que estudie diversos locales en la ciudad de Talca y en la de Concepción, el que ha visitado ya dichos locales y pasado al Ministerio el informe respectivo.*⁷²

De la cita anterior se pueden extraer algunas ideas interesantes respecto al proyecto de reforma que hemos venido precisando, la primera de ellas sería que el Gobierno es el gran promotor de este tipo de instituciones, como ya dijimos el Estado no financiaba establecimientos ligados a la salud, ni a la asistencia de menesterosos, ya que ésta era una función exclusiva de las Juntas de Beneficencia. La situación antes descrita, como vimos, había ocurrido también con la construcción de la Casa de Orates en 1854.⁷³ Una segunda idea a considerar es que haya sido un médico de esta misma institución el encargado de realizar los informes sobre las ciudades más apropiadas para establecer un manicomio, esto nos confirmaría la aparición de un poder médico que desde 1891 tiene una mayor preponderancia en la toma de decisiones respecto de la asistencia de enajenados en Chile.

El nuevo manicomio regional.

Sabemos de la existencia de dos informes enviados por el Dr. Manuel 2° Beca al Ministerio del Interior, estos hacen referencia a la posibilidad de establecer un manicomio en alguna ciudad de sur de Chile, entre las que se consideró Talca, Chillán y Concepción, ésta última ciudad, era reconocida por el médico como la más apta para organizar el nuevo manicomio. Por su parte el ministro del interior tomando en consideración la propuesta del Dr. Beca presenta al Congreso Nacional el proyecto de organización de un manicomio en la ciudad de Concepción, en un edificio que era propiedad de la Congregación del Buen

⁷¹ Julio Zilleruelo, “Estudio sobre hospitalización”..., pp. 34-35.

⁷² “Manicomios”, en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, Santiago, 1894. p. 364.

⁷³ En el capítulo 2 de esta investigación, se analiza en detalle la relación entre el Estado y la construcción de éste tipo de instituciones.

Pastor, generando una fuerte oposición tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado.⁷⁴ El Dr. Beca señalaba “he podido imponerme de las resistencias que tal idea a levantado en su contra, basados todos en la mortalidad excesiva de la población en esa ciudad, en que se achaca exclusivamente al clima.”⁷⁵ Ante esto explica que, el “factor importante a quien debe achacársele es la falta de higiene i aseo, esparcidos en las habitaciones, es la falta de desagües en la ciudad,”⁷⁶ lo cual, multiplica “los jérmenes de numerosas enfermedades infecciosas que diezman en forma epidémica la población.”⁷⁷

Cabe preguntarnos ¿Por qué se eligió la ciudad de Concepción para establecer el nuevo manicomio? Es fundamental considerar que se trata de establecer un manicomio para las ciudades de Talca hacia el sur, dicho territorio presentaba en materia higiénica grandes problemas como lo dice el Dr. Beca, “no hai casi, ciudad del sur que cuente con elementos naturales que no adolezcan de tal falta, Chillán mismo que visité, contaba como Concepción con tres afecciones infecciosas i contagiosas, a mí pasado por allí: viruela, difteria i escarlatina”. Pero asimismo respalda la posibilidad de establecer el nuevo manicomio en Concepción, dado que “el estado sanitario del establecimiento de las monjas del Buen Pastor era excelente,”⁷⁸ debido a que no se presentaban casos de enfermedades desde hace muchos meses. Otros puntos a favor eran “la uniformidad de su clima, la proximidad al mar” donde “la facilidad de comunicación i de traslación que por tierra y por mar ofrece, su mayor número de recursos” serían razones suficientes para elegir la ciudad de Concepción, del mismo modo nos muestra que en Chillán se hacia imposible establecer

⁷⁴ Entre las sesiones de la Cámara de Diputados se pueden considerar: *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCNCh)*, Boletín de sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados en 1894-1895, Imprenta Nacional, Santiago, Tomo II. sesión del 13 de diciembre de 1894. P. 624; Boletín de sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados en 1894. Tomo II. sesión del 9 de agosto de 1894. pp. 772-773. Para el caso de la Cámara del Senado ver: *BCNCh*, Boletín de sesiones ordinarias en 1894, Imprenta Nacional, Santiago, Tomo I. sesión del 27 de julio de 1894. p. 360. Boletín de sesiones extraordinarias en 1894-1895, Imprenta Nacional, Santiago, Tomo II. sesión 16 de noviembre de 1894. p. 202-203; sesión del 5 de diciembre de 1894, p.322; sesión del 7 de diciembre de 1894. p. 342-351.

⁷⁵ *Archivo Nacional de Chile (ANCh)*, Ministerio del interior, Vol. 1978, Foja s/n, Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento de un manicomio en Concepción o en Chillán (1894)*.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ *Ibidem*.

este tipo de instituciones, donde consideraba como factor principal sus malas condiciones higiénicas.⁷⁹

Pensamos que un elemento importante que posibilitó la creación de un Manicomio en la ciudad de Concepción era la necesidad de adquirir rápidamente un edificio que reuniera las condiciones necesarias para convertirlo en una institución para enajenados. En este sentido, el edificio de la Congregación del Buen Pastor de Concepción pudo responder a los requerimientos solicitados, pues las autoridades mostraban un gran interés por poner en marcha lo antes posible el nuevo proyecto, demostrando desinterés por realizar nuevas construcciones en provincia como la que se estaba realizando en Santiago en el Manicomio Nacional. Así, el Dr. Manuel 2º Beca, nos señala:

“de los locales hasta hoy visitados por mí, ninguno reúne tan favorables i especiales condiciones como éste [Congregación del Buen Pastor de Concepción] i sobre todo ninguno esta en situación de ofrecer el servicio de la oportunidad como éste; pues si es verdad que hai locales en Concepción i en muchas ciudades de Chile, ninguno hasta el momento ofrece un local construido, en estado de servicio inmediato i en disponibilidad de ser entregado luego de ser pedido.”⁸⁰

Por último, creemos que la decisión de establecer el manicomio en la ciudad de Concepción pasó exclusivamente por la opinión que el Dr. Beca tenía de los demás establecimientos por él visitado en las ciudades del sur de Chile, es por ello, que independiente de las críticas realizadas al interior del parlamento, el criterio del médico se impuso, reconociéndosele su autoridad científica en estas materias. Dicha situación se puede apreciar en la sesión de la Cámara del Senado, del día 7 de diciembre de 1894, donde se decía respecto al informe del Dr. Beca, lo siguiente:

⁷⁹ *Ibidem.* Para el caso de Chillán, el Dr. Beca considera entre los factores que impedían elegir ésta ciudad para la instalación de un nuevo manicomio, los siguientes:

“1.- Carencia de agua potable, pues la así llamada, viene a tajo abierto desde cinco lugares distintos del pueblo pasando casi por dos cementerios antes de llegar a éste.
2.- Infección constante de muchos barrios por el estero Las Toscas que recorre largo trecho a los pies del cementerio de la ciudad, i que proporciona agua de riego, para lavado de ropa i tal vez hasta para la bebida.
3.- Temperaturas poco uniformes siendo extremas en las estaciones de invierno y verano.
4.- Lejanía del puerto de mar i por consiguiente dificultad de traslación de enfermos que debieran llegar por esta vía.
5.- Carencia de desagües i falta de limpieza en las habitaciones.”

⁸⁰ *Ibidem.* Los corchetes son nuestros.

*“Cuya palabra debemos prestar entera fé. Por más que en él se nos diga algo que está en contra de lo que nosotros creemos. Así es que si el doctor Beca nos dice que para habilitar este edificio i adaptarlo a manicomio se necesita gastar ciento veinte mil pesos, i que, además de ser solido, admite un segundo piso, lo que haría que pudiera servir permanentemente a su objeto, que ocupa un lugar sano i libre de humedades, en que el viento i los aires lo hace mas hijienicos, etc., me parece que hai que darle crédito i atenerse a lo que en él se dice”*⁸¹

- Dirección Médica de Manicomios

La salud durante el siglo XIX estuvo a cargo de las llamadas Juntas de Beneficencia, donde la primera de ellas fue creada en Santiago el 7 de abril de 1833, estando compuesta en su primera etapa por doce miembros de los cuales sólo uno de ellos era médico, el Dr. Guillermo Blest.⁸² Desde sus inicios se constituyó como una institución que no requería de una gran presencia médica, con lo cual, los establecimientos asistenciales quedaron subordinados a personas que no manejaban en su mayoría las ideas científicas referentes a la salud, dicha situación, determinó la creación de verdaderas *juntas de vecinos honorables* los que tenían a su cargo la tarea de asistir a los pobres frente a la enfermedad e invalidez.⁸³ Ésta forma de asistencialidad se relacionaba con el tipo de Estado liberal que se deseaba construir, donde la atención de salud era vista como una tarea excesiva para sus atribuciones,⁸⁴ todo socorro organizado era visto como atentatorio contra el libre juego de las leyes del mercado. En este panorama “la idea mas común de la salud era la de una atención individual. Sólo el interés individual se consideraba suficiente. En

⁸¹ BCNCh, Boletín de sesiones extraordinarias de la Cámara de Diputados en 1894-1895..., sesión del 7 de diciembre 1894. p. 351.

⁸² Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena*, Andrés Bello, Santiago, 1995. p. 299. También el trabajo monográfico de Enrique Laval, “Origen de las Juntas de Beneficencia”, en *Revista Medico-Asistencial*, N° 1, 1949. pp. 43-46.

⁸³ René Salinas, “Salud, ideología y desarrollo social”..., p. 104.

⁸⁴ *Ibíd.* p. 103.

otras palabras, la suma de intereses individuales debía dar como resultado el bienestar de la comunidad.”⁸⁵

En el contexto de construcción de un Estado liberal,⁸⁶ el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia dará como resultado “la privatización de la salud,” la que es concebida en la época, “como la mejor garantía para una buena administración y funcionamiento de los mecanismos sanitarios.”⁸⁷ Dicha institucionalidad social privada, nos dice la historiadora María Angélica Illanes, era una clara representación de los vínculos existentes entre las clases sociales, donde se daba, “una relación dialéctica entre la explotación y la compasión”, la que determinaban dos modos de dominación, siendo uno de ellos la caridad.⁸⁸ Así las Juntas de Beneficencia funcionarían como un modo de intervención sobre “el cuerpo de los pobres”, donde éste último “está dispuesto a aceptar a su explotador-benefactor en una relación especular, en la que la alegría del donante que hace una ofrenda sin obligación, está en reciprocidad con el agradecimiento del asistido salvado de la necesidad por un socorro al que no tiene derecho.”⁸⁹

El modelo de salud organizado y dirigido por las Juntas de Beneficencia será sometido a la crítica,⁹⁰ por un lado, el artesanado se organizará desde mediados del siglo XIX, en Sociedades de Socorros Mutuos, las cuales lograron conformar una “salud social, basada en el humanismo popular y la organización solidaria como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad.”⁹¹ Y por otro lado, se encontraría desde fines del siglo XIX, la construcción de un estamento científico técnico-médico, que buscará “disputarle a la sociedad caritativa el cuerpo enfermo y moribundo del pueblo para mejorarlo con la eficacia de la ciencia y la técnica y salvar, así, la República, el orden social y la riqueza nacional, iniciando el camino de la civilización hacia el progreso.”⁹²

⁸⁵ *Ibíd.* pp. 21-24.

⁸⁶ Las relaciones entre el *Estado liberal*, las Juntas de Beneficencia y la atención de la locura en Chile es tratado en el capítulo 2 de esta investigación.

⁸⁷ René Salinas, “Salud, ideología y desarrollo social”..., p. 104.

⁸⁸ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo*..., pp. 21-25.

⁸⁹ Robert Castel, *El orden psiquiátrico*..., p. 104.

⁹⁰ Esto es tratado en el capítulo 2 de esta investigación.

⁹¹ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo*..., p. 35.

⁹² *Ibíd.* p. 24.

Los médicos y la administración de las instituciones de salud.

Para nuestra investigación es de suma importancia la crítica médica al modelo asistencial de las Juntas de Beneficencia, dado que permite visualizar el afán reformista de los médicos en materia de salud, en este mismo sentido, vemos que una de las grandes preocupaciones fue el tema de la administración o dirección de las instituciones de beneficencia, donde las “*Juntas*” nombraban en su mayoría a filántropos como administradores lo que significaba para los médicos vivir en una contradicción “dado que tenían el poder político -asientos en el congreso y participación consultiva en comisiones de salud de alto nivel- y ser empleados profesionales sin ningún poder de decisión a nivel de los establecimientos de beneficencia, único espacio asistencial de salud”⁹³

Los médicos sabiendo que eran el elemento principal de las instituciones de asistencia, se encontraban incapacitados para tomar decisiones, esto produjo como consecuencia, una serie de conflictos con los administradores de hospitales del siglo XIX.⁹⁴

Ahora tomando en consideración lo antes dicho nos centraremos exclusivamente en la hospitalización de la locura en Chile, donde creemos ver que los médicos alienistas⁹⁵ tendrán un interés especial en comparación al de los hospitales, por establecer una dirección médica, situación que nos proponemos dilucidar a continuación.

Partiremos con un antecedente que se da en 1875, en esta fecha, el presidente de la Junta Directiva de la Casa de Orates de Santiago Don Pedro Nolasco Marcoleta responde a unas aseveraciones dadas por el Dr. William Benham, las cuales a modo explicativo se comprenderían por ser un médico proveniente de Europa, donde la dirección médica era ampliamente reconocida,⁹⁶ caso distinto al de Chile:

“Se queja el doctor Benham de que no se le permita tener injerencia en la administración jeneral del asilo; pero el doctor olvida su contrato. Siempre la asistencia médica ha estado separada de la administración

⁹³ *Ibíd.* p. 67.

⁹⁴ *Ibíd.* pp. 100-101.

⁹⁵ Entendemos por médico alienista al especialista en enfermedades mentales.

⁹⁶ Entre las investigaciones que tratan la presencia de una dirección médica en el contexto europeo y las implicancias que éstas tenían, véase para el caso francés: Robert Castel, *El orden psiquiátrico*, p.119-128; Michel Foucault, *El poder Psiquiátrico...*, 196-205; Jaques Postel, “Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (el tratamiento moral)”, en Jaques Postel y Claude Quétel (coord.), *Nueva historia de la Psiquiatría...*, pp. 160-162; Para el caso Inglés se puede consultar: Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2003. pp.96-113.

*general del establecimiento: los médicos pueden i deben hacer observaciones a la dirección, pero mientras el médico no tenga poderes amplios, como lo desea el doctor Benham, i se cambien la lei i el reglamento, estos tienen que cumplirse, i el médico mantenerse en la esfera que ellos le prescriben. La regla puede ser mala, pero es la regla i en mí concepto bien consultada”*⁹⁷

Creemos que el cambio en la relación entre los médicos y la administración en cierto modo se produjo en el año 1891, dado que en esta fecha asume la Junta de Beneficencia de Santiago la administración, dirección y vigilancia de la Casa de Orates, esto permitió como ya hemos venido diciendo, que los médicos tomaran mayor injerencia en los asuntos ligados a esta institución, junto con promover las posibles reformas asistenciales. El Dr. Beca ratificaba lo antes expuesto diciendo que, “no tengo para que entrar a calificar la conveniencia que aportará tal cambio.”⁹⁸ En ese momento, lo importante no era si la Casa de Orates pertenecía a una de las dos “*Juntas*”, sino, la constitución de un poder médico que ve en el Estado un respaldo a sus ansiadas reformas asistenciales, es por ello que se hacía indispensable su integración en la estructura de funcionamiento de la beneficencia, porque sabían que era desde ahí donde se podían concretar las reformas,⁹⁹ debido a que no existía un respaldo legal que permitiese establecer una dirección-médica del asilo. Es por esto que el Dr. Beca se planteaba en los siguientes términos:

*“sea que la casa continúe en la beneficencia, sea que la hagan depender nuevamente de una Junta Directiva ad hoc, lo preciso, lo urgente es dar en su organización cabida amplia que permita trabajar al elemento médico, ya incorporándolo en la dirección superior de la Junta, ya haciéndolo responsable de la dirección especial y honorífica, y en todo caso, confiándole la administración inmediata del asilo.”*¹⁰⁰

⁹⁷ Pedro Marcoleta, *Nota pasada al Supremo Gobierno...*, p.22. Citado en: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 117

⁹⁸ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., pp. 387-388.

⁹⁹ Cabe considerar que recién desde el año 1909, se dio la posibilidad de que: “*El decano de la Facultad de Medicina formará parte de la Junta de Beneficencia de Santiago.*” En: BLDG, 13 de diciembre de 1909, Libro LXXIX. p. 1371.

¹⁰⁰ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 388

Pensamos que el interés por establecer una dirección médica en los manicomios, y llevar a cabo una reforma de la institución asilar con nuevas construcciones en Santiago y Concepción, formarían parte de un mismo proceso de reforma asistencial, que desde la perspectiva de los médicos, sólo podía ser llevada a cabo desde la ciencia médica. Así es como el Dr. Germán Greve lo concibe en su carta sobre manicomios, diciendo que “el estado del enajenado depende tanto de las impresiones que recibe y por tanto del trato que se le da y en general de todo lo que por medio de sus sentidos percibe,” donde “sólo el médico pueda juzgarlo convenientemente, de lo que resulta que, tanto la *dirección del asilo*, pertenece de derecho, exclusiva y absolutamente a éste, como que también debe recurrirse irrevocablemente a *su opinión al construirse un asilo*. ”¹⁰¹

El asilo como una institución especial.

Para dilucidar tal situación creemos de suma importancia poder responder la siguiente pregunta ¿Qué hace del asilo una institución especial, para la obtención de una dirección médica? Para contestar lo anterior utilizaremos los planteamientos del Dr. Manuel 2° Beca, en su artículo titulado “Dirección de Manicomios” el que fue publicado en la *Revista Médica de Chile* en el año 1894, fecha en la que también aparecen publicadas las cartas enviadas desde Europa por el Dr. German Greve. Creemos que lo anterior, es un claro ejemplo del interés de los médicos por participar activamente en el proceso de reforma de la institucionalidad manicomial en Chile.

Consideramos la existencia de tres elementos fundamentales que determinaron una necesidad imperiosa de establecer una dirección médica en los manicomios, la que no era extensiva a otro tipo de instituciones, como hospitales, hospicios, lazaretos, etc.

Un primer elemento es reconocer la diferencia que se establecía entre hospital y asilo para enajenados, lugares donde la presencia médica era de suma importancia, por ello, el Dr. Beca decía que en los hospitales “todo o casi todo es fijo, determinado e invariable, sujeto a reglas escritas” a diferencia de los manicomios donde “hay poco, aparte de los servicios generales, que sea invariable. Casi todo aquí esta sujeto a la índole de la

¹⁰¹ Germán Greve, “Carta sobre Manicomios”..., p. 474. Las cursivas se encuentran en el original.

enfermedad.”¹⁰² En torno a ésta uniformidad e invariabilidad del hospital y su contrario que representa el asilo se produciría un entorno privilegiado donde “los manicomios a diferencia de los hospitales, requieren dirección inmediata técnica” situación dada por la “calidad de los enfermos que encierra.”¹⁰³ Lo antes descrito para el caso chileno permite hacer un paralelo con el caso francés, el cual presenta algo interesante a considerar, ya que, “desde el punto de vista histórico, los hospitales y hospicios fueron tardía e imperfectamente entregados a los médicos” en comparación con los asilos de enajenados que tuvieron una presencia médica temprana.¹⁰⁴ En este mismo sentido, como nos dice Carla Yanni, también la trayectoria de las instituciones de salud mental era en algunos aspectos lo opuesto del camino recorrido por los hospitales, dado que estos incrementaron su prestigio hacia fines del siglo XIX, mientras los asilos para enajenados empezaron a declinar en el siglo XX.¹⁰⁵

Lo importante es saber lo que hacía distinta a una u otra institución, como ya dijimos, era el tipo enfermedad a tratar. Por nuestra parte nosotros consideramos que “si el medico puede, entonces, vigilar la locura, no es tanto por que la conozca, sino por que la domina”¹⁰⁶ por ende concebimos junto con Michel Foucault, que “el poder psiquiátrico es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar, antes de ser una cura o una intervención terapéutica: es un régimen o, mejor, por serlo y en cuanto lo es, se espera de él una serie de efectos terapéuticos: régimen de aislamiento, y regularidad, uso del tiempo, sistema de carencias medidas, obligación de trabajar, etcétera.”¹⁰⁷ Por ello, “siguiendo los casos más comunes como son los casos de manía y melancolía” el Dr. Beca nos dice para la primera de ellas:

¹⁰² Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 372.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, p. 122.

¹⁰⁵ Carla Yanni, *The Architecture of Madness...*, p.8.

¹⁰⁶ Jaques Postel, “El nacimiento de la psiquiatría”, en Jaques Postel y Claude Quétel (coord.), *Nueva historia de la Psiquiatría...*, p. 162.

¹⁰⁷ Michel Foucault, *El poder Psiquiátrico...*, p. 199. Para una interesante crítica a esta obra, véase: Rafael Huertas, “Foucault, treinta años después. A propósito del poder psiquiátrico”, en *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, n°2, julio-diciembre, 2006. pp. 267-276. Cabe considerar que al analizar éste autor los ejes centrales del *poder psiquiátrico* planteados por Michel Foucault, niega la posibilidad de aplicación de los conceptos tratados en dicha obra, con lo cual, termina omitiendo algunas particularidades esenciales del sentido que tenía en la práctica el *poder psiquiátrico*, donde un ejemplo claro de ello lo constituía la dirección médica de los asilos para enajenados.

“Aquel generalmente agitado, con gran animación no tendrá punto de reposo recorre, toma esto, deja aquello, mueve lo demás allá, golpea a uno, se golpea a el mismo, etc., en medio de su eretismo intelectual, cien ideas se agrupan a su mente, les da forma, habla, canta, grita, ríe, etc. (...) a veces se ponen temibles, dueños como son de su osadía y faltos, por otro lado, del poder de apreciar el buen uso de sus fuerzas. ¿Qué hacer? ¿Cómo contenerlo, cómo apaciguarlo? ¿Cómo hacerle tomar sus remedios, su baño, sus alimentos? ¿Cómo garantizar su sueño? Todo ello urge.”¹⁰⁸

Así creemos que el médico alienista más que poseedor de un conocimiento científico, ejercería un poder de dominación sobre el cuerpo de los alienados, es así que donde aquellos médicos veían “conocimiento especiales que solo proporciona la ciencia”¹⁰⁹ nosotros vemos experiencia asilar, como dice el Dr. Beca “todos estos problemas, se vienen a mi mente, no por imaginación, sino por que se presentan a cada paso, en todo momento, en la vida interna del manicomio”¹¹⁰ y es ésta experiencia en sentido de practica asilar, constituido finalmente en un conocimiento clínico, es el que a nuestro parecer determinará la categoría especial que tendría el asilo respecto al hospital. Será por ello entonces necesaria una dirección médica, ante esto, siguiendo a Foucault podemos decir que “el hospital psiquiátrico a diferencia del hospital, de medicina general, no tienen en absoluto la función de ser el lugar donde la “enfermedad” va mostrar lo que es en sus caracteres específicos y diferenciales con respecto a las otras enfermedades,” sino que “el hospital psiquiátrico está ahí para que la locura se vuelva real, mientras que el hospital a secas tiene la doble función de saber qué es la enfermedad y suprimirla.”¹¹¹

Ya delimitada la diferencia entre el asilo y el hospital, y la respectiva preponderancia del manicomio para tener una dirección médica. Debemos dar paso al segundo elemento que hace del asilo una institución especial. Siendo específicamente el tipo de institución que se puede establecer en Chile, para ello el Dr. Beca nos plantea que:

¹⁰⁸ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 374.

¹⁰⁹ *Ibíd.* p. 375.

¹¹⁰ *Ibíd.* p. 384

¹¹¹ Michel Foucault, *El poder Psiquiátrico...*, p. 299.

“En nuestro país estamos mui atrasados en lo tocante a asistencia pública y privada de enajenados. El problema de la hospitalización de manicomios, ideal que satisfacería nuestras aspiraciones y que en algunos puntos de Alemania, de Francia y de Inglaterra, es una realidad edificante es para nosotros una utopía todavía; ni podemos aspirar al sistema colonial belga, ni al reciente de Lierneux; ni tampoco con perfección al mixto de colonias anexadas a los asilos de enajenados como en Ateherbitz, Praga, en Ellen, éste; ni menos el sistema escocés de asistencia familiar en habitaciones privadas (prívate dicelling system). Debemos conformarnos con lo que tenemos y con lo que sea posible adquirir y bajo este punto de vista consideraré al Manicomio.”¹¹²

La cita anterior nos demuestra el amplio conocimiento en materia asistencial por parte de los médicos chilenos, como también el reconocimiento de que la adquisición de un modelo específico esta sujeto a lo que Chile puede acceder, el cual creemos estaría determinado por el presupuesto con que contaban el Gobierno y la Junta de Beneficencia.¹¹³ De este modo, la institución elegida fue el manicomio, éste es definido por el Dr. Manuel 2° Beca como “un establecimiento que tiene diversos fines u objetos a llenar”¹¹⁴ por ello es un asilo, un hospital, una cárcel y una escuela, que se encuentra marcado por la especificidad de su enfermedad, la que estaría ligada a una potencial peligrosidad, esto determinaba decía el Dr. Beca, que los enfermos “no deben ser tenidos en sociedad” debiendo ser encerrados en un espacio que debe contener las “condiciones convenientes para el tratamiento y curación de la locura” sirviendo además como “sitio o lugar de reclusión para individuos peligrosos” y a su vez, este lugar es donde “pueden y deben encontrar correctivos suficientes, ejemplos edificantes y la enseñanza necesaria.”¹¹⁵ Lo anterior nos demuestra que el manicomio era concebido como un establecimiento que buscaría mantener el orden social, tratando a su vez, de concretar una normalización de los sujetos que se encontraban fuera del modelo social imperante, estos elementos discursivos

¹¹² Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 369.

¹¹³ La creación del Manicomio Nacional tendrá un financiamiento mixto, dicha situación es tratada en extenso en el capítulo 2 de esta investigación.

¹¹⁴ *Ibíd.* p. 370.

¹¹⁵ *Ibíd.* pp. 369-370.

tenderán durante el siglo XX a una consolidación de este tipo de establecimientos como una *institución total*,¹¹⁶ donde la presencia del médico sería fundamental.

El manicomio era el lugar donde se establecía una amplia categorización de la locura o nosografía de la enfermedad mental, ya para fines del siglo XIX podemos identificar entre sus figuras principales: el degenerado hereditario, la locura histérica, el loco moral, la manía, la melancolía, la locura alcohólica, el imbecil o idiota,¹¹⁷ entre muchos otros más, cada uno de estos, debe tener un lugar y tratamiento específico, es por ello que el Dr. Beca declara “inútil me parece seguir enumerando otras formas y seguir sosteniendo como ellas son de cambiables, poco uniformes y sujetas a intercadencias que motivan también equivalentes cambios en su tratamiento.”¹¹⁸ Por todo lo antes dicho, exige la presencia del médico director, dado que:

*“Como hospital, como asilo, como cárcel y como escuela o taller, un manicomio exige una dirección única y de tal calidad que formando un todo armónico se distribuya y señale a cada uno de sus individuos el lugar que le convenga, el rol que ha de desempeñar, la ocupación que ha de serle propicia”*¹¹⁹

El tercer y último elemento que hace del al asilo una institución especial, es el tratamiento, a nuestro parecer es el más importante dado que engloba a los dos anteriores, así cuando el Dr. Beca cita al médico alienista francés Esquirol, diciendo “todo es médico en un hospicio de enajenados”. Continúa aseverando que “el tratamiento de los enajenados consiste en efecto, en un conjunto, en un todo, en que la organización racional del asilo forma la primera base”¹²⁰. Con ello, podemos constatar que la dirección médica se constituye como parte del tratamiento, y al ser de este modo, la presencia de una administración legítima produciría un entorpecimiento del proceso de curación preconizado

¹¹⁶ “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 período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” Ervin Goffman, *Internados, ensayo sobre...*, p. 12,

¹¹⁷ La clasificación de los enfermos sugerida por el Dr. Manuel 2° Beca en su artículo *Dirección Médica de Manicomios* hace alusión a la nomenclatura psiquiátrica inspirada en la escuela francesa decimonónica que predominará en Chile hasta las primeras décadas del siglo XX. En este sentido, véase la obra de: Armando Roa, *Demonio y Psiquiatría...*, p.52.

¹¹⁸ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 371.

¹¹⁹ *Ibid.* p. 372.

¹²⁰ *Ibid.* p. 377.

desde la medicina. En éste sentido, las diferencias en relación a lo que es mejor para el asilo afectaría al régimen propuesto por los médicos, es por esto, que “la disciplina, tan necesaria al buen régimen como al tratamiento moral de los enajenados se pierde por completo y es casi imposible de implementar, donde existe, aparte de la autoridad médica, otra autoridad que pueda alterarla o hacerle sufrir menoscabo.”¹²¹

Si la dirección de un asilo a través de la figura del médico se estructura como tratamiento, es fundamental evaluar bajo que situación una administración lega sería perjudicial para el correcto funcionamiento del asilo. Nosotros estimamos que lo anterior se encuadra dentro de la experiencia asilar desarrollada por el médico, donde la administración lega tendría un desconocimiento de dicha “práctica científica.” Para esto hemos tomado tres ejemplos muy claros al respecto, expuestos por el Dr. Beca.

Un primer caso a considerar es la escritura, la cual serviría para reconocer los progresos y cuan efectivos han sido los tratamientos,¹²² ésta sólo puede ser utilizada en una proporción pequeña de asilados, dado por el número de analfabetos, como también por los pacientes que por su enfermedad ya no podían escribir. Independiente de tal contexto, la escritura se transforma en algunos casos en un elemento que permite llevar a cabo diagnósticos más “certeros”, donde se entiende que “la convalecencia y aun la curación misma de la enajenación, son, con ventaja controlados por medio de la escritura.” El médico no dejaba pasar ninguna oportunidad para conocer el estado del enfermo a diferencia del administrador lego, que no le daba mayor importancia. Con lo anterior:

“Para quien no tiene conocimientos especiales, estos escritos que en abundancia llegan a la oficina directiva, ya en forma de carta, de solicitudes, escritos de quejas, versos u otras formas, no tienen valor alguno o solamente se les da el de una pequeña curiosidad que manifiesta los disparates de los locos.

Para el médico, esa significación es otra y el valor otro también.”¹²³

¹²¹ *Ibíd.* p. 385.

¹²² Existe una recopilación de Cartas enviadas por pacientes de la Casa de Orates de Santiago. Ver: Angélica Lavín, *Cartas desde la Casa de Orates*, dibam, Santiago, 2003. Siguiendo lo propuesto por el Dr. Manuel 2º Beca, podríamos pensar que la preservación y existencia de dichas cartas respondería al uso de estas como instrumentos de diagnóstico por parte de los médicos de la Casa de Orates de Santiago.

¹²³ *Ibíd.* p. 381.

El segundo caso hace referencia al trabajo, éste se concebía como un tipo de tratamiento al que se le denominaba “ergoterapia.” Lo interesante es que no todos los enfermos estaban capacitados para cumplir este tipo de labores, la enfermedad en algunos casos claramente se lo impedía, dicha situación determinaba la necesidad de establecer una dosificación del trabajo tal como se hacía con otros tipos de terapias, como eran los medicamentos y los baños, frente a ello la facultad del médico se convertía en imperativa. Creemos que para este caso, los problemas con la dirección lego fueron de menor medida, dado que ésta, entendía que la ergoterapia era parte del tratamiento, donde el médico era quien lo dosificaba:

“La ocupación del enfermo debe ser estudiada y prescrita, ni más ni menos que los medicamentos y baños, su dosificación es necesaria y no se haría obra buena si no se tomase en cuenta su buena voluntad, capacidad, constitución, costumbres anteriores, etc., para hacer una acertada dirección de esta ocupación.”¹²⁴

Un tercer caso lo constituyen las visitas, éste a nuestro parecer podría haber condicionado una mayor cantidad de conflictos dado que para los médicos las visitas no podían estar sometidas a una regla,¹²⁵ el administrador lego desde la perspectiva médica no lograba percatarse de ello, por esto:

“la visita de los deudos, amigos o relaciones puede ser provechosa o perjudicial a los asilados. Depende ello de la clase de enajenación, del período que haya recorrido y de la mayor o menor conciencia que posea el enfermo, así como de los trastornos de su afectividad”¹²⁶

Siguiendo la relación entre tratamiento y dirección médica del manicomio consideramos de suma importancia el uso que se daba en la época del “tratamiento moral,” el cual como decía Beca, requería para su correcta implementación de una dirección médica. Aunque no es posible especificar la técnica de este tratamiento ya que no tiene

¹²⁴ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 382.

¹²⁵ *Reglamento para la Casa de Orates del año 1883*. En su Art. n° 27 se decía: “Es prohibida la entrada al asilo, i no se podrá visitar sino con permiso del presidente o del delegado. El día 15 de cada mes, desde la una hasta las tres de la tarde, tendrán libre entrada las familias de los enfermos asistidos en el asilo”. Reproducido en: *Revista Chilena de Higiene*, Tomo 1, Santiago, 1894. p. 626. El subrayado es nuestro.

¹²⁶ Manuel Beca, “La Dirección de Manicomios”..., p. 383.

reglas, si podemos reconocer algunos elementos los cuales incluyen la compasión y rigor, comprensión y castigo, persuasión y represión física. Es una orientación general, que pone énfasis en el influjo personal del médico sobre el loco.¹²⁷ En torno a lo anterior consideramos valido lo planteado por Robert Castel, cuando señala:

“La organización de la vida cotidiana es tratamiento, la sumisión a las órdenes del personal es tratamiento, el trabajo es tratamiento.

El tratamiento moral es el despliegue de una tecnología englobante que supone unificar la diversidad de regulaciones (de naturaleza económica, administrativa, de personal, etc.) que se imponen a los reclusos. El menor incidente de la vida cotidiana se recoge en el proyecto global de la institución y se eleva a la dignidad de soporte terapéutico.”¹²⁸

La unificación de regulaciones de las que habla el autor anterior están delimitadas a nuestro parecer por la presencia del médico-director, por ello confirmamos lo antes dicho, de que la dirección lega no logra integrarse al proceso de tratamiento de la locura postulado desde la medicina en aquella época, es por esto, que pensamos que el nuevo poder médico que aparece claramente reflejada en la propuesta dada por el Dr. Manuel 2° Beca en su artículo sobre la “Dirección de Manicomios” presentaría dos vertientes inseparables, por un lado la reforma en la infraestructura de la institución que se relacionaría con la creación de nuevos manicomios y por otro la reforma de la administración, que significa la presencia de un médico director al interior del asilo, unidas estas dos se lograría desde la perspectiva de los médicos un tratamiento correcto de la alienación mental. Dichos postulados se encuadra dentro de lo planteado por Michel Foucault cuando asevera que, “el asilo debe concebirse como el cuerpo del psiquiatra; la institución asilar no es otra cosa que el conjunto de las regulaciones por ese cuerpo con respecto al cuerpo mismo del loco sometido dentro del asilo.”¹²⁹

¹²⁷ Hugo Vezzetti, *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires, 1985. p. 70.

¹²⁸ Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, p. 76

¹²⁹ Michel Foucault, *El poder Psiquiátrico...*, p. 224

- El Manicomio de Concepción: La reforma asistencial en provincia.

Hasta éste momento la historiografía de la psiquiatría, y de la locura en Chile,¹³⁰ no le ha dado tanta importancia al período que va entre los años 1891-1895, constituyéndose como única excepción Pablo Camus, el cual considera que ésta etapa se caracterizaría por una mayor participación de los médicos en la toma de decisiones al interior de la Casa de Orates, además, de la realización por parte de la nueva administración de una serie de reformas, como fueron: las mejoras en el vestuario, alimentación, higienización del establecimiento, aumento de sueldo de los empleados, la habilitación de la quinta agrícola. A todo éste proceso el autor le dedica unas escuetas páginas.¹³¹

Para nosotros, éste período se constituye como un momento clave en el desarrollo de la asistencia de enajenados en Chile, ya que permite como hemos venido diciendo una reforma institucional caracterizada por la aparición de un poder médico que se reconoce a sí mismo como el más técnicamente capacitado para solucionar el estado deplorable en que se encontraba la Casa de Orates de Santiago. Así, a través del apoyo tanto del Gobierno y de la Junta de Beneficencia, los médicos contarán con un soporte que no habían tenido hasta ese momento.

Frente al reducido conocimiento del proceso ya descrito, se ha producido como consecuencia una omisión de lo que significó la creación de dos manicomios, uno en

¹³⁰ En relación a las investigaciones que podemos calificar dentro de una corriente más progresista en Chile, a la cual podemos denominar “historiografía de la locura”, se han centrado preferentemente en los aspectos sociales relacionados con la insania, dejando un tanto de lado los aspectos institucionales asociados a la asistencia de enajenaciones en Chile, las principales investigaciones bajo ésta perspectiva a nuestro parecer son las de: María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., pp. 1-22; del mismo autor: “Cuerpo y demencia la fisonomía...”, pp.88-109; También los trabajos de: Claudia Araya, “La construcción de una imagen femenina...”, pp. 5-22; Por otro lado, para las investigaciones que tienen como interés tanto los aspectos sociales como institucionales asociados con la locura, se pueden considerar las siguientes: Cesar Leyton, *La ciudad médica-industrial...*, pp. 1-77; Claudia Araya y Cesar Leyton, “Atrapados sin salida”..., pp. 1-19; Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 89-140; Carolina Aburto, *Un Mundo Aparte...*, pp. 1-105; Paula Bell, *Locura y Familia, sesenta casos...*, pp. 1- 95. Por su parte, la historiografía de la psiquiatría en Chile queda claramente representada, en: Eduardo Medina y Enrique Escobar (ed), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, pp.15-173. Éste se constituye como un compendio de algunos artículos publicados en revistas nacionales entre los años 1896-2001. Dentro de esta misma perspectiva para el caso de Concepción se puede ver la investigación de: Ana María Navarrete, *Historia de la psiquiatría penquista...*, pp. 1-685.

¹³¹ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 133-139. El autor analiza precisamente la situación de la Casa de Orates entre los años, 1891-1894, a diferencia de nosotros que tenemos como fecha límite el año 1895, momento en que entra en funcionamiento el Manicomio de Concepción.

Santiago y el otro en Concepción. Para esta investigación nuestro centro estará constituido por los elementos que dieron forma a la creación del Manicomio de Concepción entre, 1895-1896.

Ya hemos dado a conocer en este mismo capítulo los elementos que hacían de Concepción la ciudad del sur de Chile más apropiada para concretar un proyecto de manicomio. Nosotros planteamos que lo fundamental al momento de elegir dicha ciudad fue la posibilidad de entrega inmediata de un edificio que podía prestar rápidamente los servicios requeridos, no interesando en esta primera etapa llevar a cabo una nueva construcción como la que se estaba realizando en el Manicomio Nacional de Santiago.

El proceso que determinó la creación del Manicomio de Concepción, tiene como antecedente al segundo informe enviado al Ministerio del Interior por el Dr. Beca, el 24 de noviembre de 1894, el que a nuestro parecer sólo venía a confirmar la elección de la ciudad de Concepción, ya que por decreto del 27 de septiembre del mismo año se había aceptado el compromiso de compra y venta hecha por la madre provincial de Chile, del Monasterio del Buen Pastor de Concepción, “para vender al fisco el edificio y terreno de dicho monasterio, situado en la calle Cochrane de esa ciudad” donde “la entrega de la propiedad se hará dentro de los quince primeros días del mes de enero de 1895.”¹³² El edificio del Buen Pastor se encontraba ubicado en la calle Hospital (actual calle Janequeo donde hoy se encuentra ubicado el nuevo Hospital Regional de Concepción) entre las calles Cochrane y San Martín, al lado de los hospitales de hombres y mujeres.

La aprobación del proyecto de Manicomio en Concepción, se realiza por el decreto número 249 del 22 de enero de 1895, el que determina los montos para realizar la compra del edificio con una suma asignada de ochenta y cinco mil pesos, y además se establecía un monto de cincuenta mil pesos para la adquisición de los elementos necesarios para ponerlo en funcionamiento.¹³³

¹³² ANCh, *Anuario del ministro del interior correspondiente al año de 1895*, Imprenta Nacional, Santiago, 1896, Vol. 117. p. 334. Véase la cita n° 1 que hace referencia al decreto del 27 de septiembre de 1894.

¹³³ *Ibíd.* p. 334. “Lei núm. 249.- Santiago 22 de enero de 1895.- por cuanto el Congreso Nacional ha prestado su aprobación al siguiente:

Artículo único.- Autorízase al Presidente de la República para invertir la suma de ochenta i cinco mil pesos en la adquisición de una propiedad ubicada en la ciudad de Concepción, pertenecientes a las monjas del Buen Pastor, que se destinará a asilo de enajenados.

Es posible apreciar la importancia que estaba tomando el Manicomio de Concepción para el Gobierno, lo cual queda reflejado en la opinión del Ministerio del Interior en su memoria presentada al Congreso Nacional en 1895, donde se pueden apreciar las razones prácticas que hacían de la creación de un nuevo manicomio una necesidad imperiosa, así plantea que:

“A principios del presente año tuvisteis a bien conceder los fondos necesarios para un establecimiento de un asilo de enajenados en la ciudad de Concepción, proyecto que se imponía como un medio de dar desahogo al único manicomio existente en el país, i que había llegado a ser absolutamente deficiente para contener el crecido número de enfermos que acudían a él de toda la República.

En virtud de la autorización legal a que me he referido, se adquirió con aquel objeto en febrero último la propiedad perteneciente a las monjas del Buen Pastor, contigua al hospital de hombres de dicha ciudad, i se dio principio inmediatamente a los trabajos que era indispensable ejecutar en el edificio para la conveniente instalación del establecimiento.(...)

En mui poco tiempo más contará por consiguiente, con un nuevo establecimiento capaz de albergar a 200 enajenados, al cual podrán acudir los enfermos de la región sur, evitándose en parte, la larga i penosa travesía que ahora tienen que hacer para encontrar asilo y curación.”¹³⁴

El establecimiento del Manicomio en la ciudad de Concepción requería de dos elementos fundamentales para poder entrar en funcionamiento. Por un lado se necesitaba llevar a cabo mejoras o arreglos que le permitiesen adquirir el aspecto de lo que se concebía en ese momento como un edificio para el tratamiento de enfermedades mentales, es por esto que se propone una transformación de la infraestructura del edificio del Buen Pastor que le permitiría cumplir dicha función. De este modo, el Dr. Manuel 2º Beca consideraba que, “actualmente toda el área esta dividida en cuatro grandes patios, que a su vez podrían

Autorizase también al Presidente de la República para invertir hasta la suma de cincuenta mil pesos en la ejecución de los trabajos i en la adquisición de los elementos necesarios para la instalación del mencionado establecimiento.”

¹³⁴ ANCh, Memoria del Ministro del Interior presentada al Congreso Nacional en 1895, Tomo I, Santiago, 1895. Vol. 116, p. LIII

ser convenientemente subdivididos en otras tantas a fin de contar a lo menos con cuatro secciones para cada sexo que permitiesen separar los asilados en otras tantas categorías según la forma de enajenación de que estuviesen afectados.”¹³⁵ Es importante considerar que dicha separación y división por enfermedad era parte del tratamiento, esto lo podemos apreciar en el interés de la época por establecer los asilo de pabellones, los que presentaban como característica central el estar individualizados por enfermedad y sexo.¹³⁶ Como señalamos, el Manicomio Nacional presentaba en su proyecto estas características a diferencia del de Concepción, el cual se caracterizó por ser un asilo aglomerado o irregular desde el punto de vista arquitectónico. Pero de igual modo, se trató de establecer los elementos mínimos para este tipo de instituciones, así lo plantea la memoria del Manicomio de Concepción del año 1897, señalando que:

*“Los trabajos se iniciaron en el mes de abril del año antepasado de acuerdo con un plan general combinado por el Sr. Dr. Beca con un ingeniero enviado de la Dirección de Obras Públicas de Santiago, (...) al hacer las modificaciones y arreglos de la Casa se ha tenido en cuenta principalmente las condiciones hijiénicas y la salubridad en general, (...) dentro de un edificio relativamente estrecho y reducido se han establecido todos los servicios mas urgentes e indispensables que requieren los establecimientos de este género.”*¹³⁷

Por otro lado, el segundo elemento para entrar en funcionamiento el nuevo establecimiento estaba dado por la elección de una serie de funcionarios que velarían por el correcto manejo de la institución tanto a nivel médico, económico y de vigilancia. El Dr. Manuel 2° Beca nos da a conocer en el año 1894, un presupuesto para el nuevo Manicomio de Concepción, (ver cuadro N° 2) donde la presencia de un médico director se constituye como el elemento más novedoso de dicha propuesta.

¹³⁵ Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento de...*, p.3

¹³⁶ Finalmente no se concretó la subdivisión de las cuatro salas existentes, manteniéndose su conformación original, esto será tratado en extenso en el capítulo 3 de esta investigación.

¹³⁷ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 964, Foja N° 826, Concepción 21 de octubre de 1897, Memoria del Manicomio de Concepción.

Cuadro N°2
Presupuesto para el Manicomio de Concepción 1894.¹³⁸

Gastos de la Institución	Montos Asignados
<i>Partida 1 Sueldos</i>	\$ 14.820
Sueldo de un médico director	5.000
Item II Id de un sub-administrador (ecónomo)	1.200
Item III Id de dos mayordomos con \$ 800 c/u	1.600
Item IV Id de trece cuidadores con \$ 240 c/u	3.120
Item V Id de cinco id especiales con \$300	1.500
Item VI Id de dos nocturnos con \$240	480
Item VII Id de dos enfermeros con \$ 300	600
Ítem VIII Id del practicante boticario	720
Ítem IX Id del escribiente estadístico	600
<i>Partida 2 Alimentación</i>	\$12.000
<i>Partida 3 Vestido</i>	8.800
<i>Partida 4 Luz i lumbre</i>	3.400
<i>Partida 5 Botica</i>	1.000
TOTAL	\$ 40.020

Cabe considerar que en la práctica, la propuesta del Dr. Beca no logró concretarse en su totalidad especialmente en lo referente al cargo de médico director. Frente a esto se puede plantear como hipótesis lo siguiente: Creemos que la creación del cargo de médico director generaría una oposición al interior de la Junta de Beneficencia de Concepción, dado que éste tipo de administración atentaría contra el funcionamiento de dicha Junta, por dos motivos centrales, por un lado se produciría una desvinculación entre ésta y el nuevo manicomio, ya que el administrador no necesariamente tendría que ser integrante de la Beneficencia, y por otro, afectaría las bases de este tipo de instituciones, donde las ideas de caridad y filantropía no posibilitaban la adquisición de un sueldo para las personas que administraban éste tipo de establecimientos.

Finalmente, cabe dar cuenta de los funcionarios que cumplieron responsabilidades al interior del Manicomio, entre los años 1895-1896. Así, para al cargo de médico se eligió al Dr. Moisés Cruz Quintanilla,¹³⁹ al cual se le asignó un sueldo anual de dos mil pesos. En

¹³⁸ Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento de...*, p.2. En el cuadro damos a conocer sólo las especificaciones de la partida n° 1 referente a los sueldos de los funcionarios de la institución, para el caso de los otros gastos consideramos sólo sus totales.

¹³⁹ Para una breve biografía del Dr. Moisés Cruz, véase el estudio de: Enrique Laval, *Noticias sobre los médicos en Chile en el Siglo XIX*, Editorial Historia Médica, Santiago, 1972. pp. 158-159.

el informe del Dr. Beca se planteaba que “como no pasaría de doscientos, por ahora, el número de asilados i entre ellos habría un tanto por ciento crecido de incurables o crónicos, un sólo médico bastaría para la atención de ellos,”¹⁴⁰ se entiende con esto, que el número de médicos estaría supeditado a la cantidad de pacientes curables que tendría ésta nueva institución.¹⁴¹ Otro funcionario, era el administrador-ecónomo cuyo nombre era, Guillermo Veliz, éste tenía un sueldo anual de mil quinientos pesos. Para el Dr. Beca, estaría encargado de “la provisión de la casa, de la inversión de fondos detallados i del cumplimiento de las obligaciones que estas incumbieren” por último, asume como encargado de la estadística el Sr. Benjamín Monrroy, al que se le asignó un sueldo anual de mil doscientos pesos.

Para el caso de los empleados subalternos cuya función estaría en la vigilancia y el traslado de insanos desde Concepción a Santiago, hemos tenido acceso a la información para año 1896, siendo, dos mayordomos con seiscientos pesos cada uno, y doce guardianes con cuatrocientos veinte pesos cada uno.

El Manicomio de Concepción estaba ya en octubre de 1895 en condiciones para prestar sus servicios, esto determinó que el Ministerio del Interior debía decidir que autoridad se haría cargo de dicha institución, con fecha 2 de octubre de 1895 se decide entregar el manicomio “a la vigilancia i dirección de la Junta de Beneficencia de esa ciudad.”¹⁴² Este último punto a nuestro parecer no puede ser tomado a la ligera, dado que como vimos anteriormente era precisamente la Junta de Beneficencia de Santiago la que estaba permitiendo una mayor participación de los médicos al interior de la Casa de Orates. Para el caso de la junta de Beneficencia de Concepción nosotros planteamos anteriormente la imposibilidad de concebir una dirección médica desvinculada de la Beneficencia, sin embargo, en la ciudad de Concepción el Dr. Nicanor Allende cumplía funciones como administrador de los hospitales,¹⁴³ situación que favorecería la propuesta hecha por el Dr.

¹⁴⁰ Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento de...*, foja s/n.

¹⁴¹ La relación del Manicomio de Concepción con los enfermos incurables o dementes, es tratada en el capítulo 3 y 4 de esta investigación.

¹⁴² *Anuario del Ministro del Interior...*, p. 342.

¹⁴³ Nicanor Allende, *Memoria presentada a la Junta de Beneficencia por el administrador de los hospitales de Concepción*, Imp. Ercilla, Concepción, 1897

Beca respecto a la instalación del nuevo manicomio en Concepción, señalando que, “la dirección inmediata del establecimiento estaría confiada a un médico.”¹⁴⁴

Hemos comprobado que el primer administrador del manicomio de Concepción fue justamente un médico, situación totalmente distinta a lo que se había llevado a cabo en Santiago, donde, para el mismo período cumplía dichas funciones administrativas el abogado Pedro Montt.¹⁴⁵ El paso de una administración lega a una médica en la ciudad de Santiago deberá esperar hasta 1932, cuando asume ese cargo el Dr. Jerónimo Letelier Grez.¹⁴⁶ Podemos decir entonces, que el primer director médico de una institución para enajenados en Chile fue el Dr. Manuel Desiderio Sanhueza Novoa, el cual fue nombrado por el Gobierno como integrante de la Junta de Beneficencia Concepción, en 1895¹⁴⁷ asumiendo el mismo año el cargo de administrador provisorio del manicomio, para ser luego ratificado por el Gobierno en el año 1896, teniendo como sub-administrador a Don. Tomas Menchaca.¹⁴⁸

El Dr. Manuel. Sanhueza, estuvo en el cargo de administrador entre el 19 de octubre de 1895 hasta el 16 de marzo del año 1897. Frente a lo anterior, podemos mantener lo que hemos venido diciendo hasta aquí, que la dirección médica y la creación de nuevos manicomios son el resultado de la constitución de un nuevo poder médico que se dio entre 1891-1896, donde la figura del Dr. Manuel 2° Beca, es clave, dado que se constituye como el gestor intelectual de una reforma asistencial de la locura en Chile.

No sabemos la razón por la cual la dirección médica del manicomio de Concepción sólo duro un año y seis meses, pero si hemos podido concluir que dicha reforma existió mucho antes que se llevara a cabo en Santiago. A modo de hipótesis, creemos que la corta

¹⁴⁴ Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento...*, foja s/n

¹⁴⁵ Pedro Montt será administrador de la Casa de Orates, entre 1894-1906, convirtiéndose luego en Presidente de Chile en el período que va entre los años 1906-1910.

¹⁴⁶ Enrique Escobar, “El primer Médico Director de la Casa de Orates Jerónimo Letelier Grez (1873-1934)” en *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 2005, Santiago, N° 43, 239-242

¹⁴⁷ “Con fecha del 11 de enero del pte. año un decreto del Supremo Gobierno, por el que acepta la renuncia que ha hecho Don Juan B. Henríquez de miembro de la Junta de Beneficencia, i nombra en su lugar a Manuel D. Sanhueza.

Por la 4° de la fecha 12 de enero del pste. año el señor Manuel D. Sanhueza con motivo de haber sido nombrado miembro de la H. Junta de Beneficencia hace renuncia del empleo de médico del Hospital de mujeres.” *Sala Chile Universidad de Concepción (SCHUC)*, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 3, 1892-1897, foja 167-168 sesiones del 28 de marzo de 1895.

¹⁴⁸ Cabe aclarar que el cargo de sub-administrador ecónomo no es lo mismo que el sub-administrador nombrado por la Junta de Beneficencia Concepción.

duración de este tipo de administración se pudo deber a que no existiría un respaldo legal que avalara la permanencia de una dirección médica en este tipo de instituciones, pensamos que esto pudo generar en la práctica una inestabilidad en la mantención en dicho puesto, debido a que seguía siendo decisión de la Junta de Beneficencia la remoción y colocación en el cargo de administrador (ver cuadro N°2).

Hemos dado cuenta de los elementos que posibilitaron la emergencia de un poder médico con la capacidad de establecer una reforma de la institucionalidad manicomial. Lo que implicó en la práctica tanto la creación del cargo de médico director como la organización de nuevos establecimientos en Santiago y Concepción, proceso modernizador que tuvo por sentido implementar un tratamiento científico de la locura en Chile, frente al estado deplorable en que se encontraba la Casa de Orates a fines del siglo XIX.

Cuadro N° 2.

Administradores y Sub-administradores del Manicomio en la ciudad de Concepción.¹⁴⁹

Administrador	Período en el cargo	Sub-administrador	Período en el cargo
Manuel D. Sanhueza	Del 19 de oct. de 1895 al 16 de mar. 1897	Tomás Menchaca	Del 13 de oct. de 1896 al 16 de mar. de 1897
Tomás Menchaca	Del 16 de mar. de 1897 al 22 de sept. 1897	Alfredo E. Unna	Del 16 de mar. de 1897 *
		Nicasio Zulaica	Del 10 de mayo de 1897 al 14 de ene. de 1897
Nicasio Zulaica	Del 22 de sept. de 1897 al 14 de ene. de 1899	Pedro Villa Nova	Del 22 de sep. de 1897 al 14 de ene. de 1899
Benjamín Errázuriz	Del 14 de ene. de 1899 al 10 de may. de 1899	José Tomás García	Del 14 de ene. de 1899 al 19 de mar. de 1902
Fidel Cabrera	Del 10 de may. de 1899 (nuevo período) Del 15 de abr. de 1902 al 6 de may. de 1905	Belisario Campo	Del 19 de mar. de 1902 al 6 de may. de 1905
Pedro L. Zañartu	Del 6 de may. de 1905 (nuevo período)	Belisario Campo	Del 6 de may. de 1905 (nuevo período)

¹⁴⁹ Cuadro de elaboración propia, construido con los datos suministrados por: SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción Vol. 3, 1892-1897; Vol. 4, 1898-1903; Vol. 5, 1902-1910; Vol. 6, 1910-1916, Vol. 7, 1916-1919, Vol. 8, 1919-1922. Para el caso del año 1925 se consultó: ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1462, Concepción 28 de marzo de 1925, foja s/n.

Los (*) hacen referencia a la carencia de datos más completos respecto al período de duración en el cargo de administrador y sub-administrador.

Los nombres destacados en negrita, hacen referencia a los médicos integrantes de la Junta de Beneficencia de Concepción que cumplieron funciones administrativas en el Manicomio.

	Del 22 de may. de 1908 al 22 de jun. de 1909		Del 22 de may. de 1908 al 22 de jun. de 1909
Benito Binimelis	Del 20 de jul. de 1909*	Carlos Fernández René Ríos	Del 20 de jul. De 1909* Renuncia el 22 de jul. De 1914*
Benito Binimelis	Del 26 de ago. de 1918	Félix Larenas	Del 12 de sep. de 1918 al 12 de sep. de 1921
Benito Binimelis	Del 27 de ago. de 1921	René Ríos	De sep. de 1921*
Benito Binimelis	Marzo de 1925*		

Capítulo II. La Beneficencia, los asilos para enajenados y su relación con la transformación del Estado en Chile.

La finalidad de la asistencia, ya se trate de enfermos mentales o de otras poblaciones abandonadas en el camino del “progreso”, es siempre la preservación del orden social o ideológico, dispensando a los más desheredados unos socorros que deben mantener o restaurar su dependencia respecto a ese orden.

Robert Castel. *El orden psiquiátrico*.

- El Estado guardián y las instituciones para enajenados.

Liberalismo, Estado guardián y la noción de moralización en el asilo.

Si entendemos que el Estado puede ser concebido, como una asociación política que rige un territorio dado y como organización determina cómo se desarrollarán las relaciones de poder entre los diversos sectores de la sociedad.¹⁵⁰ Se hace necesario considerar qué tipo de relación se estableció entre la adopción de un modelo liberal de desarrollo, que representaba los intereses de la elite gobernante, y la consecuente organización de un Estado guardián.

Para poder comprender lo anterior, debemos definir qué significa el liberalismo, éste presentaría un doble carácter, por un lado, se buscaba una diferenciación con lo que había sido el Antiguo Régimen y por otro, dio las bases de lo que sería un nuevo orden social. Tomando así la forma de un verdadero proyecto social, que buscaba establecer un nuevo modo de organización, estableciendo en la práctica tanto un mercado libre, como también, un gobierno representativo.¹⁵¹

Desde los inicios del republicanismo chileno, se optó por un modelo liberal, especialmente en lo que se refiere a los aspectos económicos, practicándose de este modo,

¹⁵⁰ Luis Barros y Ximena Vergara, “Los grandes rasgos de la evolución del Estado en Chile: 1820-1925”, en *Revista Estudios Sociales*, N° 5, Santiago, mayo de 1975. pp. 134-135.

¹⁵¹ *Ibíd.* p. 141

un *desarrollo hacia afuera* que daba plena “ciudadanía económica” a países como Estados Unidos e Inglaterra.¹⁵² El problema radicaba en la posibilidad de establecer un sistema político representativo, el que no era bien visto por los personeros del conservadurismo chileno, esto determinó que se estableciera un sistema autoritario claramente excluyente, que dejaba fuera no sólo a un amplio sector de la oligarquía, sino también a las capas sociales mas bajas de la sociedad.

La reforma política propiciada por el liberalismo chileno desde 1861, buscó generar un espacio de participación política a grupos oligárquicos que habían sido excluidos durante el período conservador, ahora la base del sistema liberal como oposición al autoritarismo, tendrá como centro el principio de representatividad el que “presupone que la autoridad ejecutiva está legalmente supeditada a las bases sociales que participan en su designación y que, en última instancia, la sustentan.”¹⁵³

Es importante constatar que desde el punto de vista social, el liberalismo no pasó de ser un declaración de principios, la sociedad chilena siguió siendo oligárquica y excluyente independiente de su adhesión al concepto de igualdad.¹⁵⁴ Además, como nos dice Gabriel Salazar, predominó un discurso del orden, que escondía un sub-discurso discriminatorio hacia los sectores mas desposeídos de la sociedad, institucionalizando así una *diferenciación hacia adentro*.¹⁵⁵

Es posible plantear que la exclusión tomó principalmente cuatro formas durante el siglo XIX y principios del XX. Por un lado, se dio una *exclusión social*, que se caracterizó por un discurso oligárquico, que planteaba una diferencia entre los conceptos de “sociedad,” y “pueblo” los cuales ratificaban nociones de superioridad (elite) e inferioridad (sectores populares), asimismo, hubo una *exclusión política*, que se relacionaba con la monopolización del Estado por parte de la elite, en este mismo sentido, se produjo una *exclusión administrativa*, donde la administración pública, fue concebida como una especie

¹⁵² Gabriel Salazar y Julio Pinto, *Historia contemporánea de Chile*, LOM, Santiago, 1999. Tomo I. p 36.

¹⁵³ Luis Barros y Ximena Vergara, “Los grandes rasgos de la evolución”...., p. 133

¹⁵⁴ *Ibid.* p. 142

¹⁵⁵ Gabriel Salazar y Julio Pinto, *Historia contemporánea*..., p.135

de botín para la oligarquía y ,por último, *la exclusión legal* la cual daba respaldo legal a las otras tres formas de exclusión, permitiendo así su reproducción.¹⁵⁶

El liberalismo requería que el Estado se constituyera como un organismo pasivo en el ámbito económico, esto significaba que no debía estorbar el desarrollo de la iniciativa individual. En éste sentido el gobernante debía sólo guiar, dirigir y presidir.¹⁵⁷ Podemos preguntarnos entonces, qué impacto social podía tener esta concepción doctrinaria, entendiendo que el sistema político, económico y social era claramente excluyente.

Las formas de exclusión eran el resultado de la organización de un Estado guardián del orden, el cual puede ser resumido a través de la conocida frase liberal “laissez faire, laissez passer,”¹⁵⁸ esta forma de gobierno se mantendrá durante todo el siglo XIX y como veremos, funcionará en la ciudad de Concepción en forma paralela al Estado Asistencial por lo menos hasta 1926.

Pero cabe preguntarse ¿qué es finalmente el Estado guardián?, los sociólogos Luis Barros y Ximena Vergara nos aproximan al concepto:

*“Debe administrar justicia, velar por el cumplimiento de las sentencias judiciales, disponer de fuerzas armadas y policiales para asegurar tanto la paz interna como el resguardo de sus fronteras, construir caminos y levantar redes de comunicación, así como recolectar los tributos necesarios para financiar todas estas actividades (...) [a su vez] no se preocupa de los niveles de salud y educación.”*¹⁵⁹

Frente a lo anterior, podemos decir que esta forma de concebir el Estado buscaba mantener finalmente el orden en la población, con lo cual, una serie de instituciones como por ejemplo: la policía, las cárceles y asilos para enajenados, se convirtieron en garantes de un proyecto de “defensa social”, una especie de enemigo interno que debía ser moralizado y disciplinado en beneficio de la sociedad.

Andrew Scull, señala que con frecuencia se sugiere que el cambio hacia modos institucionales en el manejo de la desviación, no sería más que una respuesta casi

¹⁵⁶ Enrique Fernández, *Estado y Sociedad en Chile, 1891-1931. El Estado Excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*, LOM, Santiago, 2003, pp. 28-66

¹⁵⁷ Julio Heise, *150 años de evolución institucional*, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1990 [1960]. p. 128

¹⁵⁸ Luis Barros y Ximena Vergara, “Los grandes rasgos de la evolución”...., p. 148

¹⁵⁹ *Ibíd.* p. 148. Los corchetes son nuestros.

automática a las realidades de la vida en una sociedad urbano-industrial. El problema de tal relato mecanicista estribaría en que no existiría una conexión clara entre el aumento de los manicomios y el crecimiento de las grandes ciudades. Frente a lo anterior, la principal fuerza impulsora detrás de la aparición de una respuesta segregativa de la locura (y otras formas de desviación) se encontraría en los efectos directos e indirectos de la aplicación de una economía capitalista de mercado.¹⁶⁰

Es interesante considerar que desde aproximadamente la segunda mitad del siglo XIX, la noción de progreso o modernización es tomada por el Estado guardián, lo que determinará un interés especial por construir y mantener instituciones, que vendrían a regenerar a través de un sistema correccional a los delincuentes y sanar a través de una terapéutica a los locos. A estos dos sujetos sociales podemos concebirlos como verdaderos símbolos de marginalidad social, compartiendo el epíteto de ser un peligro para la sociedad.

Así tenemos que en 1843 entra en funcionamiento la Penitenciaría de Santiago¹⁶¹ y en 1852 la Casa de Orates de Santiago, en los dos casos anteriores es posible reconocer que el Estado aporta significativamente con los recursos económicos para construir edificios y costear gran parte de sus respectivos presupuestos. Situación que no era común, por lo menos, para las instituciones de beneficencia.

Siguiendo la idea anterior, Pablo Camus plantea que la ley del 31 de julio de 1856, que reglamentó el funcionamiento de las Casas de Locos en Chile, pretendió afianzar dos principios fundamentales: por un lado la libertad personal, y por otro la protección del interés y tranquilidad social,¹⁶² o sea, la defensa de la sociedad.

Lo que hemos venido diciendo hasta acá, no significa que el Estado haya promovido la creación de la Casa de Orates como una cárcel para los locos, sino, que la lógica que hay detrás de la creación, tanto de las cárceles, como de los asilos para enajenados se

¹⁶⁰ Andrew Scull, *Social Order / Mental Disorder...*, pp. 216-217.

¹⁶¹ “Entre los años 1843 y 1853, el Presupuesto General de la Nación, y dentro de él la parte destinada al Ministerio de Justicia en lo concerniente a la construcción y compra de materiales para la Cárcel Penitenciaria, contempló sumas que fluctuaban entre los 50 mil y 20 mil pesos, en circunstancias que la cantidad desembolsada para mantener el resto de las cárceles del país era claramente menor.” Marco León, *Encierro y Corrección. La configuración de un sistema de prisiones en Chile (1800-1911)*, Ediciones Universidad Central de Chile, Santiago, 2003. Tomo II. pp. 430. También se puede consultar: Jaime Cisternas: *Historia de la cárcel penitenciaria de Santiago, 1847-1887*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1997. pp. 148.

¹⁶² Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 103

fundamenta de igual modo en las ideas de defensa social, o sea, en la mantención del orden moral y social en la población, lo que traía como consecuencia la necesidad de contar con espacio de intervención (instituciones) para los criminales y locos. Es importante aclarar que el asilo es concebido por el Estado como una institución de beneficencia, por ende, de carácter hospitalario-asistencial, ahí radica el hecho de que sea el Ministerio del Interior y no el de Justicia el que vele por su correcto funcionamiento durante el siglo XIX y las primeras dos décadas del siglo XX.¹⁶³

Teniendo claro lo anterior, es fundamental recordar que el asilo a diferencia de otras *instituciones totales* se encontraría marcado por la presencia del médico. Lo cual para el caso chileno data desde 1854 cuando Lorenzo Sazie, asume funciones al interior de la Casa de Orates dando inicio a un incipiente proceso de *medicalización de la locura en Chile* que sería luego respaldado por medio de la ley de Casas de Locos del año 1856, en la que se establece, tanto un espacio de intervención (el asilo), como también una autoridad a cargo de su tratamiento (el médico alienista). Cabe reconocer que en la práctica, el funcionamiento de la Casa de Orates, junto con sus formas de tratamiento tanto moral como físico, fue bastante marginal por lo menos en sus primeros 20 años, siendo más bien, la institución familiar la que se hizo cargo mayoritariamente de la locura en dicha período, participando incluso en la construcción de la figura del loco como enfermo mental.¹⁶⁴ De todas formas, esto último no elimina el interés estatal por mantener éste tipo de instituciones, es más, con el tiempo es reforzada a través de un aumento de la presencia médica al interior del asilo, junto con la creación de nuevos manicomios, reformas que buscaban de una a otra manera transformar bajo el prisma de la ciencia el sistema terapéutico-asistencial de la locura en Chile.

La forma de moralización que se busca establecer en los asilos para enajenados es justamente el tratamiento, el cual, busca recuperar para la sociedad ese sujeto (loco) que se encuentra perdido en la irracionalidad, la idea era siempre contar con una institución que lograra curar la “enfermedad mental”, en base a esto último se organizarán las reformas durante los siglos XIX y XX. En este mismo sentido, se diferenciarán instituciones tanto

¹⁶³ Desde 1924 las instituciones para enajenados fueron controladas por el Ministerio de Higiene, Asistencia Social y Trabajo.

¹⁶⁴ María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., pp.1-20.

para enajenados curables e incurables, donde la preocupación estatal se centró en los primeros, lo cual, se puede apreciar en el hecho de que el Estado guardián no tuvo una preocupación especial por los hospicios, los cuales también eran una institución de beneficencia al igual que el asilo para enajenados, y cumplían la función de absorber en forma intermitente pero constante una serie de incurables como eran los dementes, fatuos y epilépticos.¹⁶⁵ Con esto, podemos caracterizar otra idea de este tipo Estado, siendo precisamente el de ver al otro marginal como un individuo que puede ser recuperado para la sociedad. Bajo esta idea compartimos lo planteado por Rafael Huertas cuando dice que: “el loco se ve sometido, gracias a las aparentes posibilidades del tratamiento moral, al intento de incorporación al proceso productivo. Por eso se les libera de sus cadenas, por eso se les separa de los criminales y por eso los asilos para ellos destinados se convierten en instituciones terapéuticas de moralización e integración social.”¹⁶⁶

Elementos que hacen del asilo para enajenados una institución especial

Es fundamental identificar cuáles son esos elementos desde el punto de vista del Estado Guardián. Como señalamos, éste no se interesa por los problemas ligados a la salud de la población, o sea, no presenta una gran preocupación por las instituciones de beneficencia, y como es sabido, la Casa de Orates desde que entró en funcionamiento fue concebida como una institución que estaría sujeta a las mismas leyes y privilegios que las instituciones de beneficencia.¹⁶⁷

Podemos plantearnos la siguiente pregunta ¿En qué sentido los asilos para enajenados se convierten en instituciones de beneficencia con un carácter especial, desde la óptica del Estado guardián?

Nosotros hemos considerado tres elementos principales que desarrollaremos a continuación.

El primer elemento a considerar, es la creación de una Junta Directiva especial para la Casa de Orates, la cual debía velar por su administración, dirección y vigilancia,

¹⁶⁵ Esto es tratado en extenso en el capítulo 4 de esta investigación.

¹⁶⁶ Rafael Huertas, *Del manicomio a la salud...*, p. 30.

¹⁶⁷ *Actas de la Junta Directiva...*, p. 385. Ministerio del Interior, Santiago 25 de setiembre de 1852 “siendo este uno de los establecimientos de beneficencia quedará desde ahora sujeto como ellos a las mismas leyes i gozará de iguales exenciones i privilegios”

funcionando de forma semejante y paralela a las Juntas de Beneficencia. Ya desde la fundación de la Casa en 1852 se planteaba la necesidad de contar con una Junta especial, es por ello que el Intendente de Santiago, Francisco Ángel Ramírez, el 15 de septiembre de 1852 haría notar al Ministerio del Interior, lo siguiente:

*“Creo necesario hacer presente a US. Que para el buen rejimen de la Casa, conviene que esta tenga una administración especial; para lo cual sería de desear que se nombrase una comisión de personas dignas i que ella tuviese la facultad de designar las funciones que a cada uno de sus miembros debe ejercer en el establecimiento.”*¹⁶⁸

La respuesta del gobierno consistió en aprobar dicha reforma, con lo cual a través de un decreto supremo del día 4 de octubre de 1852, se consolida la creación de esta Junta Directiva especial la que estaría compuesta por 5 miembros (ninguno de ellos médico).

Lo anteriormente descrito fue reforzado cuando en 1886 se aprobó el Reglamento para las Juntas de Beneficencia, el cual venía a uniformar y centralizar su funcionamiento. Lo interesante es que en su artículo número 32 se dejaba fuera de esta reglamentación a la Casa de Orates de Santiago, manteniéndose la idea de una Junta Directiva especial. Compartimos con el historiador Pablo Camus que dicha situación antes descrita venía a confirmar el carácter especial del asilo.¹⁶⁹

Es importante decir que esta Junta Directiva duró solamente hasta el año 1891. La historiografía que hace referencia a la historia de la Casa de Orates no ha planteado hasta el momento alguna hipótesis explicativa del por qué la Junta de Gobierno que sucede al Presidente José Manuel Balmaceda decide a través de un decreto, del 27 de diciembre de 1891, someter a la Casa de Orates de Santiago a la vigilancia y dirección de la Junta de Beneficencia de la capital.¹⁷⁰

El desconocimiento de las razones por las cuales se termina esta Junta especial, no son incluso comprendidas por los contemporáneos a los hechos, situación apreciable en la

¹⁶⁸ *Ibíd.* p. 384

¹⁶⁹ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 133

¹⁷⁰ *Actas de la Junta Directiva...*, p. 382 “Art. 4.- queda derogado el art. 32 del decreto de 27 de enero de 1886, i en consecuencia, la Casa de Orates de Santiago quedará comprendida entre los establecimientos sometidos a la vigilancia i dirección de la Junta de Beneficencia de esta capital.”

sesión de la Cámara de Diputados del 9 de agosto de 1894, donde el diputado Corvalán Melgarejo, se planteaba en los siguientes términos al ministro del interior:

“No se por qué desde el año 1891 la administración de la Casa de Orates esta a cargo de la sociedad de beneficencia. Es un hecho de todos reconocido que esta sociedad esta compuesta de hombres abnegados, de verdaderos filántropos, pero que no pueden atender ese servicio con el conocimiento técnico y la preparación necesaria.”

*Es de esperar que el honorable Ministro del Interior, que ha manifestado tan buena voluntad para atender todos los servicios públicos, habrá de dedicarla a éste una atención preferente y nombre a la brevedad posible los cinco miembros de que debe constar la junta de vigilancia de la Casa de Orates.”*¹⁷¹

Unos años después de los comentarios expresados por el diputado Melgarejo, el Dr. Manuel 2° Beca se refería a la dirección y vigilancia de los asilos para los casos de Europa y Estados Unidos, lo cual permite entender que este tipo de “Juntas” eran bastante comunes en otras partes de Occidente. Así el Dr. Beca planteaba que:

*“En todo caso, cada asilo en el Estado o todos los asilos de un Estado tienen consejos, Juntas Directivas especiales encargadas de vigilar la marcha de la institución, procurar sus fondos, acordar las reformas, hacer los presupuestos, tomar cuenta i razón de entradas i gastos i propender al progreso del establecimiento.”*¹⁷²

La pregunta que nos podemos formular es la siguiente ¿Por qué se necesita una Junta especial? La respuesta la da precisamente el ministro del interior en la misma sesión en la cual el diputado Melgarejo reconocía la necesidad de restablecer la Junta Directiva. Así se refiere el ministro Mac-Iver:

“Es necesario a este respecto recordar que este servicio público es más que de caridad social, un deber del Estado en razón de seguridad y respeto público.”

¹⁷¹ BCNCh, Boletín de sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados en 1894. Tomo II. sesión del 9 de agosto de 1894. p. 772.

¹⁷² Manuel Beca, *Instituciones y servicios de enajenados en Europa i Estados Unidos*, Imprenta Nacional, Santiago, 1898. p. 370.

*El honorable Diputado me preguntaba u observaba que la constitución actual de la Casa de Orates es ilegal. En realidad, señor presidente, no he resuelto este punto, no sabría decir si es legal o ilegal; Pero adelanto la opinión de que estimo más conducente al mejoramiento de ese establecimiento que esté a cargo de una comisión técnica especial, que ha cargo de la junta de beneficencia que tiene tantos y tan diversos servicios que atender.”*¹⁷³

Con la cita anterior, queda explicado el carácter especial de los asilos para enajenados, situación claramente reflejada en las nociones de seguridad (orden) y respeto público (moral), o sea, un claro interés Estatal por la idea de defensa social, lo cual como hemos visto era una de las tareas principales del Estado guardián. En este mismo sentido, se reconoce que la Junta de Beneficencia no era la más apropiada para hacerse cargo de éste tipo de instituciones, ya que su función radicaba en hacerse cargo de la salud de la población y no de la defensa social.

Frente a todo esto, cabe la siguiente pregunta ¿Por qué la Junta de Beneficencia de Santiago terminó haciéndose cargo de la Casa de Orates a fines del siglo XIX? Como ya dijimos, ni la historiografía, ni tampoco las autoridades del gobierno nos han podido explicar tal situación. Nosotros queremos entonces aportar con una hipótesis que podría aclarar en parte lo antes dicho.

Lo primero a considerar, es que las condiciones en las que se encontraba la Casa de Orates en fechas previas a 1891 eran deplorables, los administradores de la Casa tenían como explicación el aumento considerable de insanos en la República, lo que hacía que el presupuesto de la Junta Directiva se hiciese cada año más insuficiente. Es por ello que en 1889, la Junta planteaba lo siguiente:

“Se acordó por unanimidad dirigirse al Supremo Gobierno manifestándole que la Junta estima de especial i urgente necesidad se sirva a recabar del Soberano Congreso aumente en sesenta i cinco mil pesos anuales la subvención asignada en la lei general de presupuesto para la Casa de Orates.

¹⁷³ BCNCh, Boletín de sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados en 1894. Tomo II. sesión del 9 de agosto de 1894. p 773. El subrayado es nuestro.

También se acordó manifestar al Supremo Gobierno que los establecimientos de enajenados que hai en la mayor parte de las capitales de los países de Europa i América cuentan ordinariamente con una subvención del Estado de cien mil pesos anuales para su mantenimiento i sólo con un número que rara vez excede de cuatrocientos asilados, pues la asistencia médica i de guardianes, la mantención i el vestuario hacen indispensable un gasto mucho más considerable en las casas de locos que en el que hai en los hospitales comunes i, sin embargo, ocurre entre nosotros que la Casa de Orates, encargada de recibir a todos los enfermos de la República, porque es el único establecimiento de su jénero, cuenta con menos recursos que cualquiera de los otros hospitales de Santiago”¹⁷⁴

Se puede desprender de la cita anterior, que la Casa de Orates se encontraba con graves problemas de financiamiento, lo cual redundaba en dificultades para asistir el crecido número de enajenados que concurrían al asilo. Además se reconocía que la Junta de Beneficencia lograba obtener mayor cantidad de recursos dado que los hospitales contaban con un presupuesto superior al asilo. Es fundamental considerar que el Estado aprobó el aumento presupuestario para esta institución, situación apreciable al ver el cuadro N° 3, el cual nos muestra que el presupuesto para 1891 era de \$ 91.857,69.¹⁷⁵

Cuadro N° 3
Presupuesto de la casa de Orates para 1891 ¹⁷⁶

Entradas	Monto
Asignación Fiscal	65.000
Recursos obtenidos por la Junta Directiva	26.857,69
Total	91.857,69

Se puede apreciar también en el cuadro N°3, que las entradas fiscales exceden en forma considerable a las aportadas por la caridad privada, (recursos obtenidos por la Junta Directiva) con esto podemos reforzar la idea de que el Estado era el que financiaba en gran

¹⁷⁴ *Actas de la Junta Directiva...*, p. 349

¹⁷⁵ *Ibíd.* p. 371

¹⁷⁶ *Ibíd.*

parte este tipo de instituciones, a diferencia de las Juntas de Beneficencia donde el aporte estatal era considerablemente menor.

Nosotros creemos, que el paso de la Junta Directiva a la Junta de Beneficencia se dio por una cuestión de tipo presupuestaria, esto se puede reconocer al ver cuadro N° 4 relativo al presupuesto de la Junta de Beneficencia de Santiago para 1898.

Cuadro N° 4
Presupuesto de la Junta de Beneficencia de Santiago 1898 ¹⁷⁷

Entrada Calculada	Instituciones de Beneficencia	Gasto en 1898
100.580	Hospital de S. Juan de Dios	100.580
159.709,55	“ de S. Fco. De Borja	159.709,55
23.818, 43	Casa de Maternidad	23.818, 43
166.053, 54	H. de S. Vicente de P.	172.004
30.000	“ “ sec. De mujeres	30.000
55.572,05	Hosp. del Salvador	55.572,05
13.036,67	“ de S. José	13.036,67
150.423,19	Casa de Huérfanos	150.423,19
48.195	Talleres de la C. de Huérfanos	48.195
96.929	Hospicio	98.929
235.807,69	Casa de Orates	235.807,69
35.180,46	Tesorería	27.230
142.143,11	Cementerio	142.143,11
\$1.275.448,69	Total	\$1.275.448,69

A través del cuadro N° 4, se puede reconocer un aumento considerable en el presupuesto de la Casa de Orates, el cual para 1898 era de 235.807,69, superando con creces el presupuesto de 1891, además se aprecia que el asilo es la institución de beneficencia con el presupuesto más elevado, situación opuesta a lo que se daba en 1889. Esto se puede explicar porque las Juntas de Beneficencia cubrían sus necesidades mayoritariamente con los aportes de la caridad privada, ahora la Casa de Orates podrá beneficiarse de estas erogaciones particulares en una forma mucho más masiva que con la anterior Junta Directiva, además de contar con un considerable aporte estatal.

¹⁷⁷ Museo de Historia de la Medicina Universidad de Chile (MHMUCh), Archivo de la Junta de Beneficencia de Santiago 1897-1901, Vol. 11, sesión 29 de noviembre de 1897, foja 56 y 57

Un segundo elemento a considerar respecto al interés especial que tiene el Estado guardián por el asilo, estaría constituido por la construcción y reforma de las instituciones para enajenados en Chile.

La Casa Orates a sólo dos años de su creación se encontraba en muy malas condiciones,¹⁷⁸ donde se podía apreciar su carácter poco hospitalario pareciendo más un centro de detención que uno de curación.¹⁷⁹ Por esto, el Presidente de la Junta Directiva, el Presbítero Juan B. Ugarte, termina tomando la siguiente resolución:

*“Mi insuficiencia por otra parte i la falta de descanso para la dirección formal de un establecimiento que corresponda al rol que desempeña nuestra Nación entre las mejor civilizadas, me impiden también tener valor para permanecer un solo día más al frente de los mismos infelices de mis semejantes, hacinados cual inmundos cerdos en un rincón de la República, i en peor estado que los mas infames criminales.”*¹⁸⁰

La respuesta del Gobierno consistió en transformar la institución, lo cual no pasaba sólo por un nuevo edificio, sino también tenía que ver con una presencia médica que le diera al establecimiento un aspecto más hospitalario. Por esto el Presidente Manuel Montt el 1 de junio de 1854, decía al Congreso Nacional, lo siguiente:

*“La Casa de Locos necesita una protección eficaz. Planteada sin elementos bastantes i en un local poco adecuado, en extremo deficientes para las necesidades. Cuento con vuestra cooperación para sacarla de la situación en que se halla, i convertirla en verdadero hospital que reúna las condiciones que exija la curación de tan lamentable enfermedad”*¹⁸¹

Frente a lo anterior, Pablo Camus nos plantea que la idea del presidente Montt era afianzar y consolidar este establecimiento como una institución indispensable para la organización del país. Dicha situación es reconocible por el hecho de que el Gobierno no financiaba la construcción de establecimientos hospitalarios, esto significaba en la práctica

¹⁷⁸ “El establecimiento demanda serios i asiduos cuidados en el deplorable estado en que se encuentra i sin comprometer mi existencia o cuando menos mi delicadeza, espuesta a ser el blanco de una crítica mordaz, no menos que razonable, me es imposible continuar por más tiempo ejerciendo este cargo desesperante” *Actas de la Junta Directiva...*, p. 401.

¹⁷⁹ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., p. 99.

¹⁸⁰ *Actas de la Junta Directiva...*, p. 401.

¹⁸¹ *Ibíd.* p. VI

que la Casa de Orates se constituía en una institución especial para el Estado lo que determinaba a su vez una mayor dependencia a éste.¹⁸²

La anteriormente descrito, es apreciable no sólo en la etapa fundacional a la que ya hicimos alusión, sino también en el período que nosotros abordamos en esta investigación (1891-1896),¹⁸³ específicamente cuando nos hemos referido al afán reformista que se dio al interior de la Junta de Beneficencia, donde los médicos van tomando una mayor preponderancia respecto a las reformas necesarias que requería el único establecimiento para tratar las enajenaciones mentales en Chile, es por esto, que tanto la Junta de Beneficencia, el Gobierno, los médicos y la opinión pública hacían notar el estado de abandono en que se encontraba la Casa de Orates. Se optó finalmente por crear dos instituciones para asistir a los enfermos mentales, por un lado un Manicomio Nacional en la ciudad de Santiago, que tendría una comisión compuesta por el médico de la Casa de Orates Manuel 2° Beca, junto a Guillermo del Sol y el ingeniero Carlos Barroilhet, y por otro, el Ministerio del Interior le solicitó al Dr. Beca que visitara algunas ciudades del sur de Chile, debiendo enviar un informe sobre el estado general de éstas, proponiendo a su vez cuál de ellas era la más apropiada para un nuevo manicomio regional.¹⁸⁴

Se hizo necesario crear entonces dos nuevas instituciones, donde el aporte estatal debía cumplir un rol fundamental. Es en este sentido que la Junta de Beneficencia de Santiago se refiere a la construcción del nuevo Manicomio Nacional, en su sesión del 26 de junio de 1893, acordando lo siguiente:

“1° aprobar el informe presentado debiendo la misma comisión someter a la consideración de la Junta en una de las sesiones siguientes un estudio sobre el local que estime adecuado para la construcción del nuevo Manicomio y

2° hacer presente al Supremo Gobierno que para llevar a cabo aquella obra la Junta espera su cooperación, pues en la venta de las propiedades que dicha casa posee en la avenida del cementerio, en la calle de la Compañía y en San Bernardo, estima que por de pronto sólo podrá

¹⁸² Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 100-101

¹⁸³ Hacemos referencia al capítulo 1 de esta investigación.

¹⁸⁴ Esto fue planteado en el capítulo 1 de esta investigación.

reunir la cantidad de 100.000 suma del todo insuficiente para la construcción del edificio indicado.”¹⁸⁵

De la cita anterior, se puede desprender que la Junta de Beneficencia de Santiago será la encargada de generar la reforma al interior de la Casa de Orates, considerando que la Junta Directiva especial no pudo concretar un cambio real de las malas condiciones en la que se encontraba, es así que el período 1891-1896 puede ser concebido como una nueva etapa fundacional respecto a las instituciones para enajenados en Chile,¹⁸⁶ dado que posibilitó por un lado, una mayor participación del elemento médico y su respectivo discurso científico, junto con permitir la creación de una nueva infraestructura asilar. Así también, la Junta de Beneficencia reconoce la necesidad de construir un nuevo manicomio, pero se ve imposibilitada a financiarla por sí sola, es por ello que pide el apoyo al Gobierno el cual sigue siendo reticente en financiar instituciones de salud, pero como dijimos la Casa de Orates tiene un carácter especial.

Los problemas que se estaban dando al interior de la Casa de Orates no fueron ajenos a la discusión parlamentaria, situación apreciable al revisar los *Boletines de Sesiones de las Cámaras de Diputados y del Senado*. En ésta última, fue donde se llevaron a cabo las discusiones mas prolongadas sobre la materia. Si tomamos por ejemplo el año 1893, el problema radicaba en que la Junta todavía no presentaba al Congreso ni los planos ni el presupuesto que se iba a requerir para concretar la construcción del nuevo Manicomio Nacional, además, la Junta solicitaba constantemente nuevos recursos para ensanchar la propia Casa de Orates, esto generaba ciertas resistencias de algunos Senadores los cuales veían que la construcción de dicho establecimiento requeriría un aporte inicial relativamente bajo, pero con los años, los costos del edificio aumentarían considerablemente.¹⁸⁷ Uno de los Senadores que defendió la posibilidad de construir lo antes posible el nuevo manicomio, fue Ramón Barros Luco, el cual se refería sobre este tema, en los siguientes términos:

¹⁸⁵ *MHMUCH*, Archivo de la Junta de Beneficencia de Santiago 1892-1894, Volumen 8, foja 239.

¹⁸⁶ Hacemos referencia al capítulo 1 de esta investigación.

¹⁸⁷ “*Ahora no se trata de cuantas camas es necesario instalar sino de una nueva construcción para lo cual se pide al Estado que contribuya desde luego con la suma de 60,000 pesos y más tarde con otras sumas que pueden llegar hasta 1.500,000 pesos sin contar los parques y jardines*”. *BCNCh*, Boletín de sesiones extraordinarias de la Cámara del Senado, Imprenta Nacional, Santiago, Tomo I, sesión del 20 de Octubre de 1893, p. 73.

“Es probable que, de los trescientos mil pesos en que se calcula el costo de la obra, la mitad, esto es, ciento cincuenta mil, sean dados por la Junta de Beneficencia, que posee en el mismo lugar en que se piensa levantar el nuevo edificio terrenos que no necesita y que puede enajenar en ciento cincuenta mil pesos. El Estado, por su parte, daría los otros ciento cincuenta mil, por terceras partes, en el espacio de tres años, que será lo que demore la construcción del edificio.

Por lo que hace a la necesidad que ahora se trata de llenar, la demora de un año mas en la construcción de la nueva Casa de Orates sería verdaderamente deplorable. (...) Así es que respetando las opiniones ajenas, creo por mi parte que, aunque sean cuatrocientos mil pesos o mas el nuevo edificio debe hacerse y el Estado auxiliar a la Junta de Beneficencia para este fin, dada la urgente necesidad de la obra que, hace ya tres o cuatro años, se ha pensado llevar a cabo, sin que hasta la fecha se haya puesto en ejecución, por que nunca han faltado inconvenientes.”¹⁸⁸

Finalmente el nuevo Manicomio Nacional inicio su construcción en 1894 con un financiamiento mixto entre la Junta de Beneficencia y el Gobierno. La situación fue un tanto distinta para el caso del Manicomio de Concepción dado que el aporte estatal fue completo, en este sentido, la discusión al interior del Senado estuvo caracterizada por la fuerte oposición a construir esta institución en la ciudad de Concepción, lo cual requirió que el ministro del interior interviniera en la discusión parlamentaria para explicar el por qué se había elegido, tanto esa ciudad, como también el edificio del Buen Pastor donde se establecería el nuevo manicomio. El ministro del interior explicaba que estas decisiones estaban abaladas por el informe del Dr. Manuel 2º Beca. Finalmente, los recursos solicitados fueron aprobados por el Senado de la siguiente manera:

“Las construcciones i reparaciones demandarán un gasto aproximado de 20,000 pesos i la instalación exigirá una suma no inferior a 30,000 pesos, lo que da un total de 50,000 pesos, que, agregado a los 85,000 pesos a

¹⁸⁸ BCNCh, Boletín de sesiones extraordinarias de la Cámara del Senado..., sesión del 20 de Octubre de 1893. p. 71.

*que asciende el precio del edificio, forman la cantidad de 135,000 pesos”*¹⁸⁹

Una situación muy especial ocurrió unos años después en la ciudad de Concepción donde un millonario filántropo llamado, José Cardenio Avello, legó su fortuna a tres instituciones, siendo estas específicamente: la Junta de Beneficencia de Concepción, la Junta de Beneficencia de Santa Juana y el Obispado de Concepción.¹⁹⁰ Es interesante poder relatar lo ocurrido precisamente con la Junta de Beneficencia de Concepción, a la cual le correspondía un tercio de la herencia Avello. Se podría pensar que era precisamente ella la que debía decidir cómo se iban a repartir e invertir estos recursos entre las distintas instituciones de beneficencia de la ciudad. Lo que ocurrió finalmente, fue que el Gobierno decidió en 1915 invertir la suma de \$1.000.000 de pesos en la construcción de un manicomio modelo en la ciudad de Concepción, esto lo hizo a través de un decreto supremo sin consultarle a la respectiva Junta. La opinión al interior de la Junta de Beneficencia de Concepción era la siguiente:

“Siendo las Juntas de Beneficencia las herederas, son ellas las que debieran decidir la forma en que se invirtiera la herencia, ya que son ellas también las que de mas cerca conocen las necesidades de la región beneficiada.

*Como representante de la Junta ante el consejo no pude llevar allí sino la opinión de la mayoría de los miembros de la Junta, i en consecuencia, no pude aprobar esta construcción de un Manicomio para favorecer a los insanos de una gran parte de la República, cuando tiene conocimiento de que los establecimientos de Beneficencia dependientes de la Junta pasan por una verdadera crisis”*¹⁹¹

El Intendente de Concepción, el cual tenía dentro de sus atribuciones presidir las sesiones de la Junta de Beneficencia, se refirió de la siguiente manera sobre tales sucesos:

¹⁸⁹ BCNCh Boletín de la Cámara del Senado, sesiones extraordinarias 1894-1895..., sesión del 16 de diciembre de 1894. p. 201.

¹⁹⁰ Esta situación es explicada en extenso en el capítulo 3 de esta investigación.

¹⁹¹ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción 1910- 1916, Vol. 6, sesión de 25 de mayo de 1915, foja. 311

*“El Gobierno no solo puede disponer de la Herencia Avello dejada a los establecimientos de Beneficencia, sino que hasta de estos mismos establecimientos. Potestad del Gobierno para disponer de los fondos destinados a la construcción del Manicomio”*¹⁹²

Con las citas anteriores podemos ratificar lo que hemos venido diciendo hasta acá, que el Estado Guardián tiene un interés especial por concretar tanto reformas como nuevas construcciones de instituciones para enajenados, excluyendo a hospitales, lazaretos, dispensarios, hospicios y cementerios, de la posibilidad de mejoras y reformas sustanciosas. Por ello, consideramos que la lógica de funcionamiento del *Estado oligárquico liberal* veía al manicomio como la institución más importante de la beneficencia.

El tercer elemento a considerar en relación al carácter especial del asilo para enajenados estaría relacionado con el presupuesto y el consecuente aporte fiscal dado a las Juntas de Beneficencia de Santiago y Concepción a principios del siglo XX.

Es importante aclarar que no es de nuestro interés hacer un análisis del desarrollo de la beneficencia de la ciudad de Santiago, dado que nuestra prioridad está puesta en la situación que se daba en la ciudad de Concepción, la que será tratada en extenso en este mismo capítulo. Es por esto que sólo consideraremos los datos presentes en el cuadro N° 5, que hace referencia al aporte del Estado a la Junta de Beneficencia de Santiago para el año 1900, permitiéndonos reforzar algunas ideas que hemos venido esgrimiendo hasta aquí. Así es posible constatar que la institución que recibió mayor aporte fiscal para la fecha anteriormente precisada fue la Casa de Orates de Santiago con \$ 195.500, suma que corresponde al 31,2% o sea casi 1/3 del total del aporte estatal, siempre tomando en cuenta que esta asignación debía ser repartida entre 11 instituciones de beneficencia. Es posible reconocer a su vez, que los hospitales se constituyen en Santiago como instituciones a las que el Estado aportaba sumas un tanto elevadas respecto otros establecimientos, eso si, cabe reconocer que recibían casi la mitad de lo que obtenía la Casa de Orates. Así el Hospital San Vicente de Paul adquiriría un 18,3% y el Hospital San Francisco Borja un 15,9%, del total de la asignación fiscal, en otro sentido, instituciones como el Hospicio recibían sólo un 4,7 % de aporte estatal, casi 8 veces menor al que recibía la Casa de

¹⁹² *Ibidem.*

Orates, lo que demostraría a nuestro parecer el poco interés del Estado por éste tipo de instituciones.

Cuadro N° 5
Asignaciones fiscales a la Beneficencia de Santiago para 1900 ¹⁹³

Al Hosp.de San Juan de Dios	37.000
Al Hosp. S. Vicente de P.	115.000
Para el gasto extraordinario de las clínicas	5.000
A la Clinica de mujeres	30.000
Al Hospital de S. Fco. de Borja	100.000
A la Casa de Maternidad	13.000
Al Hospital del Salvador	50.000
Al Hosp. de S. José	20.000
Al Hospicio	30.000
A la Casa de Huérfanos	30.000
A la Casa de Orates	195.500
Total	625.500

Para el caso del Manicomio de Concepción, el cuadro N° 6 nos da a conocer el presupuesto de la junta de Beneficencia para el año 1901, el cual presenta dos columnas: una para la asignación fiscal y otra para las rentas propias obtenidas a través de la caridad privada. Si nos centramos sólo en la asignación Fiscal se puede apreciar que el Manicomio de Concepción obtiene el 56,4%, o sea, más de la mitad del aporte fiscal entregado a la beneficencia, más aún se puede reconocer que el Manicomio tenía un carácter completamente estatal para la fecha citada, no recibiendo recursos provenientes de las erogaciones particulares, como se puede apreciar en el cuadro N° 6. Esta situación irá cambiando con el paso de los años, sin embargo, en esta institución siempre el aporte estatal será superior a lo obtenido por la caridad privada.

Por otro lado, se puede ver que los Hospitales de hombres y mujeres obtenían un 11,2% y 5,6% de aporte estatal, conformando un total 16,8% el que era casi tres veces inferior a lo que recibía el Manicomio, a su vez, queda patente que éste último establecimiento tenía el presupuesto más elevado de todas las instituciones de beneficencia. Si nosotros consideramos tanto la asignación fiscal como las rentas propias, el manicomio constituye el 26,2 %, seguido por el cementerio con un 19,8%, el cual se financiaba sin

¹⁹³ *MHMUCH*, Junta de Beneficencia de Santiago 1897-1901, Vol. 11, sesión en 8 de enero de 1900, foja 357 y 358

recursos estatales, y por último, los hospitales de hombres y mujeres, que contaban con un presupuesto total que correspondía al 15,1% y 12,6% respectivamente.

Así el aporte estatal a la beneficencia de Concepción para el año 1901 era de un 46,4%. Con esto se puede plantear que el Estado financiaba casi la mitad del gasto total de la beneficencia de Concepción, es importante aclarar que esta situación no se mantendrá estable en el tiempo, dado que progresivamente se producirá un déficit presupuestario y el aporte fiscal será cada vez más insuficiente.

Cuadro N° 6
Presupuesto de la Junta de Beneficencia de Concepción en 1901¹⁹⁴

Instituciones	Asignación Fiscal	Renta propia	Total
Hospital de Hombre	\$ 10.000	18.845,04	28.845,04
“ de Mujeres	5.000	18.962,97	23.962,97
Hospicio i Huérfanos	4.000	25.919,85	29.919,83
Cementerio		37.788,88	37.788,88
Manicomio	50.000		50.000
Lazareto	2.500		2.500
Asilo de la infancia	12.000		12.000
Dispensarías	5.000	732	5.732
Totales	88.500	102.246,72	190.746,72

- Beneficencia, médicos, cuestión social y transformación del Estado.

La Junta de Beneficencia entre la caridad privada y el interés estatal.

Durante el siglo XIX y las primeras dos décadas del siglo XX, se pueden reconocer ciertos elementos tanto de continuidad como de cambio al interior de las llamadas Juntas de Beneficencia. Frente a ello, trataremos de lograr una síntesis que nos permita comprender el desarrollo histórico de esta institución.

Como se indicó, el Estado Guardián del orden que se cimentaba bajo un modelo liberal de desarrollo, no presentó mayor interés por los temas ligados a la salud de la población, con lo cual, un gran sector de la población quedaba protegido no por una

¹⁹⁴ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, Concepción 9 de junio de 1902, foja 244.

asistencialidad estatal, sino por la caridad privada.¹⁹⁵ Esta situación se puede apreciar desde el período colonial, donde era justamente la Congregación Religiosa de San Juan de Dios la que tenía a su cargo la asistencia hospitalaria, lo que se modificará en el año 1823 fecha en que se produce un proceso de secularización al interior de los hospitales dando paso a una administración laica.¹⁹⁶

Con fecha del 7 de abril de 1832 se crea la Junta Central de Beneficencia, la cual estaba compuesta por 12 miembros, de los cuales uno de ellos era el médico Guillermo Blest. Las Juntas de Beneficencia estaban compuestas por representantes de la elite, lo que nos permite decir que estas conformaban verdaderas “Juntas de Vecinos Honorables” donde el elemento médico en su primera etapa era bastante escaso, así como nos dice la historiadora María Angélica Illanes, eran los grupos de poder político y económico los que dirigían estas Juntas,¹⁹⁷ con sus figuras eminentes, monjas y curas, se constituía como un ámbito de reproducción de las bases tradicionales del orden social y de la normatividad valórica de la sociedad chilena.¹⁹⁸

La organización de los establecimientos de salud a cargo de la beneficencia, respondía a que el *Estado oligárquico liberal* no presentaba un interés por mejorar la salud de la población, dado que consideraba que esta se encontraba fuera de sus objetivos y atribuciones.¹⁹⁹ Su prioridad estaba en el resguardo del orden o defensa social, es así, que la salud tenía entonces una importancia marginal. Dejando en manos de la iniciativa individual la asistencia frente a la enfermedad. Es fundamental reconocer que las Juntas de Beneficencia tenían un carácter semi-privado, “donde los particulares son los encargados de la vigilancia de las inversiones de los recursos y del mejoramiento del orden administrativo,

¹⁹⁵ Lo anterior puede ser matizado al considerar el caso de las instituciones para enajenados las cuales fueron promovidas por el Estado, a través del financiamiento de nuevas construcciones, arreglos en su infraestructura y aportes significativos en sus presupuestos.

¹⁹⁶ Fernando Franulic, *Deber a entrar a medicarse...*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención historia de Chile, Universidad de Chile, 2007. Extraído de www.cybertesis.cl el día 20 de abril del 2011. P. 30. Esto no quiere decir que no hayan habido representantes religiosos en las posteriores Juntas de Beneficencia

¹⁹⁷ Es Importante aclarar que las Juntas de Beneficencia funcionaron desde 1832 hasta 1952 fecha en que se estableció el Servicio Nacional de Salud.

¹⁹⁸ María Angélica Illanes, “En *el nombre del pueblo...*”, pp.100-101.

¹⁹⁹ René Salinas, “Salud, ideología y desarrollo” ..., p. 104. Además es importante considerar que el Estado no tenía los recursos para solventar los gastos de la beneficencia, por lo menos hasta después de la Guerra del Pacífico.

en tanto que el gobierno debe encargarse de la fiscalización de las medidas financieras y administrativas”²⁰⁰

Con lo anterior, se puede plantear que en Chile durante 1830 y 1930 no hubo políticas públicas concretas que reflejaran la unidad e integración, sino sólo políticas privadas basadas en las nociones de filantropía y caridad.²⁰¹ De este modo, la organización de las Juntas de Beneficencia representaban claramente la idea de salud en un contexto liberal de desarrollo, donde sólo el interés individual se consideraba suficiente, así la suma de intereses individuales debía dar como resultado el bienestar de la comunidad.²⁰² Bajo la idea anterior, la beneficencia era concebida como:

*“Un derecho esencialmente moral; si bien no proporciona un título para exigir existencia material, va mas lejos por que se dirige al alma, a los sentimiento de la persona (...) No puede tampoco ser ejercitado contra todos sino sólo contra aquel que puede dar. No es un derecho adquirido, es más bien una esperanza legítima, un derecho moral que por su misma naturaleza no es susceptible de caer bajo el campo de acción de las leyes positivas”*²⁰³

Durante el gobierno del Presidente Domingo Santa María, se produjo la centralización de la salud privada de caridad, creándose el *Reglamento para las Juntas de Beneficencia de la República*, el 27 de enero de 1886. Esto significó que el Estado guardián comenzara a asumir una mayor responsabilidad fiscalizadora y organizativa respecto al funcionamiento de la caridad asistencial.²⁰⁴ Bajo esta reglamentación los médicos son claramente marginados de la nueva estructura que organizó la beneficencia, dejando en manos de administradores legos (vecinos honorables) el control de las instituciones de beneficencia.²⁰⁵

²⁰⁰ Fernando Franulic, *Deber a entrar...*, p. 32-33.

²⁰¹ Gabriel Salazar y Julio Pinto, *Historia contemporánea...*, p. 132.

²⁰² René Salinas, “Salud, ideología y desarrollo”..., p. 103.

²⁰³ Eduardo Castillo, *La Beneficencia Pública en Chile*, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 1937. p.19. Citado en: Fernando Franulic, *Deber a entrar...*, p. 33.

²⁰⁴ María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 66.

²⁰⁵ *Ibíd.* pp. 66-67. Véase también: Carlos Molina, *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria Chilena: 1889-1989*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención

Para René Salinas, el proceso de privatización de la salud estuvo basado en un primer momento en la idea de justicia y caridad cristiana, rasgo espiritual proveniente de la Ilustración Católica. Esta noción cambiará a fines siglo XIX donde se dará paso a la idea de caridad social, la cual tenía claramente un sentido laico permitiendo un mayor apoyo económico por parte del Estado.²⁰⁶

Nosotros hemos hecho notar que a inicios del siglo XX el Estado aportaba una asignación fiscal a las Juntas de Beneficencia (ver cuadros N° 5 y 6), dicha situación, creemos que se dio también durante el siglo XIX aunque claramente en menor medida.²⁰⁷

Según Carlos Molina, para el año 1917 era prácticamente el Estado el que cubría los gastos de la beneficencia, dado que el aporte fiscal ascendía alrededor de 2/3 del total del presupuesto de la beneficencia.²⁰⁸ Así en el primer congreso de beneficencia del año 1917 se evaluaron los treinta años de estancamiento de la beneficencia, discutiéndose temas centrales como por ejemplo: si la salud era un deber del Estado o de la caridad privada, además de la necesidad de contar con una dirección médica en los hospitales. Se concluyó finalmente que era fundamental hacer coincidir la ciencia con la caridad, siendo deber del Estado el hacerse cargo de la salud de la población. Es importante considerar que fueron los médicos los promotores principales de estas ideas.²⁰⁹

María Angélica Illanes, nos plantea que las dos primera década del siglo XX la beneficencia se encontraba en una profunda crisis presupuestaria, lo que determinó el reconocimiento de la ineficacia de esta institución para solucionar los problemas de asistencia hospitalaria, ésta situación se produjo cuando el problema social toma un carácter político grave, donde las huelgas, movimientos obreros e ideologías socialistas, eran vistas por la elite como una amenaza para el orden social establecido, bajo esta situación se produce una transformación en el rol del Estado que dará paso a la transformación de la noción de beneficencia-caridad, a una de Asistencia Social.²¹⁰

historia de Chile, Universidad de Chile, 2007. Extraído de www.cybertesis.cl el día 20 de Agosto del 2011. pp. 44-45.

²⁰⁶ René Salinas, "Salud, ideología y desarrollo" ..., p. 106.

²⁰⁷ Carlos Molina, *Una mirada historiográfica...*, pp. 31-51.

²⁰⁸ *Ibidem*.

²⁰⁹ *Ibid.* p. 45-46

²¹⁰ María Angélica Illanes, "En el nombre del pueblo...", p. 126.

Los médicos y la transformación del Estado

Como ya hemos dado a conocer, la organización de la salud durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, estuvo organizada a través de las llamadas Juntas de Beneficencia, instituciones semi-privadas que venían a ratificar un tipo de Estado liberal, caracterizado por un bajo compromiso hacia la concreción de mejoras y reformas en las condiciones de salud del grueso de la población. Lo interesante es poder identificar los discursos que buscaban una transformación al interior del Estado guardián, es en éste contexto que los médicos plantearán su postura respecto al funcionamiento de las Juntas de Beneficencia, haciendo notar la necesidad de que los establecimientos quedasen bajo su responsabilidad, junto con dejar claramente establecido el rol que debía tener el Estado frente a los problemas de salud de la población. Esta situación se dará tanto en el siglo XIX como en el XX.

Durante el siglo XIX se produjo un proceso de profesionalización de los médicos el que fue promovido por el Estado, de este modo, se buscaba poder cambiar la tradición descalificatoria asociada a este oficio, estableciendo una disciplina que era prácticamente inexistente y asimismo regular su ejercicio.²¹¹ Esto se relacionó con un proceso modernizador que buscaba controlar las formas tradicionales de atención de la salud (curanderos y médicos sin títulos), a través de instituciones como el Protomedicato y la carrera de medicina en la Universidad de Chile.

Es importante considerar que el consumo médico fue de carácter esencialmente privado, dado que la mayoría de los médicos obtenían sus rentas de la clientela particular, la que estaba integrada por personas que pudiesen correr con este tipo de gastos.²¹² Por otro lado, las instituciones de beneficencia cubrían la atención de salud de los sectores más pobres de la población. Entre las iniciativas públicas podemos solamente reconocer la presencia de los médicos de ciudad y la vacunación frente a epidemias y pestes.²¹³

²¹¹ Sol Serrano, *Universidad y Nación...*, p. 179.

²¹² “El Estado no se constituyó como un mercado para los médicos hasta la década del 30 del siglo XX.” Juan Eduardo Vargas, “Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951” en *Revista Ars Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* (En línea), vol. 7, N°7, 2003. Extraído de: www.escuela.med.puc.cl/arsmedica.html el 5 de enero del 2011.

²¹³ Sol Serrano, *Universidad y Nación...*, p. 199.

Tanto en el siglo XIX como a principios del XX, se desarrolló una fuerte “asociatividad” en distintos sectores de la población, ésta se caracterizó por la adopción de una acción colectiva organizada como método para alcanzar objetivos compartidos, dicha situación representaba una sociedad civil al margen del Estado.²¹⁴ Los profesionales médicos no estaban ajenos a este tipo de formas de organización, es por ello, que se crea en Santiago la primera Sociedad Médica en 1869, teniendo como órgano de difusión la *Revista Médica de Chile* desde 1872, del mismo modo en la ciudad de Concepción, se fundó una Sociedad Médica en 1887, la cual desde 1893 comienza la publicación de su *Revista La Crónica Médica*.

Estas dos sociedades fueron las únicas que se crearon durante el siglo XIX, presentando tanto objetivos científicos como profesionales, se constituyeron como centros de divulgación de los avances en materia médica, dando a conocer trabajos de investigación tanto nacionales como internacionales. En este sentido, uno de sus puntos de interés lo constituía el pésimo estado sanitario en que se encontraba el país, proponiendo las medidas para solucionarlo. Además en las sesiones y conferencias al interior de la sociedad se discutían las prerrogativas que ellos consideraban que les correspondía a su profesión, en especial lo que se refiere a la administración de las instituciones de salud, y el rol que debían cumplir los médicos al interior de las Juntas de Beneficencia.²¹⁵

Los médicos llamaban la atención de las autoridades frente al desamparo en el cual se encontraba la salud en la segunda mitad del siglo XIX, las epidemias y pestes hacían estragos en la población, especialmente en los sectores más desposeídos de la sociedad, la asistencia frente a la enfermedad se encontraba en el escalafón mas bajo de los intereses del Gobierno, el Estado cumplía un rol meramente subsidiario, descansando en instituciones como: la Iglesia, la beneficencia privada, y la educación universitaria. El Dr. David Salamanca, se refería a tal situación en 1876, de la siguiente manera:

“El Gobierno es el gran culpable i el único responsable de la carencia, entre nosotros, de una Escuela Médica, de las deficiencias funestas y deplorables de los estudios medicales, del mal servicio que se nota en

²¹⁴ Sofía Correa. et al., *Historia del siglo XX chileno*, Sudamericana, Santiago, 2001. p. 32. Véase también: Gabriel Salazar y Julio Pinto, *Historia contemporánea...*, p. 93.

²¹⁵ Sol Serrano, *Universidad y Nación...*, p. 203.

*todos los establecimientos dedicados a la caridad, en la administración de la higiene pública y de la policía médica, en fin de las perniciosas consecuencias que diariamente dará lugar la bárbara incertidumbre con que son resueltas las gravísimas cuestiones médico-legales (...) Es ya tiempo de que el Supremo Gobierno atienda eficazmente al cumplimiento de sus primeros y más altos deberes, como son los que dejamos apuntados.”*²¹⁶

En este sentido, la peste en especial el cólera, cumplió el rol histórico de cuestionar el sistema sanitario en Chile, abriendo paso a la creación de políticas centrales, además de permitir la participación administrativa de los médicos en las nacientes políticas de salud.²¹⁷ En este contexto, el Presidente José Manuel Balmaceda junto a sus ministros plantearon un nuevo concepto de responsabilidad ejecutiva del Estado en materia de salud pública.²¹⁸ Así, se adoptaron medidas como la creación de la Junta Central de Vacuna de 1887, en ese mismo año se produjo la creación de la Junta General de Salubridad y de las profesiones paramédicas, y en 1889 se organiza el Consejo Superior de Higiene Pública,²¹⁹ el cual se constituyó en el primer gran hito del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile.²²⁰ Posteriormente en el año 1892, se promulgó la Ley Orgánica de Higiene Pública, la que dio forma al Instituto de Higiene actual Instituto de Salud Pública.²²¹

Se puede apreciar que las primeras instituciones promovidas desde el Estado, respondían al problema coyuntural que significaban la amenaza de enfermedades

²¹⁶ David Salamanca, *La policía médica de Chile*, Santiago, 1876. pp. 15-16. Citado en: María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 54.

²¹⁷ María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 68. Una situación semejante se dio en Argentina a fines del siglo XIX. Al respecto véase: Jorge Salessi, *Médicos, maleantes y maricas...*, p. 41.

²¹⁸ María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 69.

²¹⁹ Entre las atribuciones del Consejo Superior de Higiene Pública se encontraban: “indicar a la autoridad las medidas de higiene que debían implantarse en la República; inspeccionar a los médicos de ciudad; velar por las condiciones de salubridad de las habitaciones, fábricas, escuelas, hospitales, lazaretos, hospicios, dispensarios, etc.; prevenir el desarrollo de epidemias y dictar los reglamentos para combatirlas; hacer presente a los municipios las medidas necesarias de salubridad urbana; vigilar la calidad de los alimentos y bebidas que se expenden en el comercio; reabrir y coordinar los datos para la formación de una estadística médica de toda la República, entre otras atribuciones.” María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 83.

²²⁰ Carlos Molina, *Una mirada historiográfica...*, p. 33.

²²¹ *Ibidem*

infecciosas que tomaban rasgos epidémicos en la población. Los médicos por su parte lograron ser integrados en esta nueva forma de organización sanitaria. Es en este sentido que, María Angélica Illanes, nos señala:

*“Desde los ministerios y el congreso, desde la escuela de medicina y principalmente desde el alto torreón del Consejo Superior de Higiene Pública y su Instituto de Higiene, los médicos buscaran ejercer el poder “real” sobre los municipios, la Beneficencia, las autoridades civiles y militares. Estrechamente vinculado al Estado y al parlamento, pero al mismo tiempo independiente de ellos, el cuerpo médico se ira constituyendo en una suerte de tercer poder, de gran influjo por su irradiación directa sobre la base misma de la sociedad”*²²²

Los médicos a fines del siglo XIX se irán consolidando como una verdadera *intelligentsia* nacional, que buscará llevar la ciencia a todos los ámbitos de la salud, es por ello que durante el siglo XIX y principios del XX estos profesionales presentarán serios conflictos con los administradores (legos) de las instituciones de beneficencia, dado que no se requería tener estudios en medicina para ejercer funciones directivas al interior de hospitales, lazaretos, manicomios, dispensarios, entre otros. A principios del siglo XX no existían las condiciones para concretar una reforma que integrara completamente las aspiraciones de los médicos al interior de las Juntas de Beneficencia, pero si se obtuvo por medio del Gobierno que en el año 1908 los lazaretos contaran con un “inspector de beneficencia” dependiente de la sección de higiene y beneficencia del Ministerio del Interior, asimismo desde 1909 el Gobierno decretó la incorporación del decano de la Facultad de Medicina en la Junta de Beneficencia.²²³

En el transcurso del siglo XX, los médicos lograrán consolidar un proyecto científico en materia de salud, que tenía por sentido cambiar las formas tradicionales de asistencialidad que predominaban en Chile desde el siglo XIX. Lo anterior podrá concretarse gracias al apoyo del Estado el que tomando el discurso médico asumirá un nuevo rol en materia de salud.

²²² María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo...*, p. 89.

²²³ *Ibíd.* p. 113.

Desde 1920 aparece el proyecto de creación de un Estado asistencial en Chile, el cual se concretaría constitucionalmente a partir de 1925.²²⁴ Es importante considerar, como nos plantea María Angélica Illanes, que los médicos vieron el problema de la salud como parte de una doctrina de seguridad nacional, en una doble perspectiva. Por un lado, seguridad externa: regeneración de la raza como fuerza productiva, y por otro, seguridad interna: restauración de la productividad del país por los altos índices de mortalidad obrera.²²⁵ Frente al golpe de Estado del año 1924, se produce la coyuntura que permite a los médicos instalar a nivel Estatal su proyecto de construcción de un Estado asistencial, cuyas bases fueron dadas por el Dr. Alejandro del Río, el que se constituye como el gestor intelectual de la organización del Ministerio de Higiene, Asistencia Social y Trabajo.

En palabras de María Angélica Illanes, el Estado asistencial “aparece adjuntado al Estado Gendarme (liberal), como una construcción producto de la emergencia popular y como una respuesta –institucional- a la emergencia histórica del “socialismo real”. Quizás no sería aventurado decir que el Estado asistencial es una construcción histórica supeditada la movimiento popular.”²²⁶

Organizaciones mutualistas, cuestión social y transformación del Estado

Anteriormente dimos a conocer los elementos que caracterizaron a las Juntas de Beneficencia, las que se conformaron como instituciones semi-privadas que tenían a su cargo la salud de la población bajo el principio de caridad y luego bajo la noción de asistencia social, por otro lado, pudimos apreciar como los profesionales médicos buscaron a través de un discurso y proyecto científico establecer una reforma del sistema de salud que significaba una mayor participación del Estado, lo que permitiría poder establecer una salud pública. Frente a lo anteriormente expuesto, se hace necesario poder reconocer qué participación tuvieron los sectores populares en el proceso de tránsito de un Estado guardián, a uno de carácter asistencial, para ello, tomaremos en cuenta tanto la organización

²²⁴ El Estado asistencial o benefactor se concretó constitucionalmente desde el año 1925, pero en la práctica se hizo notar con fuerza a partir de la década de 1930.

²²⁵ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo...*, p. 142. Para el caso europeo véase: Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*, Altamira, La Plata, 2005. pp. 67-105.

²²⁶ María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 15.

de sociedades mutuales, como la situación de crisis que representaba la llamada “cuestión social”.

El Estado Guardián que funcionó durante el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, determinó que se organizaran una serie de instituciones al margen del Estado, a esto lo hemos denominado “asociatividad.” Los sectores populares urbanos, especialmente el artesanado, y más tarde el incipiente proletariado, se organizaron en asociaciones solidarias, denominadas Sociedades de Socorros Mutuos, creándose la primera de ellas en 1853. En estas organizaciones se establecía un sistema de salud y de previsión social, basado en el ahorro y la solidaridad entre sus asociados, esto le permitirá cumplir un rol decisivo en la asistencia frente a la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar, constituyéndose como una alternativa opuesta a lo que la elite proporcionaba a través de la caridad.

En relación a las organizaciones mutuales y la atención de salud es posible apreciar que las sociedades contrataban los servicios de médicos o practicantes, además se establecían convenios con boticas para la compra de medicamentos a un precio mas bajo, junto con organizar “comisiones visitadoras” las que estaban constituidas por sus mismos afiliados.²²⁷

A fines del siglo XIX nos comenta María Angélica Illanes, que las Sociedades de Socorros Mutuos se encuentran casi en la bancarrota, esto llevo a discutir en la Cámara de Diputados la posibilidad de asignar una subvención estatal a estas sociedades, al igual como se hacía con las Juntas de Beneficencia, pero la negativa fue rotunda siendo rechazada por 32 votos contra 22.²²⁸ La situación de crisis al interior de las mutuales determinó que se organizaran en distintas ciudades confederaciones mutualistas, buscando poder aliviar así los problemas presupuestarios.²²⁹

Es posible constatar, que durante el siglo XX las organizaciones obreras son cooptadas por los nacientes partidos y movimientos de izquierda, lo cual determinó un cuestionamiento a la “vía oficial” por la cual habían optado los sectores populares, la nueva vía, era generar los cambios que requería la sociedad a partir de una perspectiva anti-patronal, por esto reconocieron que se hacía necesario un cambio al interior de las

²²⁷ *Ibíd.* p. 38.

²²⁸ *Ibíd.* p. 44.

²²⁹ *Ibíd.* p. 46.

Sociedades de Socorros Mutuos, que pasaba por una transformación en el ideario que la había guiado desde sus inicios, esto significaba pasar de la solidaridad de clase a la conversión en instrumentos claves de acción política contra el modelo capitalista.²³⁰

Es importante reconocer que las mutuales vinieron a suplir las carencias asistenciales en materia de salud durante el siglo XIX y principios del XX, pero como ya vimos, su función solidaria no se podía extender al grueso de la sociedad popular, esta situación se vio agravada por el aumento de la población urbana relacionada con la migración campo-ciudad, lo que determinó un empeoramiento de las condiciones de vida de los sectores más pobres de la población, caracterizada por las pésimas condiciones de la vivienda, el deterioro de la salud y por el encarecimiento del costo de la vida, como resultado del creciente proceso inflacionario, entre otros. Frente a esto algunos sectores de la oligarquía reconocieron a principios del siglo XX la existencia de una “cuestión social”.

La cuestión social que estalló en pleno período parlamentario se manifestó tanto como autonomía popular (organizaciones mutualistas) y como protesta social a través de la seguidilla de huelgas obreras que se dieron desde el año 1890, esto generó como respuesta por parte del Estado guardián la represión militar de los movimientos de protesta popular.²³¹ Pero también, es posible reconocer que frente a la postura popular reivindicativa, se produjo hacia 1905 la aparición de comisiones especiales en el Congreso Nacional para estudiar proyectos de legislación social.²³² Lo anterior significaba una cierta toma de conciencia de algunos sectores de la oligarquía, los cuales buscaban concretar reformas en beneficio de los sectores populares. Dicha situación tenía entre sus objetivos la protección del orden establecido frente la amenaza que significaba este tipo de movimientos sociales.²³³

Durante el período parlamentario se aprobaron una serie de leyes que buscaron transformar las relaciones entre capital y trabajo, en cierto punto, la legislación laboral que se desarrolló hasta 1924 presentó una concepción que veía en el Estado una instancia regulatoria, pero en un contexto donde las soluciones eran opciones autoimpuestas, o sea no

²³⁰ *Ibíd.* pp. 147-149.

²³¹ Mario Garcés, *Crisis social y motines populares en el 1900*, LOM, Santiago, 2003 p. 81.

²³² Juan Carlos Yáñez, *Estado, consenso y crisis social, el espacio público en Chile 1900-1920*, dibam, Santiago 2003. p.21.

²³³ Luis Barros y Ximena Vergara, *Los grandes rasgos...*, p.165.

obligatorias. Creando un sistema de relaciones laborales basado más en un conjunto de prácticas que en un rígido aparato legal.²³⁴

Podemos decir entonces, que el Estado Guardián durante las primeras dos décadas del siglo XX empieza a cambiar un tanto su fisonomía, esto se explicaría como hemos dicho por la apropiación del discurso reivindicativo popular por parte de la elite y del Estado. Frente a esto el historiador Gabriel Salazar nos dice que, “desde inicios de la década de 1910, todas las secciones elitarias, una a una, fueron asumiendo públicamente el discurso de integración nacional,”²³⁵ lo cual, tenía por sentido poder restablecer la legitimidad perdida y por ende estabilizar la dominación.²³⁶

María Angélica Illanes, nos proporciona una síntesis de lo que hemos venido diciendo, cuando plantea que: “El Estado se configura siguiendo los pasos del Pueblo, saliendo al camino de su protesta, poniéndosele por delante, tomando sus banderas – asistencialmente- encauzándole su marcha. Así, mientras por detrás el Estado gendarme reprime y envía a la cárcel, por delante el Estado asistencial recoge los heridos y envía leyes al parlamento.”²³⁷

- El Manicomio de Concepción como indicador de la transformación del Estado

Si concebimos las instituciones manicomiales como establecimientos con un carácter especial por parte del Estado Guardián, y reconocemos que las mejoras al interior de las distintas instituciones de la beneficencia pasaban específicamente por el aumento de sus respectivos presupuestos. Podríamos plantear entonces, que los datos presupuestarios de instituciones como la Casa de Orates de Santiago y el Manicomio de Concepción, pueden ser interesantes indicadores del proceso de transformación de un Estado Guardián a uno de tipo Asistencial, permitiendo a su vez identificar los cambios que se estaban generando al interior de las Juntas de Beneficencia en las primeras décadas del siglo XX.

²³⁴ Juan Carlos Yáñez, *Estado, consenso y crisis...*, p. 29.

²³⁵ Gabriel Salazar y Julio Pinto, *Historia contemporánea...*, p. 151.

²³⁶ *Ibidem*. Una postura distinta a la de los autores anteriores es la investigación de: Enrique Fernández, *Estado y Sociedad en Chile...*, pp. 108-113.

²³⁷ María Angélica Illanes, “En el nombre del pueblo...”, p. 15.

Es importante constatar, que durante todo el período que abarca ésta investigación la Junta de Beneficencia de Concepción permanentemente está solicitando auxilios al Gobierno para poder cubrir su déficit presupuestario, asimismo se puede reconocer que para los integrantes de la Junta los problemas que se presentan al interior de los establecimientos se debían casi exclusivamente a los bajos ingresos con los que estos contaban, en éste sentido se reconocía que la única forma de sortear estos problemas era a través de una mayor asignación fiscal.

Podemos partir por evaluar algunas características de la beneficencia a principios del siglo XX. Es interesante constatar que el Manicomio de la ciudad de Concepción presentaría el presupuesto más elevado de todos los establecimientos a cargo de la beneficencia, por lo menos hasta 1910. Además, es posible reconocer que dicha Junta de Beneficencia tenía hacia 1901 un aporte fiscal de un 46, 4 %, esto quiere decir que casi la mitad de sus recursos provenían del Estado.²³⁸

Es fundamental poder evaluar la opinión de la Junta de Beneficencia, respecto al estado en que se encontraban las instituciones a su cargo. Hacia 1902 la Junta se refería sobre los hospitales, en los siguientes términos:

“Estos hospitales están permanentemente llenos de enfermos a tal modo que para admitir otro es necesario se haya desocupado alguna cama.

A estos establecimientos concurren de varias provincias en busca de salud, ya buscando el clima o mejor asistencia médica, no siendo por lo cierto un hospital provincial sino de toda la zona del sur.(...)

Es verdaderamente triste se de lugar a la propagación de las enfermedades infecciosas en un hospital creado para la curación y extirpación de ellas.

²³⁸ Para el caso de Concepción el número de investigaciones que hacen referencia a la salud y a sus respectivas instituciones son bastante escasas, sólo encontramos breves referencias para el siglo XIX. Véase al respecto: Arnaldo Pacheco, *Historia de Concepción siglo XIX...*, pp. 64.; del mismo autor ver: *Economía y Sociedad...*, pp. 319.; Fernando Campos, *Historia de Concepción...*, pp. 438. En el caso del siglo XX prácticamente se omite el período que va desde 1900 a 1930. Las investigaciones de: Arnaldo Pacheco *Historia de Concepción siglo XX...*, pp. 104.; Gladys Gacitúa y Mariana Vergara, *Salud y Educación en Concepción. 1930-1944*, Tesis para otra al grado de Licenciado en Educación con mención en historia y geografía, Universidad de Concepción, 2000; Otmar Wilhelm, “Historia de la medicina penquista”..., 103-129.

La H. Junta de Beneficencia se ha preocupado mucho de este asunto en varias ocasiones i ha elevado diversas notas detalladas al S. Gobierno, recabando ausilios con este objeto, los que no han sido posible obtener sino en parte, en forma de subvención ”²³⁹

Frente a la cita anterior, es posible identificar las malas condiciones en que se encontraban los hospitales de la ciudad de Concepción, donde prácticamente venían a satisfacer necesidades de asistencia que claramente sobrepasaba su capacidad, demostrando así las carencias hospitalarias que presentaban las ciudades del Sur de Chile a principios del siglo XX. Por otro lado, lo que más llama la atención es la petición que hace la Junta de Beneficencia al Gobierno exigiendo un aumento en el aporte fiscal de carácter fijo o estable para este tipo de instituciones, dado que las subvenciones extraordinarias que daba el Estado variaban de año en año. Esto demuestra el poco interés del Estado guardián por subsanar los problemas que aquejaban a los sectores más pobres de la población Penquista.

Para el año 1905 (ver cuadro N° 7) la Beneficencia de Concepción tuvo un presupuesto total de \$219.929. Se puede apreciar que los hospitales de hombres y mujeres tenían en conjunto un presupuesto de \$67.080, los que por separado representan un 17% y 14% respectivamente del presupuesto total de la beneficencia, es fundamental aclarar que la división por sexo de los Hospitales se mantendrá en la ciudad de Concepción hasta el año 1920 fecha en la cual son concebidos como una sola institución. En otro sentido, al igual que en el año 1901, el Manicomio es la institución con el presupuesto más alto con un 32% del presupuesto total, las instituciones a las que hemos hecho referencia constituyen en conjunto un 63% del presupuesto, o sea, más de la mitad de los recursos de la beneficencia de la ciudad.

Cuadro N° 7

Presupuesto de la Junta de Beneficencia de Concepción para el año 1905²⁴⁰

Institución	Monto \$
Hospital de Hombres	36.962,74
Hospital de Mujeres	30.117.94

²³⁹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, 9 de Junio de 1902, Foja 244.

²⁴⁰ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción 1902-1910, Vol. 5, sesión del 27 de octubre de 1904, Foja. 128.

Hospicio i huérfanos	36.479.85
Cementerio	18.267.60
Manicomio	70.882.37
Dispensarios	5.910
Lazareto	6.300
Asilo de la Infancia	15.000
TOTAL	219.920.50

La memoria de la Intendencia de Concepción para el año 1909 planteaba que: “los establecimientos de beneficencia existentes en la ciudad no satisfacen la demanda de asilo que hacen diariamente las clases desvalidas.”²⁴¹ Las autoridades de Gobierno regional, junto con los miembros de la Junta de Beneficencia, veían que los problemas que se presentaban en los establecimientos estaban relacionados con sus bajos presupuestos. De este modo, el Hospicio hacia el año 1910 pedía que se aprobara un aumento en el aporte fiscal de \$25.000, el que debía ser aprobado en el Congreso Nacional, la Junta se refería a esta situación de la siguiente manera:

*“La administración de este establecimiento ha creído de imprescindible necesidad pedir esta nueva asignación, en virtud de los gastos cada día crecientes que imponen sus múltiples servicios y estima que sin este auxilio no le sería dable mantenerlo en lo futuro sin introducir en su regimen interno dificultades insanables, tales como ser, la reducción obligada de los asilados, ajustando su número estrictamente a sus recursos, desvirtuando con ello el objeto para el que ha sido creado.”*²⁴²

Así también, la Junta de Beneficencia en el año 1913 da a conocer a la Intendencia el estado en que se encontraban los hospitales, diciendo que:

“la asignación fiscal es igual a la de los años anteriores, no obstante el desarrollo progresivo de sus respectivos servicios, los hospitales han resuelto hasta fines de año con un fuerte déficit, que ascienden a \$25.000 en la sección de hombres i \$15.000 en la sección de mugeres (...) [La administración] estima que sin éste auxilio no sería dable mantenerlos en

²⁴¹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1272, 22 de abril de 1910, Foja s/n.

²⁴² ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1274, 14 de diciembre de 1910, Foja 119.

lo futuro sin introducir en su regimen interno dificultades insubsanables, tales como ser la reducción obligada de los enfermos, ajustando su número estrictamente a sus recursos, con perjuicio evidente de los que solicitan el amparo de la beneficencia pública. Pido también hiciera presente a US, la conveniencia que habría que equiparar las asignaciones de los dos hospitales, pues los dos tienen iguales gastos mas o menos, siendo menor la de los hospitales de mugeres en \$65.000”²⁴³

En las dos citas anteriores, se deja patente el problema que presentaban los establecimientos de beneficencia, es importante considerar que todos los años la Junta enviaba el presupuesto a la Intendencia de Concepción, esta última se convertía en un puente entre el Gobierno y la beneficencia de la ciudad, situación apreciable en las Memorias de la Intendencia enviadas al Ministerio del Interior, donde quedaban plasmaban las malas condiciones en que se encontraban estos establecimientos, y las posibles soluciones que se podían realizar.²⁴⁴ En las citas precedentes, hemos considerado el caso del Hospicio y el de los Hospitales, y se puede reconocer que estos tenían en común el encontrarse en una profunda crisis, donde la Junta consideraba que el aporte estatal debía incrementarse y, si esto no se concretaba, la única solución para mejorar el sistema de atención era reduciendo el número de asilados. En este sentido, para el caso particular de los hospitales se aprecia un déficit presupuestario que como veremos más adelante irá aumentando progresivamente.

Lo que hemos descrito hasta ahora, nos permite considerar que la Junta de Beneficencia de Concepción le atribuye un rol especial al Estado, dado que constantemente le esta pidiendo que tome una mayor injerencia en los asuntos referentes a los establecimientos de beneficencia, los cuales para la Junta se encuentran casi en una situación de abandono. No sabemos si esta situación se dio también en Santiago, pero de

²⁴³ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1348, Enero de 1913, Foja 160.

²⁴⁴ En la Memoria de la Intendencia de Concepción enviada al Ministerio del Interior en el año 1909, se planteaba lo siguiente: “Los establecimientos de beneficencia existentes en la ciudad no satisfacen la demanda de asilo que hacen diariamente las clases desvalidas, haciéndose indispensable la construcción de un nuevo Manicomio para anexar al Hospital el local que ocupa actualmente ese asilo. Se instalarán en él cuatro nuevas salas, dos de ellas para tuberculosos.” ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1272, 22 de abril de 1910, Foja s/n.

igual modo, esto nos permite reconocer que en este período se estaban produciendo cambios que se relacionarían con una nueva visión de lo que significaba el Estado.

Es fundamental poder identificar las transformaciones que se van produciendo al interior de la Junta de Beneficencia, específicamente en relación al financiamiento de sus instituciones, ya que para la visión de las Juntas esto se constituía como un elemento central para evaluar las posibles mejoras que se podían realizar al interior de los establecimientos a su cargo.

Parte de la evolución presupuestaria de la Junta de Beneficencia de Concepción la podemos apreciar en el cuadro N° 8. En éste hemos considerado los años 1910, 1913 y 1918, la elección de estas fechas están relacionadas principalmente con dos elementos:

- 1.- La elección del año 1910, se debe al aumento significativo en el presupuesto total de la beneficencia en comparación con años anteriores.²⁴⁵
- 2.- Permiten identificar posibles alzas en el presupuesto que se mantenga en el tiempo.

Al ver el cuadro N° 8, es posible identificar un aumento significativo de los ingresos de la beneficencia entre los años 1910 y 1913 siendo de 259.863, pero a su vez, es posible constatar que entre los años 1913 y 1918 se produce un mantenimiento relativo de los ingresos, incluso el primer año citado, supera al segundo, lo cual nos demuestra un estancamiento de los recursos de la beneficencia en la ciudad de Concepción. Asimismo se puede apreciar que el manicomio²⁴⁶ deja de ser la institución con el mayor presupuesto, ya que establecimientos como los Hospitales y el Hospicio aumentan considerablemente sus ingresos, en especial éste último. Lo anterior nos puede llevar a pensar que el Estado comienza a tener un mayor interés por subsanar los problemas ligados a la salud de la población, iniciándose un proceso de transito desde un Estado guardián a uno de carácter asistencial. El problema es que, como veremos más adelante, el aporte fiscal fue mínimo incluso porcentualmente inferior al aporte asignado a principios del siglo XX.

²⁴⁵ El presupuesto para el año 1905 fue de \$219.920, mientras que en 1907 fue de \$218.771.

²⁴⁶ El Manicomio de Concepción funcionó desde 1895 hasta 1909 con un aporte fiscal fijo de \$ 50.000, que luego fue incrementado en el año 1910 a la suma de 100.000, además es posible apreciar que para este último año el Manicomio de Concepción se financiaba sólo con el aporte del Estado.

Cuadro N° 8Presupuesto de la Junta de Beneficencia de Concepción para los años 1910, 1913 y 1918²⁴⁷

Institución	1910	1913	1918
Hospital de Hombres	139.958	145.772	193.153,94
Hospital de Mujeres	50.568.23	52.717,23	72.895.70
Hospicio i Casa de huérfanos	84.641.97	179.571,97	220.665,12
Cementerio	77.900	181.320	58.000,00
Manicomio	100.850	128.100	131.000,00
Dispensarios	10.300	18.600	31.060,00
Lazareto	4.520	22.520	16.306,64
Asilo de la Infancia	25.034	25.034	25.040,04
Suma Total	493.772.20	753.635,20	748.329,49

Es necesario considerar la situación de la Junta de Beneficencia de Concepción frente a la coyuntura que significó la organización del Estado asistencial en Chile. Éste último como sabemos, se caracterizaría por presentar un interés preferencial por la condiciones de vida de los sectores más desposeídos del país, donde el resguardo de la salud de la población se convertía en una tarea prioritaria. Con ello, podríamos pensar que éste cambio determinaría un mayor apoyo económico del Estado a las instituciones de beneficencia de dicha ciudad, lo que permitiría a su vez concretar mejoras al interior de estas instituciones.

Para el año 1926 la Junta de Beneficencia de Concepción, se refería en los siguientes términos a la situación presupuestaria en la que se encontraba:

“En atención al telegrama del señor Ministro de Higiene de fecha 27 del presente, debo manifestar a US. Que el déficit de la Junta de beneficencia en el año 1922 ascendió a \$529.992,91; en 1923 fue de \$586.417,75; en 1924 de \$604.301,51 i en 1925 de \$745.677,75. (...) La causa que justifican las deudas de esta Junta de Beneficencia están a la vista. Como se ha visto, desde el año 1922 hasta 1925, inclusive no ha habido

²⁴⁷ Este cuadro es de construcción propia, a través de los datos suministrados por distintas fuentes: Para el año 1910 se utilizó: SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción 1902-1910, Vol. 5, sesión del 11 de diciembre de 1909, para los años 1913 y 1918 se utilizó: ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1348, Enero de 1913, Foja 160, e Intendencia de Concepción, Vol. 1463, 4 de marzo de 1918, Foja 107 respectivamente.

*aumento de subvención por parte del Gobierno ni los auxilios extraordinarios que ha decretado alcanzan solo \$90.580,61; es decir, con esta pequeña diferencia, la junta ha tenido durante todos estos años una misma entrada i en cambio las salidas iban haciéndose año por año mucho mayores. Debido en primer término, al crecimiento en el valor de los consumos i en segundo, a que se han cancelado las deudas, había que estar pagando al banco intereses por mucha parte del déficit del año anterior.*²⁴⁸

La cita anterior demuestra la permanencia de la crisis de la beneficencia en la ciudad de Concepción, donde sólo en cuatro años el déficit se incrementó en \$215.684. Se consideraba que la causa principal era el bajo aporte fiscal, con lo cual la beneficencia terminó financiándose por medio de préstamos bancarios.

Si tomamos en cuenta el cuadro N° 9, se puede reconocer que los Hospitales absorben un 42% del presupuesto total, seguido por el Hospicio con un 25%, en tanto, el Manicomio constituía un 13% de los ingresos totales de la beneficencia, tres veces menos que los hospitales. Lo cual claramente representa un mayor interés hacia las dos primeras instituciones.

Cuadro N° 9

Presupuesto de la Junta de Beneficencia de Concepción para el año 1926.²⁴⁹

Hospitales	\$ 513.779,17
Hospicio, Huérfanos A.	309.075,78
Manicomio	167.872.-
Cementerio	88.142,11
Lazareto	2.610,94
Dispensarios	44.279, 35
Asistencia publica	37.592, 92
Tesorería de Beneficencia	65.824,41
Total	1.229.176,68

Es interesante poder constatar a través del Cuadro N° 10 que el aporte fiscal hacia la beneficencia era bastante exiguo, dado que correspondía a un 31% del total del

²⁴⁸ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1779, 19 de Agosto de 1926, Foja 2174.

²⁴⁹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1779, 19 de Agosto de 1926, Foja 2174.

presupuesto, o sea, casi 1/3 de sus ingresos, considerando que a principios del siglo XX el Estado financiaba la mitad de los recursos con que contaba la beneficencia de ésta ciudad. Esta situación demuestra que en la práctica para el caso de la ciudad de Concepción, el Estado asistencial cumplió una función marginal en materia de salud por lo menos hasta 1926.

Lo anteriormente expuesto, permite cuestionar lo planteado por Carlos Molina cuando nos dice que desde el año 1918 el Estado aportaba con 2/3 del total del presupuesto de la beneficencia,²⁵⁰ situación que probablemente se daba para el caso de la beneficencia de la ciudad Santiago, pero hemos visto que no puede ser generalizado para toda la República.

Cuadro N° 10

Subvención fiscal a la Junta de Beneficencia desde el año 1922 a 1925.²⁵¹

Hospitales	\$ 190.000
Hospicio, Huérfanos A.	60.000
Asilo de la Infancia	25.000
Manicomio	100.000
Dispensarios	7.00
Asistencia publica	10.000
Total	385.700

En otro sentido, se puede apreciar que el Manicomio seguía siendo considerado por el Estado como una institución que requería de un mayor aporte estatal, dado que la Junta de Beneficencia para el año 1926 sólo financiaba un 40% de su presupuesto, esto nos permite plantear que el Estado guardián seguía funcionando en la práctica en forma paralela al Estado asistencial. Lo que hemos venido diciendo, queda ratificado al considerar la opinión de la Junta de Beneficencia de Concepción para el año 1920, ésta se planteaba en los siguientes términos:

“debe tenerse presente que el Manicomio es el más fiscal de los establecimientos de la beneficencia i por lo tanto es el que con más razón

²⁵⁰ Carlos Molina, *Una mirada historiográfica...*, p. 45.

²⁵¹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1779, 20 de julio de 1926, Foja s/n.

puede obtener beneficios del fisco, cosa difícil para los otros establecimientos”²⁵²

Hemos constatado que la transformación del Estado en Chile requiere para su comprensión el estudio de las particularidades presentes en otras localidades, por ende creemos necesario pensar los procesos históricos de nuestro país no solamente desde la capital, esto posibilitaría el encuentro con desfases y cortes que no logran ser percibidos algunas veces desde Santiago.

²⁵² SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción 1919-1922, Vol. 8, sesión del 25 de octubre de 1920, Foja. 105.

Capítulo III. La institución manicomial en Concepción, 1895-1929.

Todas las sociedades toman medidas para ocuparse de personas peculiares cuyo comportamiento resulta extraño, causa trastornos o representa un peligro: hasta este punto la locura constituye una verdad universal de la vida. Pero las maneras de describir, juzgar y tratar esas peculiaridades difieren muchísimo de una sociedad a otra, de una época a otra y de un síntoma a otro. Encontramos aquí un elemento de relativismo irreductible.

Roy Porter. *Historia social de la locura.*

- Un Manicomio provisorio

En ésta investigación planteamos que la creación del Manicomio de Concepción respondió a una coyuntura reformista liderada por la ciencia médica y respaldada por la Junta de Beneficencia de Santiago, el Ministerio del Interior y el Congreso Nacional; los cuales, en conjunto, consideraron que la mejor manera de superar el estado deplorable en que se encontraba la Casa de Orates de Santiago era creando un Manicomio Nacional en la capital, junto con un manicomio provincial que asistiría a los insanos desde Talca al sur .

A nuestro parecer la discusión parlamentaria (especialmente en el Senado) definió el rol que debía tener esta nueva institución, determinando características como el carácter transitorio del establecimiento, además del tipo de enfermos que debía asistir, siendo éstos incurables o crónicos. Así el Manicomio de Concepción tuvo por función principal descongestionar la Casa de Orates, mientras se realizaba la construcción del Manicomio Nacional. Bajo ésta visión el nuevo manicomio del sur no cumpliría un rol terapéutico, ya que solamente debía custodiar dementes,²⁵³ esto último marcará profundamente la opinión

²⁵³ Los dementes, epilépticos y fatuos eran pacientes considerados crónicos o incurables.

por parte de la historiografía de la psiquiatría en Chile, la cual, ha concebido el Manicomio de Concepción esencialmente como una institución para crónicos.²⁵⁴

Lo descrito anteriormente se contradecía con los postulados fundacionales del nuevo manicomio provincial, en especial lo planteado por el Dr. Manuel 2° Beca en su segundo informe sobre la construcción del nuevo manicomio del sur, este nos dice:

*“Como esta nueva casa será dedicada a todo jénero de enajenaciones, es menester pensar en dotarla de servicios adecuados que contribuyan i sirvan para el tratamiento médico i curación de los enfermos, también como a su custodia i asistencia jeneral”*²⁵⁵

Con la cita anterior se ratificaba el carácter terapéutico que tendría el nuevo establecimiento, rasgo que era respaldado por la función de recibir a los insanos (no necesariamente incurables) de las provincias del sur de Chile.

La visión dicotómica que hemos precisado, tendrá como consecuencia opiniones divergentes de lo que significaba realmente el Manicomio de Concepción, por un lado, en Santiago se verá este establecimiento como un Manicomio para crónicos, y por otro, en Concepción se reconocerá su función terapéutica y se promoverá la consolidación de este establecimiento. La Junta de Beneficencia de esta ciudad se refirió en 1896 en los siguientes términos a tal situación:

*“[El] objeto que el Supremo Gobierno se propuso de establecer aquí un depósito de crónicos incurables, se ha obtenido el inesperado resultado de curar algunos de estos i sobre todo, atender a la curación del crecido número de insanos que diariamente remiten las autoridades del centro i sur de la República.”*²⁵⁶

Consideramos fundamental responder la siguiente pregunta ¿Por qué en la ciudad de Concepción se tenía una opinión distinta respecto a las funciones que debía cumplir el nuevo manicomio?

²⁵⁴ “Hacia 1910 la Casa de Orates contaba con 1.700 plazas, 200 de las cuales se encontraban en la colonia agrícola Quinta Bella; había en Concepción otras 200 para pacientes crónicos.” Eduardo Medina, “Panorama institucional de la psiquiatría chilena” en Eduardo Medina y Enrique Escobar (edit.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, p.101.

²⁵⁵ Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento de...*, p.5.

²⁵⁶ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1892-1897, Vol. 3, sesión del 3 de junio de 1896, f. 270.

Nosotros pensamos que el funcionamiento previo del Hospicio de Concepción,²⁵⁷ respecto al Manicomio, determinó en parte la opinión sobre el rol que debía tener éste último establecimiento. Esto lo decimos porque los Hospicios cumplían la función de recibir enfermos incurables o crónicos,²⁵⁸ entre los cuales se contaban los llamados dementes, fatuos y epilépticos. Por otro lado, los hospitales²⁵⁹ tenían negada la posibilidad (por lo menos hasta el año 1929)²⁶⁰ de recibir enfermos por locura o demencia, dada la potencial peligrosidad asignada a este tipo de afecciones. Por tanto, en la ciudad de Concepción (y del sur de Chile) la única institución que podía hacerse cargo de los Insanos (curables) era justamente el Manicomio. Lo anterior queda claramente expuesto por el médico del manicomio Moisés Cruz, el que nos dice:

*“Voy a eliminar de los datos estadísticos que apuntaré a continuación, los 185 enajenados venidos de Santiago, cuya afección se encuentra, en su casi totalidad, en el período de ser asilados, más bien en un Hospicio de incurables, que en un Manicomio y me circunscribiré exclusivamente a los enfermos que se han recibido durante los once meses que está abierto el establecimiento.”*²⁶¹

El Manicomio de Concepción funcionó desde 1895 en un antiguo edificio que había sido comprado a la Congregación del Buen Pastor, hasta el año 1922, fecha en la que se logra concretar el traslado de los enfermos al nuevo Manicomio Avello. Consideramos de suma importancia poder identificar los elementos que definieron el funcionamiento de esta

²⁵⁷ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 580, foja s/n. Cuadros estadísticos mensuales del movimiento del Hospicio de Concepción (octubre de 1880 – diciembre de 1881)

²⁵⁸ No contamos con el Reglamento del Hospicio de Concepción pero hemos considerado reproducir un fragmento del Reglamento del Hospicio de Valparaíso, dado que, creemos no deberían haber grandes diferencias entre estos.

“Artículo 1.º Pueden ser admitidos en el Hospicio las personas pobres que carezcan de parientes o deudos capaces de atender a su subsistencia, i que a consecuencia de enfermedad física o moral incurable se hallen imposibilitados para ganar su vida con el trabajo.” BLDG, Estatutos i Reglamentos para el Hospicio de Valparaíso, Santiago 31 de Enero de 1886. Imprenta Nacional, Santiago, primer semestre de 1886. p. 31-32. El destacado es nuestro.

²⁵⁹ Véase por ejemplo, los reglamentos de los Hospitales de Victoria y Tocopilla, en: BLDG, Libro LXXIII, Imprenta Nacional, Santiago, 1903. p. 74 y p.521.

²⁶⁰ En el *Plan General de Manicomios de Chile* adoptado por la Junta Central de Beneficencia en el año 1929, se planteaba la necesidad de contar con anexos para insanos en algunos hospitales del país. *Archivo Nacional de la Administración (ARNAD)*, Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, Vol. 1239-5030, Tomo I, foja 1425, 1929.

²⁶¹ Moisés Cruz, “El Manicomio de Concepción” en *Revista La Crónica Médica*, año III, Núm. 13, Concepción, 1895. P. 278.

institución en su primera etapa,²⁶² la cual, estuvo marcada por dos características principales, por un lado, los problemas presupuestarios que eran asociados al exceso creciente de insanos, y por otro, las particularidades de su infraestructura asilar, estos dos elementos se relacionaban con el carácter provisorio que tendría este establecimiento.

Aspectos presupuestarios y exceso de Insanos

Sostuvimos con anterioridad que la Junta de Beneficencia de Concepción consideraba que el único modo de superar el estado inapropiado de los establecimientos a su cargo era aumentando el aporte estatal a cada una de sus instituciones, dado que constantemente se veían sobrepasadas por el número de personas que solicitaban algún tipo de asistencia.²⁶³ Para el caso específico del Manicomio de Concepción, los problemas relacionados con el presupuesto se veían incrementados, ya que sus recursos provenían principalmente del fisco y en menor medida de las erogaciones particulares administradas por la Junta de Beneficencia.²⁶⁴ Esto traía como consecuencia la imposibilidad de obtener aumentos significativos en su respectivo presupuesto. De este modo, la dependencia respecto del Estado tenía principalmente dos consecuencias negativas, por un lado, el establecimiento quedaba sujeto a los vaivenes presupuestarios del Gobierno, lo que significaba escasos aumentos en su presupuesto, y por otro, la Junta de Beneficencia priorizaba sus recursos hacia los establecimientos que tenían un bajo aporte estatal.

En el año 1920 la Junta de Beneficencia de Concepción se refirió de la siguiente manera a lo descrito:

“Da cuenta de que tuvo ocasión de imponerse en Santiago de la lei que concede una subvención de \$80.000 para los Hospitales de la nación i estraordinariamente \$80.000 para el Hospicio de esta ciudad.

De los \$80.000 corresponderá a Concepción una cuota de \$40.000 pero como queda dicho esto será para los Hospitales. A fin pues de que

²⁶² Nos referimos al período en el cual el Manicomio funcionó en el antiguo edificio de la Congregación Buen Pastor, ya que no contamos con fuentes que nos permitan identificar el desarrollo institucional del Manicomio Avello.

²⁶³ Esto fue planteado en el capítulo 2 de esta investigación.

²⁶⁴ Entre las erogaciones particulares podemos identificar por ejemplo: Arriendo de propiedades rurales y urbanas donadas por filántropos penquistas, así también herencias que beneficiaban a una o más instituciones.

resultara beneficiado el Manicomio cree que sería conveniente conseguir que de los \$80.000 fueran cedidos por lei especial \$40.000 al Manicomio. El Sr Coddou dice que él se opone que se hagan estas gestiones que podrían traer por resultado el que hubiera más dificultades en adelante para conseguir subvenciones extraordinarias. Dijo que, por otra parte, no creía conveniente desvestir a un santo para vestir a otro, pues la situación del Hospicio no hace más que mejorarse un poco con éste auxilio pero no por esto deja de ser aflictiva i debe tenerse presente que el Manicomio es el más fiscal de los establecimientos de la Beneficencia i por lo tanto, es el que con más razón puede obtener beneficios del fisco cosa difícil para los otros establecimientos”²⁶⁵

El Manicomio de Concepción tuvo un presupuesto fiscal entre los años 1895-1910 de \$50.000 destinado al mantenimiento de 200 asilados. Los problemas vinculados al presupuesto de ésta institución se pueden apreciar al poco tiempo de haber entrado en funcionamiento. El administrador del manicomio puso en conocimiento en el año 1896, al Intendente de Concepción la situación por la que estaba pasando el establecimiento:

“Consultado, solamente \$50.000 para el servicio de la casa, queda el Manicomio sin un solo centavo para ropa, más no solamente queda sin vestuario, sino que también irá a vivir con un presupuesto escaso e insignificante, dadas las circunstancias especiales del aumento creciente de insanos en el sur, pues la casa se ha visto en la imperiosa necesidad de albergar en el día a veinte insanos más de los calculados hijienicamente.”²⁶⁶

Lo antes dicho determinó que desde enero de 1897 se hiciera llegar a las provincias de Talca hacia al Sur una circular que tenía por sentido controlar el crecido número de insanos que llegaban a Concepción solicitando asistencia. Desde ahí en adelante se debía consultar vía telégrafo si el establecimiento se encontraba en condiciones de recibir

²⁶⁵ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1919-1920, Vol. 8, sesión del 25 de octubre de 1920, f. 105-106 El destacado es nuestro.

²⁶⁶ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 942, Concepción 5 de diciembre de 1896, foja. 1284.

insanos.²⁶⁷ Como dijimos, en la práctica el Manicomio de Concepción presentaba una contrariedad, dado que en Santiago fue concebido como un manicomio para crónicos, (se habían enviado 185 dementes al nuevo asilo)²⁶⁸ y a su vez éste establecimiento debía recibir los enfermos del Sur. Lo interesante de tal situación es que en Concepción se consideraba que el Manicomio debía cumplir una función terapéutica. Por ello, el administrador del establecimiento don Nicasio Zulaica, planteaba lo siguiente:

*“El Sr Zulaica hizo presente la conveniencia de que se pudiese en conocimiento del Intendente, para que se le enviase una circular a los Intendentes i Gobernadores, para que no manden en lo sucesivo dementes sino locos a este establecimiento.”*²⁶⁹

El interés por implementar en Concepción un manicomio que cumpliera funciones terapéuticas no recibió un apoyo real por las autoridades de Gobierno, a éste sólo le interesaba desahogar la Casa de Orates, mientras se construía un nuevo manicomio en la capital, por tanto, cuando se hacía un aumento presupuestario este se debía a las gestiones organizadas desde la administración del asilo coadyuvadas por la Intendencia de Concepción, cumpliendo esta última la función de puente entre las necesidades regionales y el Gobierno.

Los recursos obtenidos para el Manicomio de Concepción no pasaron de ser subvenciones extraordinarias que variaban de año en año. El administrador del establecimiento se refirió a lo anterior en correspondencia enviada al intendente de Concepción en el año 1897:

“A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el supremo decreto del 13 de mayo último referente a las modificaciones en la lei de presupuesto, ruego a U.D. que se sirva hacer llegar al conocimiento del Ministerio del

²⁶⁷ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 964, Concepción 13 de enero 1897. foja 11. *“Por medio de una nota circular dirigida a las autoridades de las provincias y departamentos de Maule al Sur, se les ha impuesto de los trámites reglamentarios exigidos para la colocación de insanos en este manicomio; en otra nota circular se les suplica preguntar por telégrafo, antes de remitir insanos, si hay o no lugar vacantes para ellos.”*

²⁶⁸ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, Concepción 9 de junio de 1902 foja 244, p. 7 y 8. *“Este asilo para alienados fue establecido en esta ciudad hace 7 años con la base de 125 hombres i 60 mujeres, un total de 185 enfermos traídos de la capital”*

²⁶⁹ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1892-1897, Vol. 3, sesión de 20 de diciembre de 1897, foja 402.

Interior que, el Manicomio de Concepción habría necesidad de asignársele en los presupuestos de 1898 la suma de \$60.000, si en dicha lei se han de consultar siquiera sus gastos fijos e indispensables (...)
Creo que me bastará insinuar a UD. la necesidad i conveniencia de regularizar los presupuestos de este importante establecimiento, para que UD. con su experiencia en esta clase de negocios, acoja la idea i la patrocine empeñosamente ante el Ministro del Interior.”²⁷⁰

Los problemas ligados al exceso de insanos definió el funcionamiento del asilo, ya que la administración debía esperar la curación de algunos enfermos para poder seguir con la marcha regular del establecimiento, siempre considerando que el número de asilados no podía pasar de 175 enfermos con estadía permanente en el Manicomio, dado que los 25 empleados con que contaba la institución formaban parte del presupuesto para 200 personas.²⁷¹ En base a lo anterior el administrador del Manicomio planteaba en el año 1898:

“La afluencia de insanos ha ido en aumento creciente cada día; la existencia actual alcanza a 235, existen en consecuencia hoy en el Manicomio, cincuenta i cinco personas fuera del presupuesto calculado.”²⁷²

La administración del Manicomio de Concepción no solamente debía enfrentar los problemas presupuestarios ligados al exceso de insanos, sino también la falta de recursos (provenientes del Ministerio del Interior y administrados por la Intendencia de Concepción) para poder trasladar a los enfermos dados de alta a sus respectivos domicilios, esto determinaba que el establecimiento no pudiese recibir insanos de las distintas provincias

²⁷⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 964, Concepción 14 de abril de 1897, foja 218.

²⁷¹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 964, Concepción noviembre de 1897, foja s/n. “Presupuesto del Manicomio de Concepción para el año 1898, y para doscientas personas en esta forma:

Enfermos: 175

Empleados: 25

Total: 200

En el día hay 184 enfermos, pero en todo el transcurso del resto del año, podrán salir de alta 15, que están en curación avanzada, y de este modo habremos llegado a nivelarnos en el presupuesto y quedaremos en aptitud de recibir enfermos desde mediados del mes de enero próximo; con el otro presupuesto, habría que aguardar por lo menos hasta el mes de mayo para quedar en condiciones de admitir enfermos.”

²⁷² ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 988, Concepción, 28 de diciembre de 1898, foja 974.

del Sur hasta que se concretara la descongestión de la institución.²⁷³ Este problema persistirá hasta el año 1917 fecha en la que se crea una ley que permitiría el traslado gratuito de insanos, tanto a las instituciones manicomiales como a sus domicilios.²⁷⁴

Se comprende entonces la importancia que tenía para el buen funcionamiento del Manicomio la posibilidad de dar de alta a los enfermos que habían sido curados, como también a los incurables que desde la perspectiva de la administración ocupaban en forma indebida un lugar en el establecimiento que estaba destinado a sanar locos. En base a lo anterior, la administración del Manicomio decía lo siguiente en el año 1899:

*Joaquín Tapia, Lorenzo San Juan y Celedonia Maureira, son tres asilados que ocupan indebidamente lugares en éste Manicomio: los dos primeros adolecen de demencia senil, por estar ambos en edad muy avanzada; la tercera, es una idiota tan incurables como los anteriores; por esta razón, y por ser enfermos inofensivos y completamente pacíficos, el médico del establecimiento los ha dado de alta. Sería conveniente, tanto para ellos como para el buen servicio de la casa, trasladarlos al Hospicio, salvo mejor parecer de Ud., de este modo, las camas que ocupan estos tres enfermos podrían destinarse para tres insanos furiosos que existen en la actualidad detenidos en el cuartel de policía de esta ciudad.*²⁷⁵

Por medio de la cita anterior es posible apreciar que en la práctica el Manicomio de Concepción se reconocía a sí mismo como una institución terapéutica, que debía devolver al loco (curable) a la sociedad, además de ver en otros establecimientos como el Hospicio la

²⁷³ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 988, Concepción 21 de abril de 1898, foja 256. El administrador del Manicomio le plantea de la siguiente manera al Intendente de Concepción la imposibilidad de trasladar insanos a sus domicilios: “Existen en el manicomio de esta ciudad varios asilados que están de alta hace muchos días que no se pueden mandar a su domicilio por falta de fondos para contratarles pasaje por los ferrocarriles del Estado.

Esta irregularidad que tanto perturba la marcha y buen servicio de este Manicomio, la hago presente a Ud. ya por tercera vez, y aguardo en esta ocasión, se servirá recabar nuevamente a Ud. del Supremo Gobierno, los fondos necesarios para atender este servicio.”

²⁷⁴ “No devengaran pasaje los insanos, reos procesados que deban ser trasladados de un punto a otro de la República i los jendarmes de las cárceles o individuos de las policías fiscales que los conduzcan o que regresen después de haber cumplido esa comisión de servicio.” ANCh, Boletín de Leyes y Decretos de Gobierno, Libro LXXXVI, Imp. Lit. i encuadernación fiscal de la Penitenciaría, Julio 1917.

²⁷⁵ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1102, Concepción 11 de enero de 1899, Foja 772.

función de recibir enfermos incurables,²⁷⁶ esto claramente demuestra una contradicción con la visión establecida en Santiago respecto al Manicomio del sur.

En el cuadro N° 11 podemos reconocer el movimiento que presentó el Manicomio de Concepción desde el 16 septiembre de 1895 hasta el 31 diciembre de 1901, abarcando aproximadamente un período de seis años y cuatro meses. A través de los datos suministrados es posible plantear que ésta institución tuvo por interés principal cumplir funciones terapéuticas recibiendo a los enfermos provenientes desde Talca al Sur, así pasaron por éste establecimiento un número de 778 insanos el que constituía un 80,7% del total de entradas en el Manicomio, además cabe considerar que en el ítem de salidas el número de curados y mejorados es el que presenta el porcentaje más alto con un 68,5%, por último fueron enviados 48 incurables al Hospicio que representaba un 6,2% de las salidas en el Manicomio.

Cuadro N° 11.

Estado general del Manicomio de Concepción desde su fundación hasta el 31 de Diciembre de 1901²⁷⁷

Entradas	Hombres	Mujeres	Total
Insanos enviados de la Casa de Orates de Santiago	125	60	185
Insanos enviados de Talca al Sur	450	328	778
Total	575	388	963

Salidas	Hombres	Mujeres	Total
Curados y mejorados	329	194	523
Retirados por sus familiares	45	37	82
Fallecidos	64	34	98
Devueltos a Casa de Orates	3	-	3
Enviados al Hospicio	25	23	48
Enviados a la Casa de Orates	4	5	9
Total	470	293	763
Existencia en Dic 31/1901	105	95	200
Total	575	388	963

²⁷⁶ La relación entre peligrosidad y asistencia, junto con el funcionamiento de los espacios de la locura en Concepción (Manicomio, Hospicio y Policía) es tratado en el capítulo 4 de esta investigación.

²⁷⁷ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, Concepción, 9 de junio de 1902, foja 244, p. 8.

Se hizo presente por parte de la administración del Manicomio la necesidad de aumentar considerablemente el presupuesto de la institución, esto se planteó en dos oportunidades, una en el año 1897 a través de una carta enviada al intendente de Concepción,²⁷⁸ y la otra, en una sesión al interior de la Junta de Beneficencia en el año 1905,²⁷⁹ en las dos ocasiones se solicitó al Gobierno un aumento permanente en el aporte fiscal por una suma de \$100.000, a través de ello, se buscaba hacer frente al crecido número de insanos que requerían ser asilados en el Manicomio. El establecimiento debió esperar hasta el año 1910 para poder obtener un aporte estatal de esta magnitud, lo anterior traería como resultado el ingreso de la institución a nueva etapa presupuestaria, además de una visión distinta respecto a su carácter provisorio, así el establecimiento desde la última fecha citada comenzó a recibir la suma permanente de \$100.000, la cual se mantendrá durante toda la existencia de ésta institución.²⁸⁰ Nosotros creemos que la obtención de estos nuevos recursos se debió a que el edificio del Manicomio Nacional había sido entregado por el Gobierno en 1902 al Ministerio de Guerra, donde para el año 1907 la Junta de Beneficencia

²⁷⁸ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 964, Concepción 14 de abril de 1897, Foja 218. P. 3-4. Correspondencia enviada por el administrador del Manicomio al Intendente de Concepción *“Si en cada uno de los presupuestos presentados desde su fundación, no se ha incluido ningún ítem para ropa i vestuario, ítem tan necesario para su marcha i servicio como, los de alimentación, sueldos i demás de su presupuesto. Resulta entonces altamente que el Manicomio de Concepción no puede sostenerse con una asignación anual de \$50.000,00. (...)”*

Desearía que tan importante tome del edificio de este Manicomio estuviese bien i económicamente atendido i para que así pueda suceder, es necesario llevar dicho presupuesto a la suma de \$100.000,00.”

²⁷⁹ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1902-1910, Vol. 5, sesión del 6 de mayo de 1905, Foja 185-186. *“El administrador del Manicomio espuso que este establecimiento se encontraba enteramente lleno de alienados, de tal modo que era imposible admitir un paciente más tanto por falta de local como también a causa de estrechez de recursos con que atender a la subsistencia del gran número de enfermos que se atienden en la actualidad.*

Este gran aumento hace que en el presupuesto venidero consulte la suma de \$100.000 en lugar de \$60.000 para hacer frente a esta necesidad por cuya razón pide a la H. Junta que se sirva autorizarle para dirigirse al S. Gobierno solicitando su aquiescencia para la formación de este presupuesto por la suma antes dicha.”

²⁸⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1859, Concepción 5 de noviembre de 1924, foja s/n. El siguiente cuadro es de elaboración propia.

Comparación de recursos y gastos en los dos manicomios de Concepción*

	Manicomio Viejo 1910	Manicomio Avello 1923
Subvención fiscal	\$100.000	\$100.000
Costo diario por cada asilado	\$1.14	\$2.08
Término medio de asilados diarios	242	216

*En éste cuadro solo se considera el presupuesto para mantener a los enfermos, no tomando en cuenta las posibles subvenciones para reparaciones en los respectivos edificios.

de Santiago había abandonado toda expectativa de recuperar éste nuevo establecimiento.²⁸¹ Esta situación a nuestro parecer, tuvo como resultado una nueva valoración hacia el Manicomio del sur, por parte de Santiago, la que comenzó a considerarla como una institución permanente y ya no meramente provisoria.

Es importante considerar que la opinión en Santiago, sobre si era o no un manicomio para crónicos, nunca fue cuestionada. Así en el año 1912 fueron enviados desde la capital 30 hombres y 30 mujeres al Manicomio de Concepción. Las consecuencias presupuestarias de aquella decisión no se hicieron esperar, así lo relataba el administrador del Manicomio al Intendente de Concepción en el año 1913:

“Señor Intendente:

En el presupuesto de entradas del Manicomio de esta ciudad, aprobado por el Gobierno para el presente año, se consultó la cantidad de \$25.000 con que debería contribuir este para subvenir a los mayores gastos a que daría ocasión el recibimiento de 60 asilados que fueron trasladados desde el manicomio de Santiago a éste.

*Como el Supremo Gobierno no ha contribuido con nada aún de esta cantidad, el presupuesto del establecimiento en cuestión no puede mantenerse en el equilibrio debido, i es indispensable ya que se le ausilie con esta cantidad antes que se produzca el inevitable resentimiento financiero para dicho establecimiento.”*²⁸²

Para el año 1920, se seguía haciendo alusión al envío desde Santiago de los 60 dementes, de los que se pensaba habían agravado los problemas presupuestarios del establecimiento. El administrador del Manicomio de Concepción, Benito Binimelis, se refirió a tal situación de la siguiente manera:

“El Sr Binimelis dice que la situación del Manicomio es insostenible. Declara que está viviendo en gran parte del crédito de comercio. Hace la historia de cómo se ha llegado a esta situación, enumera todos los esfuerzos que se han gastado para conseguir que el Gobierno pague

²⁸¹ Juan Garafulic, “Evolución de la psiquiatría en Chile” en Eduardo Medina y Enrique Escobar (edit.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, p. 66.

²⁸² ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1365, Concepción, 27 de agosto de 1913, foja 149.

siquiera el mayor gasto que impuso al establecimiento el envío de sesenta insanos desde Santiago que han venido a ser la principal causa de este estado de cosas; siendo sin duda, la segunda el alza de los artículos producida por la guerra europea.”²⁸³

El cuadro N° 12 hace alusión al movimiento de alienados en los dos únicos manicomios existentes en Chile entre los años 1895-1919. A través de los datos podemos plantear las siguientes conclusiones:

El promedio de asilados en el Manicomio de Concepción durante sus primeros 25 años de existencia fue de 387 enfermos, al que le corresponde un 14,1% del total de asistidos en el país. Por otro lado, éste establecimiento tuvo el menor número de asilados en el año 1895 con 210 asistidos, el que corresponde a un 9,9% del total de insanos ingresados en los manicomios para ese año, y el mayor en 1917 con 484 que sería un 14,1%. Es fundamental considerar que las cifras de asistidos hacen referencia al total de enfermos que recibieron asistencia en los manicomios durante un determinado año, por tanto no se contabilizaban las salidas, estas últimas eran las que permitían mantener un número fijo de enfermos que en el caso del Manicomio de Concepción no podía sobrepasar los 200 insanos.

El Manicomio de Concepción en el año 1897 recibió desde las provincias del Talca al sur, 56 hombres y 41 mujeres, conformando un total de 97 insanos, estos al ser sumados con los 207 enfermos que existían en la casa en enero del mismo año, nos da un total de 304 asilados,²⁸⁴ cifra que se condice con el cuadro N°12. Lo anterior nos permite comprender la magnitud del sistema asistencial de la locura en Chile, ya que desde el punto

²⁸³ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 8, 1919-1922, sesión del 25 de octubre de 1920, fojas 106-107.

²⁸⁴ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 988, Concepción 19 de febrero de 1898, foja 118.

Entradas en el Manicomio para el año 1897

Entradas							
	Hombres			Mujeres			Totales
	De la Casa de Santiago	De Talca Al Sur	Total	De la Casa de Santiago	De Talca Al Sur	Total	
Existencia 1° de Enero de 1897	99	34	133	55	19	74	207
Entradas durante el año	-	56	56	-	41	41	97
Total	99	90	189	55	60	115	304

de vista de la práctica asilar, a nuestro parecer es más importante saber cuántas personas buscaron asistencia en una institución para enajenados, que conocer el número permanente de personas que eran asistidos en este tipo de establecimientos.²⁸⁵ Por ejemplo, en la Casa de Orates de Santiago para los años 1902 y 1912 hubo una existencia permanente de 1.385 y 1.603 asilados respectivamente,²⁸⁶ si consideramos el total de asistidos la suma aumenta en 2.237 para 1902 y 2.442 para 1912.

En relación al presupuesto de los establecimientos para enajenados en Chile, podemos decir que el total de recursos fiscales para este tipo de instituciones en un período de 24 años fue de \$21.118.340, de los cuales, correspondió al Manicomio de Concepción la suma de \$2.058.077 constituyendo un 9,7% del total del presupuesto,²⁸⁷ por otro lado, el año que tuvo un presupuesto más bajo fue en 1898 con la suma \$50.311 siendo un 10,8% del total asignado para ese año, a su vez, en 1917 se obtuvo el presupuesto más alto con \$136.979 el que constituía un 10,1% del total concedido. Por último, es importante considerar que en un período de 23 años el Manicomio de Concepción presentó en 17 oportunidades un gasto por enfermo superior al de la Casa de Orates de Santiago. Esto nos llevaría a pensar que el Manicomio de Concepción tuvo un presupuesto mayor por enfermo que el de Santiago, pero cabe considerar que los recursos ahí descritos consideran también las subvenciones destinadas a reparaciones de los edificios, lo cual eleva considerablemente el gasto real por enfermo.

²⁸⁵ Esto lo decimos porque los datos referentes al total de asistidos permiten apreciar el flujo de insanos que requerían algún tipo de asistencia en los manicomios. Por otra parte, los datos que sólo indican el número permanente de insanos imposibilita comprender como funcionaba en la práctica la institución, dado que omite el envío de enfermos al hospicio, los enfermos curados, los retirados por sus familiares o el número de fallecidos, que formarían parte de las salidas de la institución, lo anterior permitiría obtener una visión más clara de cómo se mantenía la marcha regular de este tipo de establecimientos.

²⁸⁶ Humberto Rojas, “La asistencia de los alienados en Chile” en Eduardo Medina y Enrique Escobar (edit.), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, p. 43.

²⁸⁷ Para el caso del Manicomio de Concepción se consideraron 23 años, dado que para 1915 y 1916 no existen datos.

Cuadro N° 12.
Retrospectivo del movimiento de alienados en los manicomios de Santiago y
Concepción Años 1919-1895 ²⁸⁸

N° de orden	Años	Manicomios	Total de asistidos	Total de fallecidos	% de fallecidos por cien asistidos	Recursos	Costo medio anual por enfermo	Costo medio diario por enfermo *	N° de alienados por 100.000 habit.
1	1919	Santiago Concepción	3.360 438	334 63	9,94 14,38	1.673.358,00 131.138,00	771,84 619,08	2,11 1,72	{ 94
2	1918	Santiago Concepción	3.119 444	256 65	8,20 14,63	1.432.386,29 131.160,00	688,98 536,45	1,88 1,49	{ 90
3	1917	Santiago Concepción	2.941 484	250 50	8,50 10,33	1216.540,00 136.979,00	616,87 545,73	1,63 1,51	{ 88
4	1916	Santiago Concepción	2.802 466	283 60	10,08 12,87				{ 86
5	1915	Santiago Concepción	2.693 445	247 61	9,17 14,38	670.579	532,25	1,42	{ 84
6	1914	Santiago Concepción	2.606 481	259 103	9,93 21,39	1.053.616,55 113.600,00	404,30 488,71	1,10 1,35	{ 85
7	1913	Santiago Concepción	2.371 445	199 44	8,26 9,84	1.319.980,93 106.238,81	402,77 419,92	1,10 1,15	{ 79
8	1912	Santiago Concepción	2.442 460	206 31	8,43 6,30	1 004 639,18 101 897,40	411,40 485,23	1,14 1,34	{ 83
9	1911	Santiago Concepción	2.650 394	241 54	9,09 13,70	850 200,67 100 850,00	477,37 496,25	1,30 1,35	{ 88
10	1910	Santiago Concepción	2.593 427	248 68	9,56 15,92	834 594,34 100 850,00	467,89 475,84	1,28 1,30	{ 88
11	1909	Santiago Concepción	2.521 392	240 39	9,52 9,94	782 667,90 93 059,00	425,66 411,72	1,17 1,13	{ 87
12	1908	Santiago Concepción	2.506 361	224 31	8,94 8,59	823 161,99 95 854,00	277,64 437,48	0,76 1,20	{ 87
13	1907	Santiago Concepción	2.454 374	195 43	7,95 11,49	675 787,07 85 511,00	327,81 337,22	0,90 0,93	{ 87

²⁸⁸ Cuadro de elaborado con los datos suministrados por: *BNCh*, Anuario Estadístico de la República de Chile, Vol. II, Beneficencia, Medicina e Higiene, año 1912, Santiago, Imprenta Universo, 1914, p. 66. Y *BNCh*, Anuario Estadístico de la República de Chile, Vol. II, Beneficencia, Medicina e Higiene, año 1919, Santiago, Imprenta Universo, 1920, p. 54. Es fundamental aclarar que:

*El costo medio por enfermo se ha sacado, deduciendo el total de lo invertido en reparaciones del edificio, que va incluido en los recursos (acotación presente en el original).

14	1906	Santiago Concepción	2.446 358	222 50	9,08 13,96	570 545,12 83 746,00	281,02 315,95	0,77 0,88	{ 88
15	1905	Santiago Concepción	2.436 385	150 22	6,16 5,71	827 298,75 71 262,00	274,14 267,69	0,75 0,74	{ 89
16	1904	Santiago Concepción	2.363 409	175 21	7,41 5,13	719 065,96 74 923,00	232,23 239,11	0,64 0,66	{ 89
17	1903	Santiago Concepción	2.272 415	144 21	6,33 5,06	525 348,41 77 127,00	227,14 235,21	0,62 0,65	{ 88
18	1902	Santiago Concepción	2.237 369	188 15	8,40 4,06	541 970,86 74 897,00	234,71 279,31	0,64 0,77	{ 86
19	1901	Santiago Concepción	2.025 342	154 19	7,60 5,55	589 272,81 65 621,00	230,24 247,94	0,63 0,68	{ 80
20	1900	Santiago Concepción	1.930 336	150 16	7,77 4,76	628 993,80 56 338,00	231,86 255,82	0,63 0,70	{ 77
21	1899	Santiago Concepción	1.773 312	105 15	5,97 4,80	518 550,40 50 250,00	210,46 241,59	0,58 0,66	{ 72
22	1898	Santiago Concepción	1.692 310	125 10	7,38 3,22	412 078,35 50 311,00	211,12 276,44	0,58 0,76	{ 71
23	1897	Santiago Concepción	1.541 304	115 13	7,46 4,27	413 297,46 53 305,00	241,69 279,09	0,66 0,77	{ 66
24	1896	Santiago Concepción	1.436 330	89 18	6,20 5,45	450 961,79 70 000,00	282,73 341,46	0,77 0,94	{ 64
25	1895	Santiago Concepción	1.594 210	110 7	6,90 3,33	525 379,40 133 161,00	275,55 234,93	0,75 0,65	{ 66

Aspectos generales de la infraestructura del manicomio

La infraestructura del Manicomio de Concepción al igual que su presupuesto se constituyeron como elementos centrales del carácter provisorio del establecimiento. Frente a lo anterior es fundamental reconocer que en la ciudad de Concepción, a diferencia de Santiago, se consideraba que el edificio comprado a la Congregación del Buen Pastor²⁸⁹ era

²⁸⁹ BCNCh, Boletín de sesiones extraordinarias cámara del Senado, 1894-1895, Tomo II. p. 342. En la sesión del 7 de diciembre de 1894, se reproduce en su totalidad el primer informe del Dr. Manuel Beca sobre la creación del nuevo Manicomio del Sur, en éste se hace referencia a las características de la infraestructura del edificio de la Congregación del Buen Pastor, donde se planteaba lo siguiente: “Este establecimiento que la institución desea enajenar, está situado en la parte oriente de la población en una superficie de 6,272 metros cuadrados de terreno, teniendo su parte principal, con 112 metros de edificio, en la calle Hospital i las partes laterales, con 56 metros en las calles de San Martín i calle de Cochrane. En su casi totalidad el edificio es de un solo piso, teniendo la parte media del frente una lijera instalación en altos. Dos de sus costados y parte del centro de este terreno tiene edificio doble; los otros dos sencillo.

El edificio que mira a la calle Cochrane i casi la totalidad del frente, en la calle del hospital, es nuevo, de cal i ladrillo i de solida construcción; el resto es edificio antiguo que en parte habría que rehacer.

lo provisorio y no el Manicomio de Concepción propiamente tal, es así que en el año 1898 la administración del manicomio planteaba lo siguiente:

“Las necesidades que tiene hoy el Manicomio no se pueden remediar en el sitio que ahora ocupa, el aumento creciente de insanos hace indispensable la adquisición de un local más aparente, y teniendo el Supremo Gobierno el proyecto de ceder la Quinta de Agricultura para establecer el Manicomio, sería inútil emprender aquí modificaciones muy costosas.”²⁹⁰

El problema de la infraestructura asilar hay que situarlo en un contexto mayor que se caracterizó por considerar que la arquitectura manicomial era el que cumplía la función terapéutica principal.²⁹¹ Por tanto, un establecimiento que no reuniera ciertas características arquitectónicas, en especial las que hacen referencia a la distribución de los espacios, no cumpliría de manera satisfactoria con la curación de los enfermos. De hecho, como nos dice Carla Yanni, durante el siglo XIX los médicos creían que entre el 70 y 90 por ciento de los casos de insanía eran curables, pero sólo si el paciente era tratado en un edificio especialmente diseñado.²⁹²

En la ciudad de Concepción las críticas a la infraestructura del Manicomio se pueden apreciar al poco tiempo de entrar en funcionamiento, se le consideraba completamente inapropiado frente al objetivo curativo que se le había asignado (en Concepción). Se reconocían los esfuerzos tanto de las respectivas administraciones como también de las autoridades regionales, las que con exiguos recursos trataron de mejorar dicha situación. La opinión en 1896 del médico del manicomio, Dr. Moisés Cruz es bastante esclarecedora:

El local en que fue instalado no reunía, desgraciadamente ninguna de las condiciones que requieren establecimientos de esta clase y solamente,

Dos grandes patios contiene este establecimiento, los que, a su vez, están subdivididos en otros dos. La parte posterior de la manzana en que está ubicado, pertenece al hospital i se construyen en ellas tres salas nuevas.

De sentir es que no haya terreno contiguo, disponible para el trabajo, pero tal vez se podría adquirir fácilmente comprando en algunas de las manzanas adyacentes.”

²⁹⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 988, Concepción 19 de febrero de 1898, foja 118. El destacado es nuestro.

²⁹¹ Robert Castel, *El poder psiquiátrico...*, p.125.

²⁹² Carla Yanni, *The Architecture of Madness...*, p.1.

*gracias a los laudables esfuerzos de la autoridad administrativa local, para mejorar, en lo posible las malas condiciones higiénicas de la casa, instalando un bien estudiado servicio de desagües, una provisión abundante de agua, etc., se ha logrado corregir, en parte, sus gravísimos efectos.*²⁹³

El proyecto inicial del Manicomio de Concepción realizado por el Dr. Manuel Beca tomaba en consideración la subdivisión de los cuatro patios con que contaba el edificio del Buen Pastor, esto tenía por sentido contar por lo menos con cuatro secciones por sexo y enfermedad resultando un total de ocho patios. Lo anterior ratificaba que el nuevo Manicomio del sur debía cumplir funciones terapéuticas y no meramente de resguardo y absorción de crónicos o dementes, los cuales no requerían una mayor diferenciación de espacios.²⁹⁴ El problema fue que el establecimiento utilizó el mismo ordenamiento espacial que tenía la congregación cuando asilaba a las religiosas, por tanto existió una reducida diferenciación por enfermedad, de este modo se contaba con dos secciones por sexo las que albergaban a dementes y agitados respectivamente, esto redundaba en la creencia por parte de la administración de encontrarse imposibilitados de cumplir las funciones terapéuticas esperadas.

En el año 1896 la Junta de Beneficencia de Concepción planteaba que: “en la actualidad carece el manicomio de departamentos adecuados para los agitados, los dementes i los convalecientes i para todos, i en especial para estos últimos, es indispensable establecer una completa separación.”²⁹⁵ Del mismo modo el establecimiento no contaba con un terreno anexo que permitiera practicar el cultivo de productos agrícolas,²⁹⁶ siendo considerado éste un elemento central del proceso curativo de la insania, a lo más se contaba con un taller de zapatería y otro de carpintería, que daban cierta distracción a un grupo

²⁹³ Moisés Cruz, *El Manicomio de Concepción...*, p. 277.

²⁹⁴ “Actualmente toda el área está dividida en cuatro grandes patios, que a su vez podrían convenientemente ser subdivididos en otras tanto con el fin de contar a lo menos con cuatro secciones para cada sexo que permitiesen separar a los asilados en otras tantas categorías según la forma de enajenación de que estuviesen afectados.” Manuel Beca, *Informe sobre el establecimiento...*, Foja s/n. p. 4.

²⁹⁵ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 3 1892-1897, sesión de 3 de Junio de 1896, foja 272

²⁹⁶ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, Concepción 9 de junio de 1902, foja 244. p 9. El Manicomio de Concepción “Es un edificio de material solido de un solo piso, con patios estrechos, sin horizonte, ni la mas pequeña cantidad de tierra para cultivar como sería necesario para la distracción i facilidad de recreación de los pacientes.”

reducido de insanos, por tanto la ergoterapia en esta institución era de carácter más bien limitada.

Podemos resumir que para 1910 el establecimiento contaba con: una sección de hombres, una sección de mujeres con sus respectivos comedores, patio de trabajo con dos talleres, uno de carpintería y otro de zapatería, baños, un almacén, una botica y una sala del doctor, la cual poseía una máquina para aplicación de electricidad, por otro lado, el establecimiento no contaba con un pensionado, a lo más, se les daba una comida de mejor calidad a las personas que pudiesen pagarla.²⁹⁷ Por último, el Manicomio tuvo una casa de observación hasta 1897, la que fue suprimida por los costos que significaba mantenerla, ésta tenía por función atender a los enfermos que recién llegaban al establecimiento.

Como dijimos el alienismo decimonónico había puesto sus esperanzas en el asilo como instrumento de regeneración moral, constituyéndolo como elemento central del proceso de curación, cabe notar que ésta visión tuvo un gran desarrollo en la psiquiatría francesa, donde una de sus figuras más prominentes fue el médico Philippe Pinel.

El sociólogo Robert Castel, nos plantea que el gran cambio realizado por Pinel fue haber establecido un ordenamiento del espacio hospitalario, el que se caracterizó por la unión de tres dimensiones que se pueden considerar heterogéneas, estas eran la clasificación del espacio institucional, organización nosografía de las enfermedades mentales, organización de una relación específica de poder entre médico y enfermo, “el tratamiento moral”.²⁹⁸ De estos tres elementos queremos hacer notar especialmente el primero, el cual tenía por sentido organizar de forma racional y eficiente el funcionamiento interno del asilo, el que pasaba por la separación de los insanos en distintos niveles, así “era necesario separar a los hombres de las mujeres, a los incurables de los curables, a los violentos de los inofensivos, a los limpios de los sucios; se trataba en realidad de una escala de progreso de modo que los que mostraban mejoría podían ascender de nivel hasta ser dado de alta.”²⁹⁹ A través de lo anterior se quería consolidar un espacio de diagnóstico, observación y vigilancia, que tendría por sentido el establecimiento de un tratamiento científico de la insanía.

²⁹⁷ Ana María Navarrete, *Historia de la psiquiatría penquista...*, 168-176.

²⁹⁸ Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, pp. 67-68.

²⁹⁹ Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Fondo de Cultura Económica, México D.F. 2002. p 117.

Lo que expusimos en el apartado anterior, no paso de ser en el caso chileno una declaración de principios, dado que la precariedad del sistema asistencial no permitía concretar reformas arquitectónicas en los respectivos asilos, sólo a fines del siglo XIX se inició la construcción del nuevo Manicomio Nacional el cual terminó siendo entregado en 1911 al Ministerio de Guerra, cerrándose toda posibilidad de una reforma de los establecimientos para enajenados en Santiago, lo mismo ocurrió en la ciudad de Concepción con el Manicomio Avello en el año 1929.

El reconocimiento del estado deplorable en que se encontraba el Manicomio de Concepción se hacía notar por las distintas administraciones, donde la precariedad de la asistencia fue una constante en el desarrollo de esta institución, así las malas condiciones de la infraestructura, los constantes problemas de hacinamiento de insanos y la casi nula diferenciación por enfermedad, marcaron profundamente el desarrollo y las opiniones que se hicieron en torno a este establecimiento, es por ello que el administrador, Benito Binimelis se refirió en el año 1911 a tal situación:

“Este establecimiento Sr Intendente tiene una población considerable de alienados, y no podrá ser de otro modo puesto que de Talca a Puerto Montt llegan los que necesitan éste asilo, y por consiguiente debería de estar atendido con recursos pecuniarios y con elementos de todo jénero para recibir y curar enfermos i no aglomerar simplemente a desgraciados sin medios materiales de conseguir otro objeto.

La vetustez del edificio es tal que si no se pone manos en este verano para cambiar en mucha parte el tejado, seguramente se vendrá abajo, la insuficiencia del local es tal que en una pieza donde debería de haber cincuenta se pone ochenta a cien. Como he tenido ocasión de hacer presente muchas veces en el seno de la H. Junta.”³⁰⁰

Las autoridades administrativas del Manicomio de Concepción junto con los miembros de la Junta de Beneficencia plantearon en muchas ocasiones la necesidad de reformas que permitiesen establecer un tratamiento más científico de la locura, frente a ello, se identificaba perfectamente el “deber ser” de una institución para enajenados, la cual,

³⁰⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1153, Concepción 22 de septiembre de 1911, foja s/n.

tenía por función curar a través de una terapéutica que conllevaba a su vez un proceso moralizador frente a la insania.³⁰¹ En este sentido se consideraba que el único medio que permitiría superar el estado en que se encontraba el establecimiento, era a través del traslado de los insanos a un nuevo edificio que reuniera las condiciones arquitectónicas necesarias para este tipo de establecimientos. Esto era expuesto de la siguiente forma en la memoria del Manicomio de Concepción del año 1910, en la cual se dice que:

“Todo manicomio debe ser a la vez un hospital destinado al tratamiento de los enajenados, un refugio para los locos incurables; una casa de educación moral y física; una escuela primaria, artística, científica i religiosa; un establecimiento industrial i también hortícola-agrícola; un lugar de aislamiento de seguridad i preservación.

Desgraciadamente, este establecimiento no reúne en ninguna de sus partes las buenas cualidades que hace notar el doctor Luis Lain, para darle el verdadero nombre de manicomio, es más bien señor Intendente una casa de reclusión para penados i no una que sirva para la curación de enfermedades mentales.

*El local destinado para el nuevo Manicomio, una vez terminado, sería un establecimiento de primer orden i que reuniría todas las buenas condiciones que requiere una casa de locos; porque además que sus edificios prestarían toda clase de comodidades, albergarían mucho más enfermos que hoy día no se les puede admitir por la falta de lugar para colocarlos.”*³⁰²

Hemos dado cuenta la situación en la que se encontraba el Manicomio de Concepción mientras funcionó en el antiguo edificio que había pertenecido a la Congregación del Buen Pastor, no es casualidad que la junta de Beneficencia en el año 1920 considerara que “el establecimiento que hoy ocupan los alienados puede decirse que no es habitable, es una inhumanidad mantenerlos allí por más tiempo.”³⁰³ Frente a lo

³⁰¹ El proceso de moralización al interior del asilo fue tratado en el capítulo 2 de esta misma investigación.

³⁰² ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1272, Concepción 7 de Enero de 1910, foja 20. El destacado está presente en el original.

³⁰³ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 8, 1919-1922, sesión 12 de julio de 1920, foja 48.

anterior creemos que las autoridades, tanto de gobierno (Intendencia), como de la Beneficencia en la ciudad de Concepción, consideraban que el Estado era el que debía solucionar los problemas que aquejaban a esta institución, dado que el Manicomio era reconocido como el establecimiento más fiscal de la Beneficencia, que cumplía además de una función terapéutica-asistencial, el rol de resguardar el orden y la moral pública, recibiendo insanos desde las distintas provincias del Sur.³⁰⁴

Para nosotros, los problemas ligados al bajo presupuesto junto con las carencias en infraestructura determinaron la imposibilidad de recibir y mantener en condiciones óptimas el crecido número de insanos que requerían algún tipo de asistencia, delimitando con ello el funcionamiento de la institución.

- Necesidad de reformas en el Manicomio.

En la ciudad de Concepción se consideraba necesario concretar una reforma de la institución manicomial que permitiera establecer un tratamiento más científico de la locura, es por ello que las distintas administraciones del asilo plantearon la urgencia de construir un nuevo edificio, que reuniera las condiciones mínimas de asistencia que requerían éste tipo de establecimientos.

Es posible constatar que, tanto la Junta de Beneficencia como la Intendencia de Concepción presentaron un gran interés por consolidar el Manicomio del sur, proponiendo en distintas oportunidades la necesidad de traslado de los insanos a un nuevo edificio. Creemos que la preocupación por afianzar este tipo de establecimientos radicaba en el compromiso que tenía la elite nacional con el resguardo del orden y la moral pública, ya que en el loco se veía un potencial peligro para la sociedad.³⁰⁵

A su vez, es posible reconocer que en Santiago no hubo una disposición real por mejorar la situación en que se encontraba el Manicomio de Concepción, sino más bien, se produjo un empeoramiento de las condiciones asistenciales a través de la saturación de la institución, por el envío de dementes o crónicos desde la capital. Lo expuesto anteriormente ha marcado profundamente las visiones historiográficas sobre este establecimiento, dado

³⁰⁴ Esto fue planteado en el capítulo 2 de esta investigación.

³⁰⁵ Esto es tratado en el capítulo 4 de esta investigación.

que se le ha reconocido un rol bastante marginal o simplemente se omite su existencia.³⁰⁶ El problema de tal perspectiva tiene como resultado un desconocimiento de las particularidades asociadas a este establecimiento, las cuales nos ayudan a comprender que muchas veces lo que ocurría en Santiago no necesariamente tenía que repetirse en regiones, aún más, lo que sucedía fuera de la capital muchas veces nos permite explicar procesos que tienen trascendencia a nivel nacional y que no logran ser percibidos desde Santiago.

La Escuela de Agricultura y el proyecto de Manicomio

Anteriormente dijimos que al poco tiempo de ser fundado el Manicomio en la ciudad de Concepción, se reconocía que el edificio donde funcionaba tenía un carácter transitorio, es por ello que se planteaba la necesidad de trasladar a los insanos a un lugar que reuniera mejores condiciones asistenciales. Lo antes dicho se puede apreciar en la memoria del Manicomio enviada al Intendente de Concepción, referente al segundo semestre del año 1897, en la cual se planteaba que:

*“La marcha prospera de éste establecimiento impone el cambio inmediato de local. Es imperiosa la necesidad de fundar un manicomio más vasto y más moderno, así como es preciso también establecer una colonia agrícola que proporcione trabajo a los asilados convalecientes. Estas solas razones bastarán para que Ud. interponga su valiosa cooperación, a fin de llevar a la práctica la idea de trasladar el Manicomio de Concepción al edificio ocupado hoy por la Escuela de Agricultura”*³⁰⁷

A través de la cita anterior, podemos comprender la importancia que tenía el traslado de los insanos a un local que no solamente podría contener más asilados y en mejores condiciones, sino también, proveer de un espacio rural para la realización de actividades agrícolas que eran reconocidas como una importante fuente de tratamiento (ergoterapia), además de posibilitar el autoabastecimiento de productos para la

³⁰⁶ Se pueden considerar las siguientes investigaciones: Cesar Leyton, *La ciudad médica-industrial...*, pp. 77; Paula Bell, *Locura y Familia setenta casos...*, pp. 95; Carolina Aburto, *Un Mundo Aparte...*, pp. 105. Ana María Navarrete, *Historia de la psiquiatría penquista...*, pp.685. María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., p.20.

³⁰⁷ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 988, Concepción 12 de Enero de 1898, foja 18.

institución.³⁰⁸ Cabe considerar que la Escuela Agrícola³⁰⁹ estaba ubicada en un sector rural conocido como Barrio de Puchacai, a diferencia del Manicomio que se ubicaba en el límite urbano de la ciudad y no tenía terrenos anexos para cultivos. El emplazamiento pensado para establecer el proyecto de manicomio no era al azar, dado que, ya el alienista decimonónico de origen francés Jean-Étienne Dominique Esquirol reconocía la importancia de emplazar los asilos en las afueras de las ciudades, por el menor costo de los terrenos y la necesidad de tierras de cultivos.³¹⁰ Además es importante tener en cuenta que el campo y la naturaleza tenían un reconocido papel terapéutico y curativo, dado que en aquella época se asociaba la locura con el espacio urbano.³¹¹ Tal concepción se conoce con el nombre de *determinismo ambiental*, esto significaba que el ambiente incluyendo la arquitectura determinaba formas de conducta, pudiendo generar incluso la enfermedad, de este modo los ambientes degradados en la ciudad producían población degenerada.³¹²

El proyecto de manicomio planteado al interior de la Junta de Beneficencia de Concepción enfrentó una serie de dificultades, entre las cuales se encontraba la imposibilidad presupuestaria para lograr concretar el traslado de los insanos al edificio de la Escuela Agrícola. La Junta se refería a lo anterior de la siguiente manera:

El señor Cabrera estimaba que con los fondos que contaba el Manicomio era imposible tratar de hacer el traslado de este establecimiento, pues habría que levantar un edificio nuevo que fuera otro tanto del actual i para efectuar esto no había fondos.

³⁰⁸ “Trasladando al manicomio al edificio ocupado hoy por la Escuela, se entrama el hecho a establecer un tratamiento curativo reclamado urgentemente.

Pero que aunque urgente i mui preciso no ha podido organizar, nos referimos al establecimiento de una colonia agrícola que proporcionaría trabajo i distracción a un considerable numero de enfermos convalcientes, que vienen en una inacción desesperante: se lograría por éste medio hacer más rápida i segura la curación de los insanos, se beneficiaría con el trabajo la condición rentística del Manicomio, i por último, con la distracción i el ejercicio corporal, se conseguiría sustraer al insano de esa idea fatal que le preocupa sin cesar.” Informe presentado a la Junta de Beneficencia de Concepción por los Doctores M.D. Sanhueza y N. Allende, administradores del Manicomio y Hospital de Concepción respectivamente. SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 3, 1892-1897. Sesión de 3 de junio de 1896. fojas 271-272.

³⁰⁹ La ubicación de la Escuela de Agricultura es donde se encuentra hoy emplazado el Regimiento Chacabuco de Concepción, entre las avenidas Miguel Ignacio Collao e Irarrázaval.

³¹⁰ Michel Craplet, *“La construcción de asilos...”*, p. 190.

³¹¹ Daniela Bassa, “De la Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX argentino” en Ernesto Bohoslavsky y Silvia Di Liscia, *Instituciones y formas de control social en América Latina*, Prometeo, Buenos Aires, 2005. p. 119.

³¹² Carla Yanni, *The Architecture of Madness...*, p. 8.

*El señor Prieto hizo indicación para que se solicitasen estos fondos a la comisión mista que forma el presupuesto nacional, i bien los Diputados de departamentos enviándoles todos los antecedentes del caso.*³¹³

Otro escollo que debió enfrentar el proyecto de manicomio, fue la utilización del edificio de la ex Escuela de Agricultura por parte de los militares en el año 1902, situación que logró ser superada a través de las gestiones organizadas por la Junta de Beneficencia, en especial por su presidente que a su vez era el intendente de la provincia, finalmente los militares entregaron el edificio en el año 1904.³¹⁴

³¹³ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 4, 1898-1903, Sesión de 14 de mayo de 1901, foja 266.

³¹⁴“El señor presidente dice que la comisión que tuvo a bien nombrar la H. Junta en la sesión anterior para que recibiera del local que ocupaban los ingenieros militares, compuesta de los administradores del Manicomio i del presidente de la junta se traslado al mencionado local en unión del jefe de la zona, quien hizo entrega de la propiedad. No escitiendo ninguna disposición ni decreto supremo para hacer entrega a la H. Junta de esta propiedad, tuvo que recibirla en su calidad de intendente de la provincia i en representación del señor ministro de Industrias i obras públicas.” SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 5, 1902-1910. Sesión de 25 de Julio de 1904, foja 104

Plano de la ciudad de Concepción en 1892.³¹⁵



Es interesante constatar que la Escuela de Agricultura no había sido cedida por el Gobierno al Manicomio, por tanto, se planteaba la necesidad de que los Diputados y Senadores de la provincia ayudaran a gestionar la entrega a la Junta de Beneficencia de dicho edificio. Cabe reconocer que fue en el Congreso Nacional donde se generó una verdadera política del consenso en el período parlamentario, (etapa en la que se inserta nuestra investigación), por ende, era justamente este el que gestionaba y promovía las posibles soluciones a los problemas presentes en las distintas provincias del país.³¹⁶ En este sentido, los congresistas eran importantes interlocutores de las necesidades locales (provincias) constituyéndose como elementos centrales de una política descentralizadora,

³¹⁵ Fuente: Plano de la ciudad de Concepción, enero de 1892. Levantado por Edmundo Larenas. Hemos marcado el plano con dos rectángulos: uno rojo que hace alusión a la ubicación del antiguo edificio de la Congregación del Buen Pastor (Manicomio de Concepción), el otro de color amarillo donde se ubicaba la Escuela Agrícola. Este plano fue facilitado por el Dr. Mauricio Rojas, Director del Programa de Magister en Historia de Occidente de la Universidad del Bío-Bío.

³¹⁶ Juan Carlos Yáñez, *Estado consenso y crisis social...*, p. 85

cuyo objetivo era concretar una serie de beneficios para las zonas que estos representaban.³¹⁷ Frente a lo anterior, la Junta se refería en los siguientes términos:

*“El Sr. Sanhueza P. estima innecesario el nombramiento de una comisión especial por cuanto tiene conocimiento que esciste en el archivo del Senado un proyecto sobre la materia, de modo que, lo que creía conveniente era dirigirles a los senadores de la provincia notas a nombre de la H. Junta, para que se le de curso al mencionado proyecto. Él por su parte había hablado con Don Juan Castellón, quien a quedado de activar éste asunto.”*³¹⁸

Finalmente en el año 1905 se aprueban los arreglos necesarios en la infraestructura del edificio de la ex Escuela de Agricultura que permitiría trasladar a los insanos del Manicomio a nuevas dependencias. En nota enviada desde la Intendencia de Concepción al Ministerio del Interior, se planteaba que:

“El arquitecto Don Eleodoro Gonzalez B. fue comisionado para estos efectos y ha presentado el proyecto de un edificio definitivo y el presupuesto de reparación que tengo el honor de acompañar. Proyecto y reparaciones alcanzan un costo de \$ 169.865.30; pero si se invierten sólo \$100.000 quedaran terminadas las reparaciones y gran parte del edificio definitivo.

Si en los presupuestos del año próximo se consultara esa suma, dariase comienzo a los trabajos de uno de los establecimientos que más requiere la atención pública en el sur del país, pues a él acuden todos los enfermos desde el Maule al Sur. En la actualidad el inadecuado y estrecho local que hace de Manicomio, Impide con demasiada frecuencia no dar lugar a solicitudes de enfermos que necesitan la atención de establecimientos de esta naturaleza.

³¹⁷ *Ibíd.* pp. 92-94

³¹⁸ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 5, 1902-1910. Sesión de 25 de Julio de 1904, foja 104. Cabe aclarar que Juan Castellón era Senador por Concepción.

El Manicomio en proyecto consulta todos los adelantos y capacidad bastante para recluir en él a los que lo solicitan, domiciliados dentro de los límites de la zona encargada de atender.”³¹⁹

Para el año 1906 las posibilidades de concretar el traslado al nuevo edificio encontraron una férrea oposición por parte del Gobierno central, ya que desde Concepción se solicitaba una cantidad de dinero que permitiría terminar los trabajos de reconstrucción del nuevo Manicomio de Concepción en el terreno de la ex Escuela Agrícola, la respuesta dada por el Presidente de la República, don Pedro Montt al médico del establecimiento Moisés Cruz, fue la siguiente:

“El primer mandatario de la nación manifestó que no era posible en la actualidad distraer esta importante suma por motivos económicos i que era necesario tomar otras medidas i mas bien, clausurar el establecimiento enviando a la capital todos los enfermos en curación i al Hospicio de esta ciudad los que se hallen en estado de demencia. Por otra parte, tenía conocimiento que los hospitales estaban estrechos en los edificios actuales i el del Manicomio les daría ensanche donde podría habilitarse salas para niños pensionados.”³²⁰

La cita anterior nos permite reforzar la idea que hemos venido esgrimiendo hasta aquí, ésta es, que en la ciudad de Santiago no se reconocía la función que se estaba realizando en el Manicomio de Concepción, ya que la intención de clausurar la institución tiene por sentido ratificar que el establecimiento no está cumpliendo un rol asistencial importante en el Sur de Chile. Lo que aún causa mayor extrañeza es la reacción tenida por el Presidente de la República Pedro Montt, el cual, estaba familiarizado profundamente con este tipo de instituciones, ya que él había sido administrador de la Casa de Orates de Santiago. Pensamos que la reacción del Presidente Montt pudo deberse principalmente a dos elementos, por un lado el Estado ya estaba invirtiendo grandes sumas de dinero en el Manicomio Nacional, lo cual significaría realizar una nueva inversión para este tipo de establecimientos, y por otro, el Manicomio de Concepción era concebido como un

³¹⁹ ARNAD, Ministerio del Interior, Vol. 3073, Concepción 26 de Octubre de 1905, foja 292.

³²⁰ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 5, 1902-1910. Sesión de 23 de octubre de 1906, foja 250.

establecimiento provisorio, por tanto no se iban a arriesgar a perder lo invertido en aquella institución.

El proyecto de Manicomio en la ex Escuela Agrícola no pudo terminarse, pero de todas formas es interesante poder identificar algunos elementos centrales de dicho establecimiento.

Es posible reconocer en el plano del proyecto de Manicomio de Concepción en la ex Escuela Agrícola, algunos elementos que denotan una cierta intencionalidad en su ordenamiento arquitectónico, es por ello que nosotros hemos dividido el plano en cuatro rectángulos, que a su vez, representan distintas secciones al interior del edificio. Así podemos ver que el rectángulo de color rojo, hace alusión a la sección de convalecientes (pacientes que están pronto a salir de la institución) los que a su vez, tienen la presencia permanente del alienista, dado que ahí se encuentra la sala del médico (esquina inferior del plano), también es posible reconocer en el rectángulo azul la sección de agitados, los cuales, se encuentran sobre los convalecientes, por otro lado, el rectángulo amarillo hace alusión a la sección de tranquilos y dementes, y por último, el rectángulo verde nos muestra la sección funcionarios administrativos (Director, Ecónomo, Estadístico).

Se puede ver que la sección de convalecientes requiere una presencia médica especial (por ello la ubicación de la sala del médico), dado que, son los enfermos que ya han logrado superar en forma satisfactoria la enfermedad, estos pacientes requerirían ciertos cuidados especiales, entre los que se considera el aislamiento frente a los otros insanos, a su vez, se puede decir que se encuentran mucho más cerca de la salida de la institución, lo cual, demostraría que el ordenamiento espacial del asilo denota una cierta escala de progreso frente a la enfermedad, mientras más cerca de la salida y de la sala del médico más sano se encontraría el insano. También es posible identificar que la sección de agitados se encuentra más cercana a la sala del médico que la sección de tranquilos y dementes (crónicos), los que estarían más cerca de la administración. Esto nos hace pensar que los agitados tendrían una mayor acción por parte del médico que los dementes, lo que se entiende por ser estos últimos pacientes incurables.

Una característica interesante a considerar respecto a este proyecto de Manicomio es que no presentaría una gran diferenciación por enfermedad, manteniendo así el ordenamiento por agitados, tranquilos y dementes que ya presentaba el Manicomio de Concepción en el antiguo edificio, lo novedoso respecto a este último sería la sección de convalecientes, esta última era planteada como una necesidad por las distintas administraciones del establecimiento.

El proyecto de Manicomio en la ex Escuela Agrícola permanecerá en el recuerdo de la autoridades provinciales, es así que para el año 1909 se planteaba la necesidad de trasladar los enfermos al nuevo edificio, esto permitiría no sólo satisfacer las necesidades de asistencia frente al excesivo número de insanos que llegaban a Concepción, sino también poder dar ensanche al hospital anexando el antiguo manicomio, el que proveería de cuatro nuevas salas, donde dos de ellas serían para tuberculosos.³²²

En la memoria de la Intendencia de Concepción del año 1910 se planteaba que:

*[El Manicomio] funciona en un local que se hace ya insuficiente e inadecuado, para éste establecimiento está destinado un espacioso local antiguo de la Escuela Agrícola. Al cual se le han hecho algunos arreglos, pero aún faltan fondos para dejarlo en estado de habitarlo.*³²³

El Manicomio Avello

Cuando hablamos del Manicomio Avello, nos referimos a un proyecto manicomial solamente equiparable con el Manicomio Nacional de Santiago, este no pudo cumplir sus funciones asistenciales, ya que había sido primero ocupado por los militares y posteriormente vendido al Ministerio de Guerra en el año 1911.³²⁴

³²² En la Memoria de la Intendencia de Concepción para el año 1909, en el apartado referente a Beneficencia se planteaba que “Los establecimientos de beneficencia existentes en la ciudad no satisfacen la demanda de asilo que hacen diariamente las clases desvalidas haciéndose indispensable la construcción del nuevo manicomio para anexar al hospital el local que ocupa actualmente ese asilo. Se instalarán en el cuatro nuevas salas, dos de ellas para tuberculosos.” ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1272, Concepción 22 de abril de 1910, foja s/n.

³²³ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1274, Foja 344, p.4. Memoria de la Intendencia de Concepción para el año 1910. Los corchetes son nuestros.

³²⁴ “El Gobierno contrató el año 1911, con la Junta de Beneficencia de Santiago, la compra de ciento ochenta i un mil setecientos diez metros cuadrados, con los edificios del nuevo manicomio situado en la comuna de providencia del departamento de Santiago, para destinarlo a diversas necesidades del Ministerio de Guerra.”

El Manicomio Avello recibe aquel nombre en honor a un conocido hacendado y filántropo de Concepción llamado José Cardenio Avello,³²⁵ el cual legó por testamento en el año 1912 todo su patrimonio a la Junta de Beneficencia y al Obispado de Concepción. Dicha herencia trajo como consecuencia un largo conflicto judicial que involucró a familiares del testador y a una serie de instituciones, entre ellas: la municipalidad de Concepción, el Obispado de Concepción y a las Juntas de Beneficencia de Concepción, Lautaro y Santa Juana. En la sesión de la Cámara de Diputado del día 28 de octubre de 1915. El diputado Enrique Zañartu recordaba algunas características de este litigio:

“Cuando las Juntas de Beneficencia se presentaron a pedir la posesión efectiva de la herencia, se encontraron con que la municipalidad también reclamaba la posesión efectiva de esta herencia; i hubo un pleito que el gobierno de entonces,- mejor dicho, el señor Rivas aquí presente,- tuvo el buen tino de salvar en una forma que es muy honrosa para su Señoría i que ha sido mui beneficosa para los interesados (...)

*Este veredicto ha dejado a la Junta de Beneficencia de Concepción en posesión de algo así como la tercera parte de esa herencia; a la Junta de Beneficencia de Santa Juana, en posesión de otra tercera parte i al Obispado de Concepción con el resto.”*³²⁶

Para el año 1914 los problemas derivados de la herencia Avello no se habían solucionado, a lo más, se había creado un consejo administrativo integrado por los beneficiarios del testamento llamado Comunidad Avello. En diciembre del mismo año, el Gobierno a través de un decreto ocupa un millón de pesos en la construcción de un proyecto de Manicomio modelo en la ciudad de Concepción, nosotros hemos hecho notar que este acto respondía al carácter especial que tenían los asilos para enajenados respecto a los otros establecimiento administrados por la Beneficencia, todo ello en el contexto de

BCNCh, Boletín de sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados 1915. Sesión del 13 de Agosto de 1915. p 1093.

³²⁵ Para una breve biografía del Sr. José Cardenio Avello, véase: Virgilio Figueroa, *Diccionario histórico, biográfico y bibliográfico de Chile*, Balcells & Co., Santiago, 1928, Tomo II. p.40.

³²⁶ BCNCh, Boletín de las sesiones extraordinarias de la Cámara de Diputados 1915-1916, sesión del 28 de octubre de 1915. pp. 217-218

desarrollo de un Estado Guardián del orden.³²⁷ La respuesta de la Junta de Beneficencia a tal resolución tomada en Santiago, fue la siguiente:

El Sr. Valdivia dice que estima de su deber dar cuenta de un incidente ocurrido en la última sesión del consejo de la Comunidad Avello. Él en seguridad de representar la opinión de la mayoría de los miembros de la H. Junta opinó por qué debiera suspenderse la construcción del nuevo Manicomio a lo que se le contestó que dicha construcción había sido ordenada por un decreto supremo i por lo tanto es indispensable llevarla a cabo.

*Estima que siendo las Juntas de Beneficencia las herederas, son ellas las que debieran decidir la forma en que se invirtiera la herencia, ya que son ellas también las que de más cerca conocen las necesidades de la región beneficiada.”*³²⁸

Pensamos que la creación de un nuevo Manicomio que reuniera las condiciones arquitectónicas consideradas necesarias para éste tipo de establecimiento, respondía, por un lado, a la pérdida del Manicomio Nacional por parte de la Beneficencia de Santiago, y por otro, a las sucesivas peticiones de las autoridades provinciales de trasladar los insanos de Concepción a un nuevo edificio (costo que las autoridades centrales no habían querido asumir). El problema como vimos radicaba en que el Gobierno no consultó a la Beneficencia de Concepción la posibilidad de invertir recursos en la construcción de un nuevo manicomio modelo. Lo anterior no sólo generó una oposición desde la Junta de Beneficencia, sino también al interior de la Cámara de Diputados, en que se planteaba la posible ilegalidad del decreto que creaba el nuevo Manicomio, además se reconocían las posibles repercusiones financieras de tal decisión, las que afectarían directamente a los demás establecimientos administrados por la Beneficencia.³²⁹

³²⁷ Esto fue tratado en extenso en el capítulo 2 de esta investigación.

³²⁸ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 6, 1910-1916, sesión del 25 de Mayo de 1915. fojas 311-312.

³²⁹“*Hai un decreto, del 14 de diciembre último, por el cual el Gobierno toma un millón de pesos de la herencia Avello para hacer en Concepción un Manicomio. Yo estimo que este decreto tiene que ser ilegal porque el Gobierno no ha podido tomar estos fondos sin que la Beneficencia dueña de ellos, acepte esta resolución. (...)*

La Junta de Beneficencia de Concepción planteaba respecto a la construcción del Manicomio Avello, lo siguiente:

“Mientras no se liquide la herencia Avello no es prudente comprometerse en gastos tan considerables con cargo a ella, como lo que impondría la ejecución completa del proyecto del Manicomio Avello hecho por el Sr. Doyere, sin acuerdo de la Junta.

Que con la parte contratada de esas obras se puede atender perfectamente no sólo la asistencia de los alienados de este departamento (que son los que el testador quiso favorecer), sino que también los de una gran parte del sur del país, a juicio de la Junta que es la encargada de este servicio, acuerda dirigirse al Supremo Gobierno para manifestarle que vería con agrado que mientras no se liquide la herencia Avello no se destinen mayores fondos de su capital a la construcción de nuevas obras del Manicomio Avello, sin perjuicio de que si se quiere darse a ese establecimiento una mayor capacidad que la que se necesita para atender los enfermos de esta provincia, se busquen recursos provenientes de otra fuente que de la herencia Avello dejada a los pobres de esta ciudad.”³³⁰

Es fundamental recordar que el Manicomio de Concepción era considerado como la institución más fiscal de la beneficencia, por ende, se pensaba que era el Gobierno el que debía aportar con los recursos necesarios para terminar la construcción del nuevo establecimiento, además, ésta institución pertenecía a un proyecto nacional de asistencia frente a la locura, ya que recibía a los insanos provenientes desde Talca al Sur, a diferencia de los otros establecimientos administrados por la Junta de Beneficencia de Concepción, que tenían claramente un espacio de acción mucho más local.

A través del cuadro N° 13 es posible identificar la distribución de recursos de la herencia Avello hecha por la junta de Beneficencia en el año 1915, esto demostraría a nuestro parecer las prioridades asistenciales por parte de la Beneficencia en Concepción.

Desde luego se sustrae la suma de un millón de pesos a la Beneficencia de Concepción i de Santa Juana, cuando las Beneficencias de estas localidades están en un verdadero estado de miseria.” BCNCh, Boletín de las sesiones extraordinarias de la Cámara de Diputados 1915-1916, sesión del 28 de octubre de 1915. p. 218

³³⁰ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 7, 1916-1919. sesión del 12 de marzo de 1917. Foja 15

Cuadro N°13Asignación de recursos de la herencia Avello por establecimiento.³³¹

Institución	%
Hospitales	28%
Hospicios	27%
Manicomio	20%
Cementerio	8%
Asistencia Publica	10%
Dispensarios	5%
Lazareto	2%
Total	100 %

La restricción en el gasto de recursos provenientes de la herencia Avello limitó las posibilidades de construir el proyecto completo del Manicomio Avello, propuesto por el arquitecto Emilio Doyere.³³² Es importante recalcar que éste proyecto de Manicomio fue creado en Santiago, por ende, no representaba la visión existente en la ciudad de Concepción en torno al “deber ser” del manicomio del Sur, especialmente en lo referente a las funciones terapéuticas y tipo de asilados que debía contener (curables o incurables).

La ubicación del nuevo Manicomio Avello sería la misma que la del proyecto anterior, o sea, en los terrenos de la ex Escuela Agrícola que ya habían sido cedidos por el Gobierno a la Junta de Beneficencia de Concepción.

El diseño original del nuevo Manicomio contemplaba la creación de: 22 pabellones diseminados (11 por cada sexo), 1 edificio central de la administración (entrada), 1 edificio de enfermería y clinoterapia³³³, 2 pabellones de observación, 4 talleres, 1 pabellón de las monjas y capilla, 1 sala de cirugía y botica, casa del director, morgue, baños, cocina almacén y por último el campo de cultivos del Manicomio.

El número de asilados que podría asistir el establecimiento era de 800, de los cuales 532 serían crónicos o incurables, la cifra anterior no considera los posibles crónicos de los pabellones del pensionado de 1ª y 2ª clase, los cuales sumarían un total de 92 asilados, por

³³¹ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 6, 1910-1916. Sesión del 12 de Agosto de 1916. Foja 393.

³³² Para una breve biografía del Sr. Emilio Doyere, véase: “Grandes personalidades de la Universidad de Chile, Emilio Doyere Rouvieres” en *Boletín Académico de la Universidad de Chile*, N° 1, Santiago, verano de 2007. p. 7.

³³³ La clinoterapia o encamamiento es un tratamiento consistente en mantener al enfermo en cama.

otro lado, los insanos curables o en tratamiento comprenderían un total de 144, donde 64 corresponderían a los tranquilos en tratamiento y 80 de los asistidos en el edificio de la enfermería y clinoterapia,³³⁴ por último 32 asilados en los pabellones de observación (posibles insanos, recién llegados al manicomio para ser nuevamente evaluados), estos podían ser curables e incurables.

Con los datos anteriormente expuestos, queda claro que el proyecto de Manicomio Avello cumpliría la función de asistir principalmente pacientes crónicos y en una menor medida atendería a los locos curables, esto determinaba que la Casa de Orates de Santiago cumpliría el rol terapéutico principal en la asistencia de enajenaciones en Chile.

Estimamos de suma importancia poder comprender los elementos de intencionalidad presentes en el plano del proyecto de Manicomio Avello, los cuales, nos permiten identificar aspectos no considerados en las fuentes (escritas) consultadas para esta investigación. Pensamos junto con Cristina Rivera-Garza, que la clasificación espacial de los pacientes al interior del asilo intentó asegurar el orden interno de la institución, validando de paso jerarquías prevalecientes en la sociedad.³³⁵

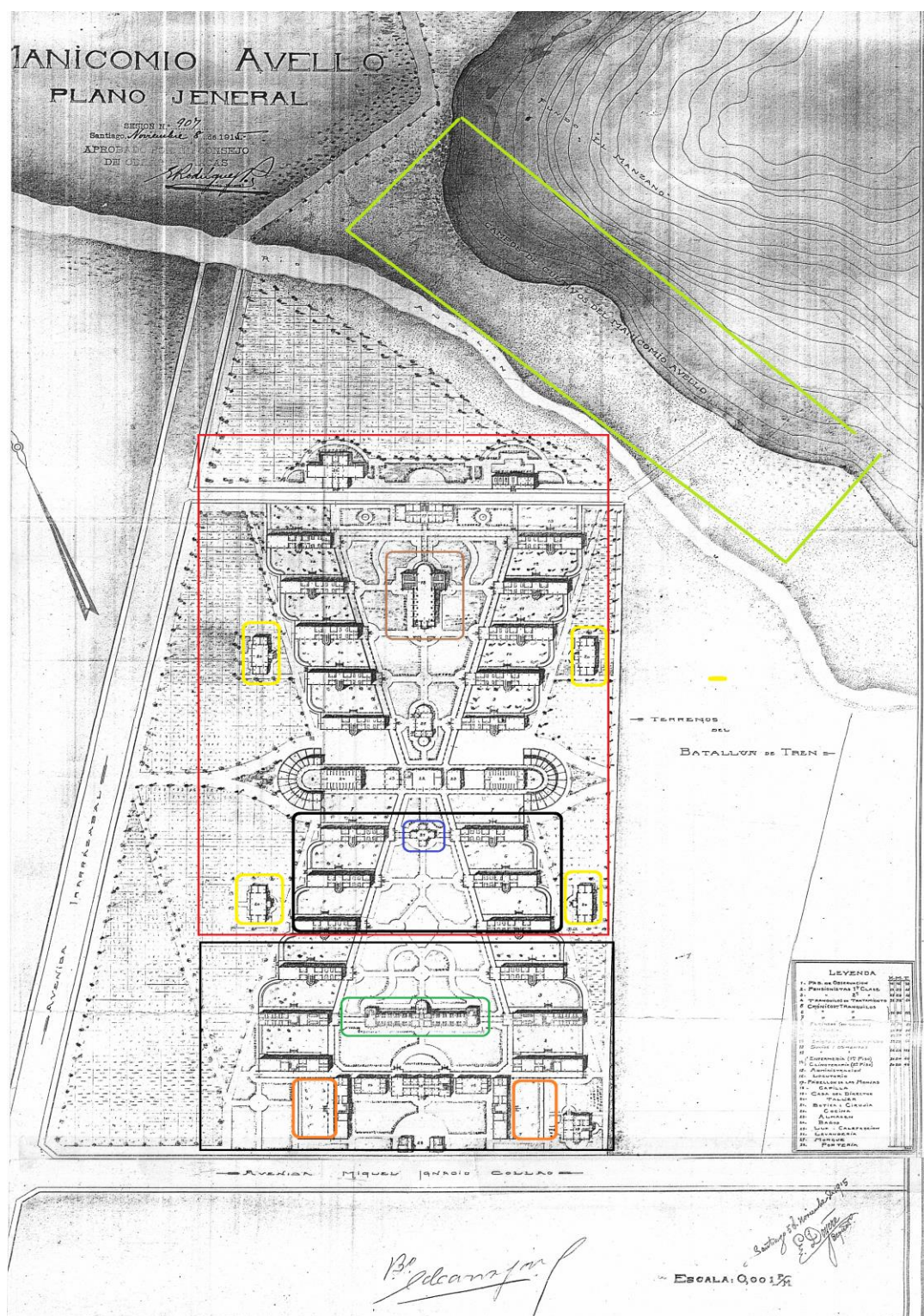
El plano del proyecto de Manicomio Avello lo hemos dividido en tres rectángulos principales uno de color negro, otro de color rojo y uno de color verde (éste último hace referencia a los terrenos de cultivos del establecimiento).

Al analizar el primero de ellos podemos apreciar que en éste se encontraría la entrada del manicomio, al lado de esta se ubican los pabellones de observación en color naranja, arriba de la entrada hay seis pabellones, (tres por cada sexo) los primeros dos hacen referencia al pensionado (1ª y 2ª clase) y el tercero es para los tranquilos en tratamiento, además se encuentra encerrado en un rectángulo de color verde el edificio de enfermería y clinoterapia.

³³⁴ Datos obtenidos de la leyenda del plano del proyecto de Manicomio Avello, reproducido en este capítulo.

³³⁵ Cristina Rivera-Garza, "Becoming mad in revolutionary Mexico: mentally ill patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930" en Roy Porter and David Wright (ed), *The Confinement of the Insane, international perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003]. p. 264.

Plano del proyecto de Manicomio Avello³³⁶



³³⁶ Fuente: Plano General del Manicomio Avello, 5 de noviembre de 1915, Arquitecto Emilio Doyere, En: ARNAD, Ministerio del Interior, Vol. 4436.

Respecto a los elementos presentes en el rectángulo de color negro podemos plantear lo siguiente:

- Los pabellones de pensionistas son los que se ubican más cerca de la entrada (salida), lo cual a nuestro parecer denotaría que independiente de la gravedad de la enfermedad (posible cronicidad) estos pacientes no debían estar en el Manicomio, dado que la locura se asociaba preferentemente con las clases bajas de la sociedad.³³⁷
- Los pabellones de pensionistas se ubicaban muy cerca del edificio de enfermería y clinoterapia, por ende tenían acceso directo al tratamiento proporcionado por la institución (los pensionistas tendrían más posibilidades de ser curados de la insanía).
- Los pabellones de observación (lugar de evaluación médica para los ingresos al manicomio) se encontraban a los costados de la entrada del establecimiento, no estando integrados en el ordenamiento de los pabellones de pacientes con permanencia en el Manicomio.
- El pabellón para tranquilos en tratamiento, se encontraba más cercano a la entrada (salida) del establecimiento y también adyacente con el edificio de enfermería y clinoterapia (en especial para pacientes agudos y subagudos, o sea, curables). Al parecer mientras más cerca de la entrada, existirían más posibilidades de salir de la institución.

Por otro lado en el rectángulo de color rojo es posible identificar los pacientes crónicos o incurables, al interior de éste se aprecian: los talleres en color amarillo, la capilla religiosa en color café, en color negro los pabellones de crónicos tranquilos y en azul la botica y cirugía

Respecto a los elementos presentes en el rectángulo de color rojo podemos plantear lo siguiente:

³³⁷ “A pesar del ideal psiquiátrico de aislamiento de la comunidad, el desarrollo del asilo debe ser comprendido dentro del contexto de un complejo sistema de servicios e instituciones para las clases trabajadoras” Patricia Prestwich, “Family strategies and medical power: voluntary committal in a Parisian asylum, 1876-1914” en Roy Porter and David Wright (ed), *The Confinement of the Insane...*, p. 97. (La traducción es nuestra).

- El rectángulo negro hace alusión a los pabellones para crónicos tranquilos los cuales a los lados presentan talleres por sexo (rectángulo amarillo), por tanto estarían sometidos a la ergoterapia (al parecer solamente los pacientes crónicos trabajarían en los talleres). Además se ubicarían cerca de la botica y cirugía lo que nos hace pensar que estarían sujetos a algún tipo de tratamiento aparte de la moralización por el trabajo.³³⁸
- Los pabellones para crónicos tranquilos se encontrarían más cerca de la entrada (salida) que los demás pacientes incurables del Manicomio, por tanto, a nuestro parecer tendrían mayores posibilidades de salir del establecimiento, dado que el Estado guardián se preocupaba preferentemente de encerrar en este tipo de establecimientos a los insanos considerados agitados o peligrosos.
- Los otros pabellones del rectángulo rojo no tendrían cerca ninguna otra forma de tratamiento aparte del trabajo en talleres o en los terrenos de cultivo (rectángulo verde), dado que, la curación en estos casos era considerada casi imposible, además como ya hemos dicho, mientras más lejos de la entrada existían menos posibilidades de salir de la institución.
- Es muy interesante que la capilla religiosa esté ubicada en el sector de incurables, dado que al final (desde la óptica de los creadores del plano) al parecer la fe era lo único que les quedaba para poder superar de alguna forma su enfermedad, es por esto que requerían de una mayor atención religiosa.

El proyecto de Manicomio Avello fue finalmente aprobado, pero los recursos financieros destinados al nuevo establecimiento no permitieron construir la totalidad del Manicomio presupuestado, finalmente se planteó la creación de 4 pabellones,³³⁹ siendo estos: el edificio central de la administración, edificio de enfermería y clinoterapia y dos pabellones diseminados. Creemos que es posible pensar que en la construcción del Manicomio Avello se terminó priorizando las funciones terapéuticas (edificio de enfermería y clinoterapia), por sobre las de asistencia y resguardo de crónicos, dado que, perfectamente

³³⁸ La relación entre el trabajo y los procesos de moralización en las instituciones totales, son tratados en: Jacques Donzelot, "Espacio cerrado, trabajo y moralización" en Robert Castel, (et. all.) *Espacios de poder*, La Piqueta, Madrid, 1981

³³⁹ En la memoria de la Intendencia de Concepción del año 1916 se planteaba: "Los trabajos de construcción se iniciaron en enero de 1916, después de aprobarse por el Supremo Gobierno la propuesta de los señores A. Wenz y C., para ejecutar la obra gruesa de los cuatro pabellones." ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1487, foja 193, p. 9.

se habría podido construir, por ejemplo la capilla religiosa o los talleres, que habrían tenido por función atender preferentemente a los pacientes crónicos o incurables,

El Manicomio Avello y los militares.

La construcción de los dos grandes proyectos manicomiales en Chile se vieron afectados de igual forma por la ocupación ilegal de sus instalaciones, por parte de los militares, así en el año 1898 el Estado Mayor del ejército ocupó los edificios del Manicomio Nacional que habían sido recién construidos, para acuartelar a la Guardia Nacional, y posteriormente en el año 1907 la Junta de Beneficencia de Santiago había tomado la decisión de arrendar el nuevo Manicomio al Ministerio de Guerra, el cual terminó comprando dichos terrenos y edificios en el año 1911.³⁴⁰

La situación del Manicomio Avello no fue tan distinta, el primer antecedente de una ocupación militar de un terreno destinado a Manicomio en la ciudad de Concepción, se produce en 1902, momento en que se planteaba el traslado de los insanos del Manicomio al edificio de la Escuela Agrícola, el que finalmente fue devuelto al Gobierno en el año 1904, cabe recordar que el Manicomio Avello se encontraba emplazado en los terrenos de la Escuela Agrícola, con lo cual, como vimos ya existía un interés por parte del ejército de ocupar dicha propiedad, en este sentido, antes de haberse iniciado la construcción del nuevo Manicomio los militares ya habían ocupado en 1914 nuevamente dichos terrenos, pero en esta oportunidad con la autorización de la Junta de permanecer ahí durante un período de seis meses.

La Junta de Beneficencia se refirió a lo anterior de la siguiente manera en el año 1916:

“En atención de la nota del Consejo de la Comunidad Avello, de 11 del pste, por lo que solicita se le haga entrega lo más pronto posible del edificio del nuevo Manicomio ocupado actualmente por el Regimiento Chacabuco, entrega que ha sido solicitada a dicho consejo por el arquitecto a cargo de esos trabajos, Sr. Emilio Doyere, quien considera

³⁴⁰ Juan Garafulic, “Evolución de la psiquiatría”..., p. 66.

que ya no puede retardarse por más tiempo sin grave perjuicio para la construcción del Manicomio J.C. Avello.”³⁴¹

Consideramos que las ocupaciones de terrenos pertenecientes a la Junta de Beneficencia de Santiago y Concepción, formarían parte del proceso de modernización y profesionalización del ejército chileno iniciado a fines del siglo XIX, lo que significaba no solamente crear un sistema educacional castrense de tipo “moderno”, que tenía como objetivo la creación de un soldado “científico,” sino también, implementar una movilización militar de carácter permanente, que diera respaldo al país frente a conflictos externos (países limítrofes) e internos (movimiento obrero).³⁴²

Un caso interesante de relatar fue la tensión existente entre Chile y Argentina, que para el año 1898 había alcanzado su clímax, ésta tuvo como consecuencia que el Estado Mayor General al mando del oficial alemán Emilio Koerner llamara a una movilización general dirigida en especial a las guardias cívicas,³⁴³ las cuales, algunas de ellas fueron acuarteladas en los terrenos del Manicomio Nacional.

Lo anterior debe ser relacionado con el bajo presupuesto con que contaba el Ministerio de Guerra, donde los recursos no permitían mantener una cantidad de conscriptos superior al 20% del contingente total,³⁴⁴ además de no contar con los equipos y el material de trabajo necesarios, se sumaba el problema de los cuarteles, los que ocupaban edificios viejos y pequeños, con deterioros irreparables por la falta de recursos.³⁴⁵ Bajo aquel contexto se puede comprender la razón por la cual el ejército no entregó los edificios del nuevo Manicomio, situación que era respaldada por el Gobierno, el que decidió en el año 1902 (fecha en que aumentaron las posibilidades de un conflicto bélico con Argentina) entregar los edificios del nuevo Manicomio Nacional al comandante de la Escuela de Clases.

Como dijimos la situación en la ciudad Concepción no fue tan distinta a la ocurrida en Santiago, dado que en los dos casos, el ejército ocupa sin permiso de las respectivas

³⁴¹ SCHUC, Archivo de la junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 6, 1910-1916, sesión del 12 de Agosto de 1916, foja 393.

³⁴² Gonzalo Vial, *Historia de Chile 1891-1973*, Editorial Santillana del Pacífico, Santiago, 1981, Volumen I, Tomo II. pp. 793-794.

³⁴³ *Ibíd.* p. 794.

³⁴⁴ *Ibíd.* p. 795.

³⁴⁵ *Ibíd.* p. 797.

Juntas de Beneficencia, (instituciones semi-privadas) edificios de su propiedad. Asimismo, el Gobierno tampoco intercede a favor de dichas Juntas, ya que existía un claro interés por parte del Estado guardián, de resguardar el orden externo e interno del país, por tanto, los manicomios que también cumplían funciones de defensa social, no tenían para dicho Estado la importancia que podría tener por ejemplo, un conflicto bélico con países vecinos o las acciones de protesta popular generadas desde el movimiento obrero.

Lo antes descrito queda patente en una sesión de la Junta de Beneficencia en el año 1921, en la que se encontraba presente una alta autoridad del Regimiento Chacabuco de Concepción, en ésta se planteaba que:

El Sr Ortiz Wormald escusa la inasistencia a esta sesión del Sr. Jeneral por estar enfermo i declara que hablará a nombre de él i según sus intenciones.

*Dice que tasada así la propiedad resulta mui cara: pero que es evidente la necesidad de formar en esta ciudad un cantón militar para resguardar el orden en la zona carbonífera i puede asegurar que no hai otro local que pueda servir para alojar la tropa.*³⁴⁶

Desde principios del siglo XX la zona carbonífera se caracterizó por un movimiento popular reivindicativo sumamente activo, el cual fue creciendo en magnitud y capacidad de movilización obrera, consolidándose con la gran huelga de 1920, “haciendo de la zona carbonífera el escenario de conflictos económicos y laborales cada vez más agudos.”³⁴⁷

Frente a lo anterior podemos ver que el Regimiento Chacabuco cumplía la función de reprimir el movimiento popular que se desarrollaba en aquel sector productivo cercano a la ciudad de Concepción. Es por ello que requería de espacios físicos que no implicaran mayores gastos inmediatos al fisco y que le permitiesen contener a los respectivos contingentes militares necesarios para proteger los intereses del Estado guardián.

Como vimos, la historia del Manicomio Avello está profundamente marcada por la ocupación militar de sus edificios, en éste sentido la Junta de Beneficencia de Concepción

³⁴⁶ SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1919-1922, Vol. 8, sesión del 23 de agosto de 1921, foja 262. El destacado es nuestro.

³⁴⁷ Hernán Venegas, “Crisis económica y conflictos sociales y políticos en la zona carbonífera. 1918-1931” en *Revista Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Área Ciencias Sociales y Humanidades*, N° 116, nov. 1997. p. 133.

solicitó en contadas oportunidades la devolución de las instalaciones, obteniendo una respuesta negativa por parte de las autoridades militares, frente a las dificultades ya descritas, algunos integrantes de la Beneficencia pensaron en la posibilidad de enajenar la propiedad, lo cual llevó a una larga discusión al interior de la Junta de Beneficencia en la que se tomó finalmente la resolución de no vender el Manicomio Avello.³⁴⁸

Así el nuevo Manicomio de la ciudad de Concepción entró en funcionamiento entre los años 1921 y 1922. El administrador del establecimiento en correspondencia enviada al intendente decía:

“Tengo el agrado de comunicar a Ud. que ya está hecho el traslado de todos los enfermos a su nuevo local el Manicomio Avello.

La sección de hombres fue trasladada con fecha 23 de diciembre pasado, y la sección de mujeres, solo el 4 del presente, por circunstancias que los pabellones que debía ocupar esta sección no reunían del todo las condiciones que la sección de mujeres exige.

*Sólo queda por trasladar parte del menaje y maquinarias.”*³⁴⁹

Es necesario reconocer que el desarrollo institucional del Manicomio Avello a diferencia del Manicomio antiguo,³⁵⁰ presenta una gran dificultad al momento de ser historiado, ésta dice relación con el acceso a fuentes primarias, las que son muy escasas.³⁵¹

Frente a lo anterior, creemos necesario poder identificar los elementos que permitieron el cierre del Manicomio Avello.

El nuevo Manicomio de la ciudad de Concepción cumplió funciones asistenciales hasta el año 1929, fecha en la que fue cerrado y vendido al Ministerio de Guerra, lo anterior se debió esencialmente a las presiones ejercidas desde el Ejército y Ministerio de Guerra.

³⁴⁸ “Efectuada en seguida la votación obtuvo 7 votos la indicación del Sr Fernández i 5 la del Sr. Coddou, habiéndose abstenido de votar el Sr. Presidente.

En consecuencia se acordó i contestar al Sr. ministro de la guerra la nota N° 10047 del 13 del corriente, manifestándole que la Junta no vende el Manicomio Avello porque lo necesita para sus enfermos.” SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, 1919-1922, Vol. 8, sesión del 27 de noviembre de 1920, foja 125.

³⁴⁹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1650, Concepción 16 de marzo de 1922, foja 261.

³⁵⁰ Nombre utilizado en las fuentes consultadas, para referirse al Manicomio de Concepción ubicado en el ex edificio de la Congregación del Buen Pastor.

³⁵¹ Por ejemplo el Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción solamente llega hasta 1922 reapareciendo en 1936, omitiendo así todo el período en que se desarrolló el nuevo establecimiento. Por otro lado, el Fondo de la Intendencia de Concepción, desde el año 1922 contiene volúmenes específicos del Manicomio Avello, pero estos solamente nos dan a conocer las entradas y salidas de enfermos.

Por su parte es importante constatar, a través del “Reglamento para los Servicios de Salubridad Mental” del año 1927, que el Manicomio Avello estaba considerado entre los establecimiento que se transformarían en hospitales psiquiátrico,³⁵² lo que significaba, pasar de ser un establecimiento esencialmente para crónicos o incurables a uno que atendería pacientes curables.³⁵³ Esto nos hace pensar que la opinión existente en Santiago sobre el Manicomio Avello de la ciudad de Concepción no era tan negativa, ya que se encontraba integrado dentro del nuevo proyecto asistencial promovido por el cuerpo médico de la Casa de Orates de Santiago.³⁵⁴

Claramente la venta del edificio del Manicomio Avello al Ministerio de Guerra, se debió a presiones ejercidas desde el Ejército, dado que la Junta de Beneficencia de Concepción no consideraba la venta de dicha propiedad, sin embargo, finalmente se ordenó rematar esta institución sin consultarle ni al intendente ni a la Junta de Beneficencia de Concepción.³⁵⁵

La propuesta del gobierno frente a la decisión de cerrar el Manicomio Avello fue crear un Open Door en Santa fe (localidad cercana a Los Ángeles), ahí se trasladarían los

³⁵² “Reglamento general para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos del año 1927” en *Revista de Beneficencia Pública*, Santiago, Tomo XI. núm. I, marzo de 1927. pp. 56-71.

“Art. 3° Los Manicomio serán de dos tipos: Hospitales Psiquiátricos y Asilos Colonia.

Art. 4° Los Hospitales Psiquiátricos serán instalados en las ciudades cabeceras de zonas hospitalarias y se destinarán a la hospitalización temporal de los enfermos, la que no podrá durar más de cuatro meses. Los enfermos que no hayan sanado serán enviados a los asilos colonias.” p. 56.

³⁵³ *Ibid*, En el apartado llamado, título final y disposiciones transitorias se planteaba en su artículo 1° que: “Mientras se fundan en el país los establecimientos indicados en el título I. La Casa de Orates de Santiago y el Manicomio de Concepción, se regirán por las disposiciones del Reglamento Orgánico de la Beneficencia Pública.

Las Juntas de Beneficencia de Santiago y Concepción procurarán que en estos establecimientos se habiliten secciones especiales para que funcionen como Hospitales Psiquiátricos.” p. 70.

³⁵⁴ El médico jefe de la Casa de Orates de Santiago Jerónimo Letelier Grez, participó en la comisión a cargo de la confección del “Reglamento para los Servicios de Salubridad Mental” del año 1927. Véase también: Enrique Escobar y Eduardo Medina, “Jerónimo Letelier Grez: primer Médico”..., p. 241.

³⁵⁵ “Ministerio de Guerra.

Respuesta su telegrama n-78 comunico a US. que infraescrito dejo lista toda documentación necesaria venta Manicomio Avello en poder Ministerio Bienestar Social pero que recientemente Asesor Jurídico Junta central de Beneficencia Señor Ortega espresole que dicho ministerio dictaría decreto ordenando sacar remate dicha propiedad sin que la Intendencia ni Junta de Beneficencia Concepción hayan recibido noticia alguna sobre el particular posteriormente. Tan pronto Ministerio Bienestar dicte decreto estime conveniente solucionar ese problema relacionado destinación de alienados.” ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1873, Concepción 24 de Julio de 1928, foja s/n.

pacientes del Manicomio Avello, el problema fue que no se logró concretar dicho proyecto, por ende, los enfermos terminaron siendo enviados a la Casa de Orates de Santiago.³⁵⁶



Fuente: Archivo fotográfico de Alejandro Mihovilovich, Biblioteca Municipal de Concepción.³⁵⁷

Concepción. - Manicomio Avello.



Fuente: Archivo fotográfico de Alejandro Mihovilovich, Biblioteca Municipal de Concepción³⁵⁸

³⁵⁶ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1906, Concepción 20 de diciembre de 1929, foja 131. Ingreso al Manicomio de Santiago de insanos provenientes del Manicomio Avello.

³⁵⁷ La entrada principal del Manicomio Avello es la misma del actual Regimiento Chacabuco de Concepción.

- ¿Quiénes ingresan al Manicomio de Concepción?

Durante el período en que funcionó el Manicomio en la ciudad de Concepción sus distintas administraciones buscaron la forma de poder consolidar su función terapéutica, la que estaba asociada con la asistencia de los insanos provenientes desde Talca a Puerto Montt.³⁵⁹ Por tanto, se trataba de no permitir el ingreso de incurables al Manicomio, dado que significaba tener enfermos con estadía permanente en el establecimiento.³⁶⁰ Como dijimos las autoridades del Manicomio y de la Junta de Beneficencia asociaban los problemas presupuestarios con el envío de los 185 pacientes crónicos al momento de fundar el manicomio, situación agravada con la llegada de 60 incurables desde Santiago en el año 1912. Por ende, la administración del establecimiento trataba de recibir principalmente enfermos curables, en especial los que representaban un peligro para la sociedad,³⁶¹ mientras que los insanos que no eran considerados peligrosos serían atendidos en algunos casos por sus respectivas familias.³⁶²

³⁵⁸ Esta fotografía es del edificio de enfermería y clinoterapia.

³⁵⁹ *"Este establecimiento Sr. Intendente tiene una población considerable de alienados, i no podrá ser de otro modo puesto que de Talca a Puerto Montt llegan los que necesitan este asilo, i por consiguiente debería de estar atendido con recursos pecuniarios i con elementos de todo jénero para recibir i curar enfermos i no aglomerar simplemente a desgraciados sin medios materiales de conseguir otro objeto."* ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1273, Concepción 22 de septiembre de 1911, foja s/n.

³⁶⁰ *"Señor Intendente*

Contestando a la nota n° 171, por la cual me pide informe sobre el por qué no se admitía en el establecimiento a mi cargo al demente Juan Silva de 13 años de edad, siendo que viene con sus antecedentes en forma.

Revisando esos antecedentes, señor intendente, he notado que el reconocimiento del médico lejista dice: "que ha reconocido al niño Juan Silva, que es demente i debe ser recluso en el hospicio" En seguida han agregado con distinta letra i tinta, que no es la del médico lejista, "en el manicomio de Santiago o de Concepción." Se deja ver que el médico que ha reconocido a Silva está en la convicción de que el enfermo no es para un Manicomio, sino para un Hospicio, que es donde deben ir los dementes, puesto que los Manicomios son solamente para los locos. (...)

Por otra parte, estamos artos de dementes en el establecimiento, señor Intendente, quienes le quitan el lugar que deben ocupar los verdaderos locos para los cuales no hai cabida.

Benito Binimelis. Administrador del Manicomio." ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1669, Concepción 23 de abril de 1923, foja s/n. El destacado es nuestro.

³⁶¹ Esto es tratado en capítulo 4 de ésta investigación

³⁶² *"La señora Concepción Otárola, si es verdad que sus facultades mentales no están perfectas, es cierto que ella discierne perfectamente pues contesta con toda certeza a las preguntas que se le dirijen. Creo que por su estado no es ningún peligro para las personas que le rodean, por lo tanto es mi opinión que no debe recluirse en un manicomio, i hacer su tratamiento bajo la inspección de su familia"* ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1206, Concepción 23 de Junio de 1908, foja 474 (reverso). Informe médico-legal enviado al Intendente de Concepción. El destacado es nuestro.

Lo anterior quedaba claramente expuesto en la correspondencia enviada desde la Intendencia de Concepción a la Gobernación de Yungay en el año 1903, en ésta se planteaba que:

*“La aglomeración considerable de enfermos que hoy existe en ésta casa, me impone la necesidad de hacer presente a U.D que en lo sucesivo sólo se recibirán en este establecimiento aquellos enfermos que por su estado de locura sea realmente necesario separarlos de sus familias. En consecuencia, aguardo que U.D se ha de servir disponer que en lo futuro no se remitan a esta casa dementes pacíficos o incurables, ni persona de avanzada edad.”*³⁶³

Es así que la peligrosidad se constituía en un factor determinante en el proceso de internación en un manicomio, esto queda claramente expuesto en el informe médico-legal realizado por el Dr. Miguel Campos en la ciudad de Concepción:

*“Con fecha de ayer se ha servido Ud. pedirme que le informe sobre el estado de las facultades mentales de José López. Este individuo está recién entrado al Manicomio en donde ha sido por una melancolía aguda. Actualmente sufre delirio místico, con alucinaciones i actos impulsivos, probablemente manifestación de su locura melancólica. Si Ud. lo tuviera bien, sería conveniente se ordenara la internación de éste individuo en el Manicomio no sólo para la curación de la enfermedad, sino también para evitar los peligros de los actos impulsivos que sufre.”*³⁶⁴

Lo anterior no significaba que el Manicomio de Concepción rechazara la entrada insanos tranquilos, sino que se priorizaba la atención de los locos peligrosos que pudiesen atender contra sus familiares o la sociedad en general. Creemos que esto era consecuencia del rol asignado a éste establecimiento en la ciudad de Concepción, el cual tenía por sentido no solamente la aplicación de una terapéutica para curar la insania, sino también, poder

³⁶³ ANCh, Gobernación de Yungay, Vol. 13, Concepción 13 de Marzo de 1903, foja 635.

³⁶⁴ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1153, Concepción 19 de Junio de 1905, foja s/n. Informe médico legal enviado al Intendente de Concepción. El destacado es nuestro.

cumplir con las funciones de defensa social promovidas desde el Estado guardián, que a su vez, eran reconocidas como una necesidad por parte de la elite penquista.

Capítulo IV. La construcción cultural del loco y los espacios de circulación de la locura en Concepción

La historia de la locura es la historia del poder. Porque imagina el poder, la locura es a la vez impotencia y omnipotencia. Hace falta poder para controlarla. Amenazando las estructuras normales de la autoridad, la insanía se halla enzarzada en un diálogo incesante -a veces en un diálogo monomaniaco- sobre el poder.

Roy Porter. *Historia social de la locura*.

- El loco como sujeto enfermo y peligroso

El proceso de construcción de sujetos

Creemos fundamental poder identificar en qué sentido el loco es constituido como un sujeto, lo cual a su vez, nos permitiría reconocer la historicidad propia del loco y por tanto de la locura. Bajo tal premisa la investigación del historiador británico Roy Porter *historia social de la locura* es bastante esclarecedora, dado que nos aproxima a una historia desde abajo, en la cual los insanos son los protagonistas de un diálogo permanente entre la razón y la sin razón, donde la opinión construida entorno a ellos va definiendo la relación de estos con la sociedad, en este sentido el autor nos dice: “Por regla general, se quejan de que la alienación es una identidad falsa que les han impuesto o, de hecho una no identidad, una sensación de haber sido transformados en una no persona. Y con demasiada frecuencia es una excusa para no escucharles.”³⁶⁵

Por nuestra parte concebimos que las categorías sociales asignados al loco y a la locura atañen a la cultura, por tanto la visión entorno a la sin razón variaría dependiendo del tiempo y el espacio geográfico en el cual se desarrolle. Frente a lo anterior, consideramos la necesidad de contar con un fundamento epistemológico que nos permita comprender en qué sentido el loco es constituido en un sujeto, es así, que estimamos de suma importancia las

³⁶⁵ Roy Porter, *Historia social de la locura...*, p. 43.

investigaciones realizadas por Michel Foucault y continuada por autores como Judith Butler, los que se caracterizarían por un análisis de las relaciones entre el poder y la construcción de los sujetos, en ningún sentido queremos formular una nueva teoría en torno a este tema, solamente deseamos aplicar elementos teóricos a nuestro análisis que permitan comprender la noción del loco como sujeto enfermo y peligroso.

Butler plantea que el sujeto se forma en un proceso de sujeción (sometimiento), a través de mecanismos de poder que determinarían la posibilidad de que el ser humano pueda devenir en sujeto, así éste, “no sólo se forma en la subordinación, sino que ésta le proporciona su continuada condición de posibilidad.”³⁶⁶ Por tanto, el sujeto es posible gracias a una serie de relaciones de poder que lo van definiendo y formando desde afuera, esto último se condice con lo planteado por Foucault, el cual argumenta que desde el siglo XVIII aparece una “microfísica del poder disciplinario” que tendría como correlato un efecto de normalización sobre la población, cuya cualidad central sería el ser un tipo de poder no represivo en esencia, sino más bien, uno de tipo productivo y creador.³⁶⁷ Así la forma de poder que transforma a los individuos en sujetos, se ejerce sobre la vida cotidiana que clasifica a las personas, designándoles una individualidad, atándolos a una identidad, imponiéndoles una ley de verdad que debe ser reconocida por ellos y por el resto de la sociedad.³⁶⁸ De este modo se va produciendo una separación entre lo normal y anormal, lo sano y lo patológico, determinando así lo que Erving Goffman denomina “identidad social virtual” que podemos definir como los mecanismos que tienen las sociedades para categorizar a los individuos, lo cual convertiría a algunos de estos en seres inficionados y menospreciados.³⁶⁹

Lo anteriormente descrito no significa que el sujeto no pueda generar resistencia y oposición a los mecanismos de poder, dado que, como dice Butler: “El proceso de asumir el poder no consiste sencillamente en cogerlo de un lado, transferirlo intacto y en seguida convertirlo en propio; el acto de apropiación puede conllevar una modificación tal que el

³⁶⁶ Judith Butler, *Mecanismos Psíquicos del Poder: teorías sobre la sujeción*, Ediciones Cátedra, Madrid, 2001 [1997]. p. 18.

³⁶⁷ Michel Foucault, *Los anormales, Curso en el Collège de France (1974-1975)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000 [1999] p. 59.

³⁶⁸ Michel Foucault, “El sujetos y el poder” en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3, México D.F, (Jul.- Sep., 1988). p. 7. Extraído de: www.jstor.org el día 4 de abril del 2012.

³⁶⁹ Erving Goffman, *Estigma: la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 2006 [1963]. p. 12.

poder asumido o apropiado acaba actuando en contra del poder que hizo posible esa asunción.”³⁷⁰ Dicha situación se puede apreciar en el caso específico de la locura, a través de lo que Foucault nos comenta respecto a la simulación de las histéricas en el asilo de la Salpêtrière en Francia, el cual se constituye como un proceso de resistencia de la locura frente al *poder psiquiátrico*. Así, el neurólogo Jean Martin-Charcot se vio obligado a construir forzosamente una “verdad” entorno a la histeria, debido a que las histéricas se habían apropiado de los síntomas modificándolos y por tanto simulándolos.³⁷¹

En relación a esto último el sociólogo Alain Touraine proporciona una crítica interesante al análisis foucaltiano del sujeto, diciéndonos que éste se formaría no sólo por las objetivaciones realizadas a través del poder/saber, sino más bien, en virtud a las luchas contra los sistemas de dominación que toman la apariencia de una autoridad técnica.³⁷² De este modo, el individuo llega a ser sujeto oponiéndose a la lógica de dominación social, en nombre de una lógica de libertad que tendría como consecuencia la libre producción de uno mismo,³⁷³ así “el sujeto es la voluntad de un individuo de obrar y de ser reconocido como actor.”³⁷⁴

La concepción de Touraine sobre el sujeto puede ser aplicada en la mayoría de las relaciones entre los individuos con el poder, pero presenta un problema respecto a los locos, dado que estos han sido sometidos históricamente a una serie de mecanismo de exclusión que le niegan cierta libertad de acción, es por ello, que el loco no ha podido constituirse como un sujeto político y económico sino más bien ha terminado siendo un individuo sometido a un proceso de interdicción. De igual forma creemos que el loco puede generar resistencia al poder, a lo mejor, no con las posibilidades de acción que nos plantea el autor anterior, pero creemos que resiste al poder, lo evade, a través de por ejemplo, cuando no reconoce su “enfermedad” o la autoridad encargada de tratarlo medicamente, o su

³⁷⁰ Judith Butler, *Mecanismos Psíquicos del poder...*, p. 23.

³⁷¹ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico...*, p. 357-380.

³⁷² Alain Touraine, *Crítica de la Modernidad*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1994 [1992]. p. 170

³⁷³ *Ibíd.* p. 231.

³⁷⁴ *Ibíd.* p. 207.

oposición a ciertas formas de tratamiento, o cuando utiliza su condición de enfermo para su beneficio, o lisa y llanamente cuando se fuga de una institución manicomial.³⁷⁵

El loco como sujeto enfermo

Una primera aproximación que permitiría identificar cómo el loco es constituido en un sujeto enfermo, debe iniciarse a nuestro parecer con una diferenciación entre las nociones de locura y enfermedad mental. Así, el primero se relacionaría con los referentes culturales utilizados por las sociedades para definir y categorizar a los individuos que eran vistos como poseedores de algún signo de diferencia en sus comportamientos, mientras que, la enfermedad mental se concibe desde criterios científicos proporcionados por la medicina, lo cual le permitiría establecer una serie de clasificaciones nosográficas que tendrían por sentido diferenciar los comportamientos patológicos de las conductas socialmente correctas, proponiendo a su vez una terapéutica que logre sanar la insania.

Cabe destacar como nos dice Hugo Vezzetti, que la locura no es un concepto, por tanto, “no existe como entidad previamente definida, idéntica a si misma y perdurable a través de los tiempos.”³⁷⁶ Como dijimos la locura atañe a la cultura, por tanto, no serían validas las definiciones particulares y totalizadoras entorno a la insania, por otro lado, una situación diametralmente opuesta estaría dada por la noción de enfermedad mental, ya que esta ha sido constituida por un discurso validado científicamente que se concibe a si mismo como objetivo y verdadero.

Cuando nosotros planteamos la idea de que el loco es constituido como un sujeto enfermo, lo decimos en relación a la imposición de un criterio de verdad proporcionado por la ciencia que niega cualquier otra posibilidad de definición de la insania, esto trae como consecuencia, una imposibilidad de ver al loco como un sujeto poseído por fuerzas sobrenaturales (visión arraigada en las sociedades tradicionales), así, la psiquiatría se erige como la única forma de saber que puede proporcionar un conocimiento válido entorno a la locura.

³⁷⁵ No conocemos investigaciones que hagan referencia explícita a las formas de resistencia que tendrían los locos.

³⁷⁶ Hugo Vezzetti, *La locura en la Argentina...*, p. 11.

El ámbito de acción de la ciencia médica durante el siglo XIX y XX tuvo como correlato un proceso clasificatorio de las formas asociadas a la marginalidad social, de este modo, todos los que se encontraban fuera del espacio reconocido como “normal” pasaban directamente a engrosar las listas de la “anormalidad”, dicho proceso tuvo como resultado la medicalización de los delincuentes, locos y homosexuales, los que terminaron siendo constituidos como enfermos mentales. En relación a lo anterior, el historiador Roy Porter al referirse al pesimismo respecto a las prácticas psiquiátricas de fines del siglo XIX, nos dice: “Hasta cierto punto, los psiquiatras habían sido víctimas de su propia propaganda. Puesto que habían insistido en que muchos de los comportamientos aberrantes a los que tradicionalmente se les daba los nombre de vicio, pecado y crimen eran en realidad trastornos mentales que necesitaban de un doctor y un asilo.”³⁷⁷

Consideramos junto con Robert Castel que la “medicalización de la locura” determinó para el loco el establecimiento de un estatuto pleno de alienado,³⁷⁸ dándose dicho proceso bajo una relación de “tutela unilateral a todos los niveles de la relación médica, institucional, jurídica y de asistencia pública.”³⁷⁹ El autor sitúa lo anterior, con la entrada en vigencia para el caso francés, de la ley del 30 de junio de 1838, la cual, daba un respaldo jurídico a la noción del loco como sujeto enfermo, esto determinaba por un lado la creación de un espacio de intervención médica (el asilo), y por otro un especialista que tendría por función ayudar a restablecer la razón en el loco (el médico alienista).³⁸⁰

Es fundamental reconocer que el proceso de construcción del loco como enfermo mental no atañe solamente a la ciencia, dado que, ésta forma de conocimiento ha sido legitimada por las mismas familias que enviaron a sus parientes locos a las instituciones manicomiales, ayudando así, a la estructuración de estos como lugares de ayuda médica o espacios de abandono, como también proporcionando referentes culturales y sociales para definir la “anormalidad”.³⁸¹ De este modo como nos señala María José Correa, “la institución asilar no fue el único núcleo que articuló saber y poder entorno a los locos.”³⁸²

³⁷⁷ Roy Porter, *Breve historia de la locura...*, p. 119.

³⁷⁸ En este caso la palabra “alienado” hace alusión a la locura como enfermedad mental

³⁷⁹ Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, p. 176.

³⁸⁰ La medicalización de la locura en Chile fue explicada brevemente en el capítulo 2 de esta investigación.

³⁸¹ Jonathan Ablard, “¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica” en María Silvia di Liscia y Ernesto Bohoslavsky (ed), *Instituciones y formas...*, pp. 206-208.

³⁸² María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., p. 13.

En relación a lo anterior es interesante el diagnóstico médico-legal realizado por el Dr. Miguel Campos en la ciudad de Concepción en el año 1906, este nos dice:

Informo a US. en cumplimiento de su orden de fecha de ayer, que he reconocido a Anita Ramírez sobre cuyo estado mental se sirve US. pedirme informe.

La familia de la Ramírez opina que desde hace muchos años esta mujer sufre periódicamente de ataques de locura pero que actualmente se encuentra en un período de sanidad mental.

En mi examen no he encontrado ningún indicio que me haga sospechar una perturbación de la razón. Ha contestado con la más perfecta lucidez a todas mis preguntas, se da cuenta cabal de sus actos i de las razones o motivos que la determinan, funciona bien su memoria i no acusa sensaciones anormales.

*Por estos motivos a fin que, a lo menos hoy por hoy, esta persona se encuentra en completo estado de razón.*³⁸³

Citas como la anterior nos demuestran la activa relación que se establecía entre los familiares del insano con los médicos, llegando incluso a ayudar en el proceso de diagnóstico de la enfermedad mental, estableciendo parámetros que permitiesen a la ciencia determinar cuando una persona se encontraba con sus facultades alteradas, por tanto, como ya hemos dicho, la familia tenía cierta participación en el proceso de construcción del loco como enfermo mental. En torno a lo anterior, se han centrado las investigaciones de Akihito Suzuki, el cual nos propone una historia de la locura basada en las formas de distribución del poder, donde se produciría una relación triangular entre, el doctor, el paciente y sus “amigos”, estos últimos estarían compuestos por los miembros de su familia, parientes, vecinos, etc. Los que colaboraban activamente en la construcción cultural de la locura, estableciendo los diagnósticos preliminares de insanía.³⁸⁴

³⁸³ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1153, Concepción 24 de abril de 1906, foja s/n. El subrayado es nuestro

³⁸⁴ Akihito Suzuki, “Framing psychiatric subjectivity: doctor, patient and record-keeping at Bethlem in the nineteenth century” en Joseph Melling and Bill Forsythe (edit.), *Insanity, Institution and society, 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective*. Routledge, London, 2005. p. 116-120

El loco como sujeto peligroso.

Nosotros pensamos que el loco además de ser constituido en un enfermo mental es determinado como un sujeto peligroso, lo cual nos permitiría plantear, que el vínculo que se establecería en Chile entre la sociedad y la locura durante el siglo XIX y parte del XX se encontraría cimentada bajo la noción de defensa social. En este sentido analizamos en un apartado anterior, la relación que se dio entre el Estado guardián y las instituciones para enajenados, donde pudimos identificar elementos que hacían del manicomio un establecimiento con cierta prioridad para el Estado en comparación con las demás instituciones de beneficencia, esto se debía, a que no solamente se cumplía una función de asistencia, sino también, de seguridad.³⁸⁵

Consideramos que la peligrosidad se puede asociar con cualquier conducta que amenace con dañar o afectar un determinado orden social establecido, por ello, creemos que el peligro, no está solamente en el atentar contra la propiedad o la integridad física de una persona, sino también se relacionaría con todo lo que afecte a la mantención y reproducción de los valores dominantes.

Lo anteriormente expuesto, se puede relacionar para el caso chileno con la potencial peligrosidad de los insanos, lo cual es descrito en el artículo 4° del reglamento para las Casas de Locos, del 31 de julio de 1856,³⁸⁶ en este se dice que:

*Si el loco fuere furioso o con su conducta causare escandalo cualquiera que sea su condición, i la autoridad departamental, después de comprobada la demencia i que perjudica a la tranquilidad pública o la seguridad de las personas, o que ofende con sus actos las buenas costumbres, decretare su colocación en las referidas casas.*³⁸⁷

La idea de peligrosidad del loco se encontraba a su vez claramente representada en los diagnósticos médico-legales realizados en Concepción, donde en algunos casos se producía una asociación entre el loco y la potencialidad de éste de perpetuar delitos, por

³⁸⁵ Esto fue tratado precisamente en el capítulo 2 de esta investigación.

³⁸⁶ Cabe recordar que la ley sobre las Casas de Locos del año 1856 fue sustituida por el reglamento para los servicios de salubridad mental del año 1927, en el cual, se mantendrán las nociones de defensa social a través de dos elementos principales: a) La reglamentación de los ingresos de oficio y voluntario en las instituciones manicomiales, b) La diferenciación entre alienados y psicópatas. Véase: *Reglamento general para la organización...*, p. 55-57.

³⁸⁷ *BLDG, Ley de Casas de Locos...*, p. 190. El subrayado es nuestro.

tanto, la idea del loco como un sujeto peligroso se basaba en un discurso del miedo y la sospecha. En este sentido Robert Castel nos dice, “la actitud psiquiátrica no es sólo ayuda al sufrimiento (asistencia) sino miradas sospechosas sobre el conjunto de los comportamientos sociales.”³⁸⁸ Así, frente a una sospecha generalizada, la locura será reconocida como una amenaza difusa, lo que determinará la aparición de especialistas que buscarán detectarla y neutralizarla.³⁸⁹

En relación a lo anterior, un caso interesante lo constituye el informe médico-legal de un insano proveniente de la ciudad de Los Ángeles, enviado desde la intendencia de Bio-Bio y recibido en la Intendencia de Concepción en el año 1928, en este se planteaba que:

*Se ha hecho presente a esta intendencia la necesidad de recluir en un manicomio a Manuel Silva Hernández, domiciliado en esta ciudad el cual según certificado médico que tengo a la vista, se encuentra enfermo de epilepsia, con trastornos mentales, debiendo ser considerado como un loco peligroso, pues, dice el certificado, los trastornos mentales de los epilépticos producen impulsos violentos que llevan al crimen, al suicidio, al robo o a cualquier otro delito.*³⁹⁰

A través de la cita anterior podemos ver como un individuo reconocido como loco es constituido en un sujeto peligroso sin haber cometido un acto previo que atentara contra el orden social, así, el sólo hecho de ser un enfermo mental lo condicionaba a cometer delitos, convirtiéndose en un elemento pernicioso para el conjunto de la sociedad,

Para Michel Foucault la idea de que “todo loco es un posible criminal” permitió fundar el poder psiquiátrico no en términos de verdad, sino bajo la idea de peligro social, que a su vez, definiría su práctica como defensa social.³⁹¹ Pensamos que lo planteado por el autor anterior, es bastante esclarecedor en relación a la constitución de la psiquiatría como una forma de saber que tendió a separarse de lo propiamente médico al interesarse por la seguridad de la población, el problema es que tal análisis adolece del contexto familiar y social en que se desarrollaba la convivencia con una persona con locura, por tanto,

³⁸⁸ Robert Castel, *El orden psiquiátrico...*, p.143.

³⁸⁹ *Ibíd.* p. 144.

³⁹⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1859, foja 2.662, Los Ángeles 11 de diciembre de 1928. El subrayado es nuestro.

³⁹¹ Michel Foucault, *El poder psiquiátrico...*, p. 297.

consideramos que lo anterior presentaría algunas similitudes con el caso mexicano analizado por el historiador Andrés Ríos, cuando dice que: “las familias se apropiaban de la institución psiquiátrica de acuerdo con sus propios intereses y necesidades. Este hecho nos permite afirmar que la internación psiquiátrica estaba precedida de una definición social y cultural de lo que era considerado locura.”³⁹²

Resulta interesante una solicitud de internación para el Manicomio de Concepción o Santiago realizada desde Pemuco el 25 de noviembre de 1925, en esta se planteaba que:

“Señor

Gobernador del departamento de Yungay

Ponemos en conocimiento de U.D que desde agosto del año en curso se encuentra en estado de demencia Manuel Aurelio Venegas.

Antes de que perdiese el juicio ya sus patrones pronosticaban que llegaría a este infeliz estado por las injustas sospechas de infidelidad de su buena esposa y los cargos y quejas contra sus compañeros de trabajo y de otras personas.

Por estas sospechas y cargos injustos su patrón le había dicho que no lo tendrá mas como inquilino.

El mismo declaró que deseaba entregar su puebla y los intereses confiados a su cuidado porque no quería vivir un momento con su esposa. Si lo hizo.

Su mujer y sus hijos se fueron a vivir al lado de sus más próximos parientes.

El por su locura y por haber pasado a molestar a la familia de don José Santos Sepúlveda (Q.E.P.D) se le pasa al cuartel de carabineros, se le deja libre después de ocho días mas o menos. Como volvería a molestarlos a la expresada familia se le volvió a acuartelar como un mes (...).

³⁹² Andrés Ríos, “Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del manicomio La Castañeda” en *Revista Antípoda*, N° 6, Bogotá, enero-junio de 2008. p.86. Extraído de: www.dialnet.unirioja.es el día 14 de octubre del 2011.

Como anoche estuviera de muy mal humor, expresado anteriormente pegándole a un mozo de la casa donde se le tenía (...) se pidió auxilio a los carabineros para encerrarlo.

No quería obedecer a los carabineros resistiendo dio de golpes a un inquilino del S. B. Guiñes y una bofetada en las narices a uno de los carabineros, arrojándolos a ambos al suelo.

Entre tres mozos y dos carabineros pudieron arrojarlo al suelo, le amarraron las manos y sólo así se le pudo conducir al cuartel.

La locura de este muchacho es peligrosa para su familia y para la sociedad.

No tiene de su familia más que una hermana muy pobre.

Por esto juzgamos los que suscriben que el citado Venegas debe colocarse en el Manicomio de Concepción o de Santiago.

En consecuencia solicitamos de S.S. respetuosamente ordene a los carabineros que lo trasladen a esa para que lo examine el médico de ciudad a fin de que la autoridad correspondiente decrete su reclusión en algún manicomio.

Al hacer esta súplica lo hacemos inspirados en un sentimiento de justicia y caridad”³⁹³

La carta anterior casi reproducida en su totalidad fue firmada por los señores Benedicto Guiñes y Arístides Sepúlveda, dos implicados en el conflicto con el supuesto afectado de locura Manuel Aurelio Venegas, antes que todo, es importante considerar que las personas que solicitaban dicha internación en el manicomio eran al parecer el propio patrón y un vecino respectivamente. Frente a lo anterior, es interesante apreciar como estos manejaban una serie de nociones entorno a la insania, es lo que Andrés Ríos denomina “psiquiatrización del lenguaje” donde una serie de conceptos psiquiátricos como los de locura, delirio, alucinación, demencia, entre otros, son incorporados al lenguaje cotidiano de la sociedad.³⁹⁴ Dicha situación anterior les permitirá incluso realizar un diagnóstico, estableciendo claramente las posibles causas de la enajenación, además de ver en los

³⁹³ ANCh, Gobernación de Yungay, Vol. 13, Pemuco 25 de noviembre de 1921, foja s/n.

³⁹⁴ Andrés Ríos, “Locura y encierro psiquiátrico”..., p. 82.

comportamiento del citado Venegas un peligro para su familia y sociedad. En este sentido, Suzuki nos dice que frecuentemente personas legas expresaban su opinión sobre las causas de la enfermedad mental de sus conocidos, dándose por tanto una comprensión cultural inexperta o lega de la locura, más que una etiología médica.³⁹⁵

Para el caso argentino el historiador Jonathan Ablard, nos plantea que la petición de hospitalización en un manicomio tenía una variedad de factores que la motivaban, entre estos, se veía a la institución como un lugar de ayuda médica o de abandono, así mismo, como un espacio de control de conductas desviadas: maridos violentos, jóvenes desobedientes o hijos disolutos.³⁹⁶

En relación a lo antes dicho, es posible plantear que el discurso predominante en la citada carta estaría basado en la peligrosidad de los comportamientos de Manuel Aurelio Venegas, determinado así una definición cultural y social de la insania que luego sería considerada como un antecedente al momento de concretarse el diagnóstico por parte del médico de ciudad. Entonces, el miedo y la sospecha frente a la locura era compartido culturalmente por la sociedad en su conjunto, no siendo sólo las instituciones médicas y judiciales las únicas que establecían una relación con la sin razón, sino también, los familiares, vecinos o personas del entorno social inmediato del loco, terminaban cumpliendo un rol fundamental al participar del proceso de categorización de conductas “normales” y “anormales”, donde es posible ver que la peligrosidad se constituyó en un elemento central al momento de establecer quien padecía locura.

- Representación social del loco e imaginarios urbanos en Concepción.

Representación social y locura en Concepción.

Hasta ahora hemos dado a conocer como el loco es constituido en un sujeto enfermo y peligroso, nosotros deseamos poder reafirmar dicha idea, a través de la teoría de las representaciones sociales, la cual nos permitiría identificar como el loco es interpretado y reconocido en una realidad social, además de evaluar las prácticas sociales asociadas con la locura.

³⁹⁵ Akihito Suzuki, “Framing psychiatric subjectivity...”, 120

³⁹⁶ Jonathan Ablard, “¿Dónde está el delirio?”..., p. 206.

Antes que todo creemos fundamental poder definir el concepto de representación social, para ello hemos considerado la propuesta dada por el psicólogo social Jean-Claude Abric, el cual nos dice:

*“La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamiento o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-codificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas.”*³⁹⁷

Al situarnos en la perspectiva de las representaciones sociales comprendemos que no existiría una realidad social objetiva, sino que estaríamos en presencia de una serie de interpretaciones que tienen por sentido dar significado a una realidad dada, con ello, podemos decir que al interior de una comunidad existen muchas formas de representación que se encuentran en confrontación permitiendo así darle sentido al mundo propio.³⁹⁸ Pero a su vez, dicho proceso de construcción puede llevar a que en algún momento la diversidad de interpretaciones logren ser compartidas o colectivizadas por una sociedad.

Para ésta investigación nosotros hemos considerado la ciudad de Concepción como un espacio, en el cual la sociedad penquista presentaba distintas formas de relacionarse con la locura, entre estas cabe mencionar, tanto las instituciones que cumplían la función de proteger a la sociedad del peligro que significaban los locos, como también, el entorno social inmediato del insano caracterizado por la familia o vecinos, los cuales realizaban las solicitudes de internación en un manicomio. Podemos plantear entonces, que las prácticas sociales vinculadas con la locura permiten identificar representaciones que pueden llegar a ser compartidas. En este sentido, el proceso de categorización de conductas socialmente aceptadas facilitaba el reconocimiento de algunos elementos utilizados en la ciudad de Concepción al momento de considerar la posible locura de una persona, entre estos se encontrarían las nociones de enfermedad y peligrosidad, las cuales como vimos no eran una prerrogativa sólo de los médicos sino también de la sociedad en su conjunto. En este

³⁹⁷ Jaen-Claude Abric, “Las representaciones sociales aspectos teóricos” en Jaen-Claude Abric (Dir), *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Coyoacán, México D.F, 2001 [1994]. p. 13.

³⁹⁸ Roger Chartier, *El mundo como representación, estudios sobre historia cultural*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1992. p. 49.

sentido, es sugestivo un diagnóstico médico-legal practicado en la ciudad de Concepción en el año 1905, en este se dice:

“En cumplimiento de la orden n° 498 de fecha 4 del presente, he examinado en tres distintas ocasiones a Arturo Concha Domínguez, con el fin de informar a Ud. sobre el estado de sus facultades mentales.

La familia de este individuo enfermo dice que está loco i pide su internación en el Manicomio por temor de sufrir violencias de parte de él. Es alcohólico i hace poco que ha salido de la cárcel después de cumplir una condena por robo.

La memoria de este sujeto le permite dar explicaciones i detalles de su vida anterior, sus percepciones los conecta i sólo en un último examen he observado la existencia de alucinaciones, su atención es firme, su voluntad se manifiesta libremente raciocina conforme a las que se le proponen (...)

No es pues un enajenado, pues es un vicioso i un individuo con muchas nociones de moral.”³⁹⁹

A través de la cita anterior podemos ver que la familia de Arturo Concha identifica dos elementos centrales para determinar la posible locura de éste, por un lado lo consideran un enfermo que debe ser sometido a un tratamiento, y por otro, es visto como un peligro para integridad del grupo familiar, en éste último caso, cabe considerar que “las representaciones sociales definen lo lícito, tolerable e inaceptable en un contexto social dado”⁴⁰⁰, es por ello, que la familia planteará la solicitud de internación en un manicomio, que debía ser validada por un médico, el cual terminó finalmente considerando que no era loco, sino un alcohólico que se encontraba fuera de los parámetros morales socialmente aceptados.

Lo interesante de lo anteriormente expuesto, es la presencia de una representación social que tendría su base en la medicina alienista del siglo XIX, la que lograría imponerse por sobre otras formas de representar la locura al interior de la sociedad penquista. Cabe considerar que no es de nuestro interés negar la posible existencia de otras maneras de

³⁹⁹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1153, Concepción 3 de noviembre de 1905, foja s/n

⁴⁰⁰ Jaen-Claude Abric, “Las representaciones sociales”..., p. 17.

representar la insanía, sino solamente creemos que existiría un predominio de una sobre otras. En torno a esto último, estimamos que la presencia de un manicomio en la ciudad de Concepción favorecería una representación social basada en las nociones de enfermedad y peligrosidad, ya que se generarían una serie de instancias que permitirían la apropiación de dichas ideas.

Por último siguiendo las ideas de Jean-Claude Abric, éste nos dice que toda representación social es la representación de algo para alguien, de este modo un individuo o grupo genera una opinión sobre un objeto o una situación, dicha opinión en cierta forma es constitutiva del objeto, lo determina, por tanto la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo,⁴⁰¹ esto a nuestro parecer reafirmaría la idea referente al loco como un sujeto construido culturalmente.

La elite penquista e imaginario urbano en Concepción

Al caracterizar los elementos centrales de la institución manicomial en Concepción, se hace perentorio comprender las relaciones que se establecen entre la locura y el espacio comprendido por la ciudad, es por esto que junto con la representaciones sociales relacionadas con la locura, hemos decido identificar los imaginarios urbanos, los cuales nos ayudarían a comprender de mejor forma lo que nosotros consideramos como los espacios de circulación de la locura en Concepción.

Los imaginarios sociales según Bronislaw Baczko, hacen referencia al sistema de representaciones colectivas por medio de las cuales los miembros de una sociedad elaboran una visión de si mismo, legitiman sus prácticas y estrategias de poder, comprenden cuanto los une y cuanto los divide, perciben e interpretan el escenario social que los rodea.⁴⁰² De este modo se constituyen en fuerzas reguladoras de la vida colectiva, es por ello que nos indican no sólo la pertenencia de un individuo a una misma sociedad, sino que también definen sus relaciones con ésta, junto con las divisiones internas que podría llegar a

⁴⁰¹ *Ibíd.* p. 12

⁴⁰² Bronislaw Baczko, *Imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991. p.20.

presentar, es por ello, que se constituirían en el lugar donde se manifestarían los conflictos sociales.⁴⁰³

Los estudios referentes a la ciudad han hecho de los imaginarios sociales un interesante instrumento de análisis, en este sentido, debemos pensar la ciudad como un lugar para habitar y ser imaginado, donde la urbe programada para funcionar se desborda multiplicándose en ficciones individuales y colectivas.⁴⁰⁴ Así los elementos materiales propios de lo urbano ya sean calles, barrios, monumentos, plazas, edificios, remiten a uno o varios imaginarios,⁴⁰⁵ aportando sentido a la experiencia de recorrer y habitar la ciudad.

Para Armando Silva el estudio de los imaginarios privilegia “momentos en los cuales los sentimiento son dominantes ante la razón, tales como estados de miedo, odio, afecto, ilusión: un estudio urbano desde la perspectiva de los imaginarios se dirige a revelar situaciones y momentos en los cuales la colectividad vive o se expresa en algún límite de la realidad prevista.”⁴⁰⁶

Nos hemos centrado en el análisis de los imaginarios urbanos vinculados con los sentimientos de miedo e inseguridad por parte de la elite penquista a principios del siglo XX. Estos a nuestro parecer, determinarían la estructuración de una profunda diferenciación espacial al interior de la ciudad de Concepción, donde la organización de un centro urbano se relacionará con la civilización, el progreso y el orden, mientras que, la periferia, con la barbarie, la precariedad y el desorden.

El proceso de construcción de un centro por parte de la elite de la ciudad de Concepción tendrá por resultado la formación de un discurso en torno al margen urbano, el que era asociado en sentido genérico, al pecado, el vicio y el delito, todos ellos signos de “inmoralidad”, que debían ser regenerados a través de un proceso de moralización de conductas. Respecto a esto, Mauricio Rojas nos plantea, que el proyecto modernizador de la elite nacional de mediados del siglo XIX requería de un orden social, que para el caso de la ciudad de Concepción se realizaría través de dos formas de control social, siendo una de ellas de tipo coercitivo (policía de seguridad) y la otra de persuasión y consenso (policía

⁴⁰³ *Ibíd.* P. 28.

⁴⁰⁴ Néstor García Canclini, *Imaginarios urbanos*, Eudeba, Buenos Aires, 1997. p.109.

⁴⁰⁵ Marco León, “Los imaginarios urbanos en la provincia de Ñuble, 1848-1900” en *Revista Cuadernos de Historia* (U de Chile) N° 34, Santiago, 2010. p. 88.

⁴⁰⁶ Armando Silva, *Imaginarios urbanos*, Arango Editores, Bogotá, 2006, [1992]. p.100.

urbana), estas tenían por objetivo lograr la moralización y disciplinamiento de la periferia urbana.⁴⁰⁷

La división centro-periferia en la ciudad de Concepción se mantendrá durante el período abordado en ésta investigación, por tanto queremos reforzar la idea de que el centro urbano se constituye en un anillo de protección para la elite penquista frente a los elementos nocivos que pudiesen afectar tanto la seguridad como la moral de la población. En éste sentido, cabe recordar que los aspectos materiales del centro urbano representaban el poder del Estado guardián, a través de instituciones como la Intendencia, Municipalidad, Tribunales de Justicia y cuarteles de policía.⁴⁰⁸

En torno a lo anterior, el proceso de expansión de la ciudad de Concepción fue dando forma a una periferia urbana que tomó un carácter predominantemente popular, así aparecieron barrios como: Ultra Carrera, Chillancito, Agua Negra, San Carlitos, Bio Bio, La Pampa y La Puntilla. Los cuales tenían como denominador común un escaso equipamiento urbano.⁴⁰⁹ A medida que uno se alejaba del centro el progreso material iba en retroceso, o en otras palabras la ciudad se ruralizaba, así por ejemplo, elementos básicos como el servicio de agua potable sólo abastecían a principios del siglo XX al centro y sur oeste de la ciudad, por tanto, el resto debía conformarse con la utilización de pozos o simplemente comprarle a los aguateros.⁴¹⁰ Esto claramente denotaba una segregación espacial que respondía a una marginación social promovida desde el centro de la ciudad.

El espacio marginal o periférico como dijimos no sólo se vinculaba con la falta de progreso, sino también con la criminalidad y el desorden, en este sentido, es interesante una petición realizada a la Intendencia de Concepción en el año 1923, para utilizar armas prohibidas, en esta se dice que:

“Señor Intendente:

Ricardo 2° Burmeister, médico cirujano, residente en calle Barros Arana N° 962. de esta ciudad, a US. digo que, en ejercicio de mis servicios profesionales de médico cirujano que egerzo en esta ciudad de

⁴⁰⁷ Mauricio Rojas, “La ciudad como agente moralizador: La policía y la ciudad de Concepción (Chile), 1850-1880” en *Revista de Historia* (PUC), N° 44, Vol. 2, Santiago, julio-diciembre 2011. pp. 458-459.

⁴⁰⁸ *Ibíd.* p. 449

⁴⁰⁹ Gina Inostroza y Marcela Tapia, “La mujer popular penquista en el trabajo independiente, Concepción 1895-1905” en *Revista Estudios Sociológicos* (Colmex), N° 36, México D.F, 1994. p. 605.

⁴¹⁰ *Ibíd.* p. 606.

*Concepción, tengo muchas veces que atender a los enfermos que necesitan la atención médica en sus hogares, ubicados, muchas veces, en barrios apartados del centro de la ciudad, en donde somos o, por lo menos, podemos ser víctimas de asechanzas de gente que viven con lo que le produce sus actos delictuosos, y como en ocasiones de tal naturaleza, se impone como medio único para salvaguardarnos el llevar consigo un revolver, para repeler las agresiones de la gente maleante. Pido a US. que por razón de los expuesto, se sirva concederme permiso para cargar armas prohibidas, o sea, para cargar revolver o armas de fuego.*⁴¹¹

A través de la cita anterior, es posible apreciar como un habitante del centro urbano se siente seguro y protegido generando así un vínculo de identidad con ese espacio, reconociéndolo como propio y diferente a la periferia de la ciudad, la cual, produce en él sentimientos de miedo e inseguridad que lo llevan a solicitar un permiso para portar armas. Así la opinión negativa respecto a los sectores populares se traslada al espacio comprendido por la ciudad, definiendo una relación binaria donde lo positivo se vincula con el centro y lo negativo con la periferia.

La periferia también se relacionaba con el emplazamiento de una serie de instituciones como eran el hospital, la cárcel, el manicomio y el hospicio, lo cual creemos no era al azar, dado que eran establecimientos creados en especial para absorber población popular. Pensamos que lo anterior, respondía a una “racionalidad urbanística” que en palabras de Michel de Certeau, se referiría a la creación de un espacio propio con una organización racional que debía por tanto rechazar las contaminaciones físicas, mentales o políticas que pudieran comprometerla.⁴¹² Podemos decir entonces que a través de una serie de instituciones periféricas administradas por la elite local, el centro se protegía y defendía del margen.

Se comprende que toda delimitación al interior del espacio urbano puede ser considerada arbitraria, dado que variaría de acuerdo a la percepción de sus habitantes.

⁴¹¹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1873, Concepción 7 de noviembre de 1923, foja s/n.

⁴¹² Michel de Certeau, *La invención de lo cotidiano, artes de hacer*, Vol. 1, Ediciones Universidad Iberoamericana, México D.F., 2000 [1990]. p. 106.

Independiente de lo anterior consideramos que es interesante proponer un deslinde de lo que la elite penquista concebía en la primeras décadas del siglo XX como el centro de la ciudad de Concepción, para ello hemos utilizado las delimitaciones presentes en el *Código de Policía Local para la Comuna de Concepción del año 1915*, que hace referencia a la ubicación de los establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas.

En el plano de la ciudad de Concepción del año 1892 marcamos dos rectángulos rojos, que se relacionan con el radio que abarcaría el centro de la ciudad, el cual estaría asociado con los establecimientos de 1ª y 2º clase, de este modo, el resto del espacio urbano es considerado como de 3ª clase.⁴¹³ A su vez utilizamos la demarcación de los barrios populares al norte de la ciudad de Concepción propuesta por las historiadoras Gina Inostroza y Marcela Tapia, dicho espacio se encuentra delimitado en el mismo plano anterior con líneas negras, en esta se encontrarían barrios como los de Ultra Carrera y La Pampa ubicados al nor-oeste y Agua Negra y San Carlitos localizados al nor-este de la ciudad de Concepción.⁴¹⁴

⁴¹³ BNCh, *Código de Policía Local para la comuna de Concepción*, Imp. y Lit. José V. Soulofre, Concepción, 1915. pp. 122-123.

“Venta de bebidas alcohólicas

Art. 576 en conformidad al art 30 de la ley de 18 de Enero de 1902 i de acuerdo con la población de 55.517 habitantes que ha dado a esta ciudad el último censo, en Concepción, solo podrá haber los siguientes establecimiento de bebidas alcohólicas para ser consumidas en el mismo local:

De primera clase37

De segunda “74

De tercera “74

(122)

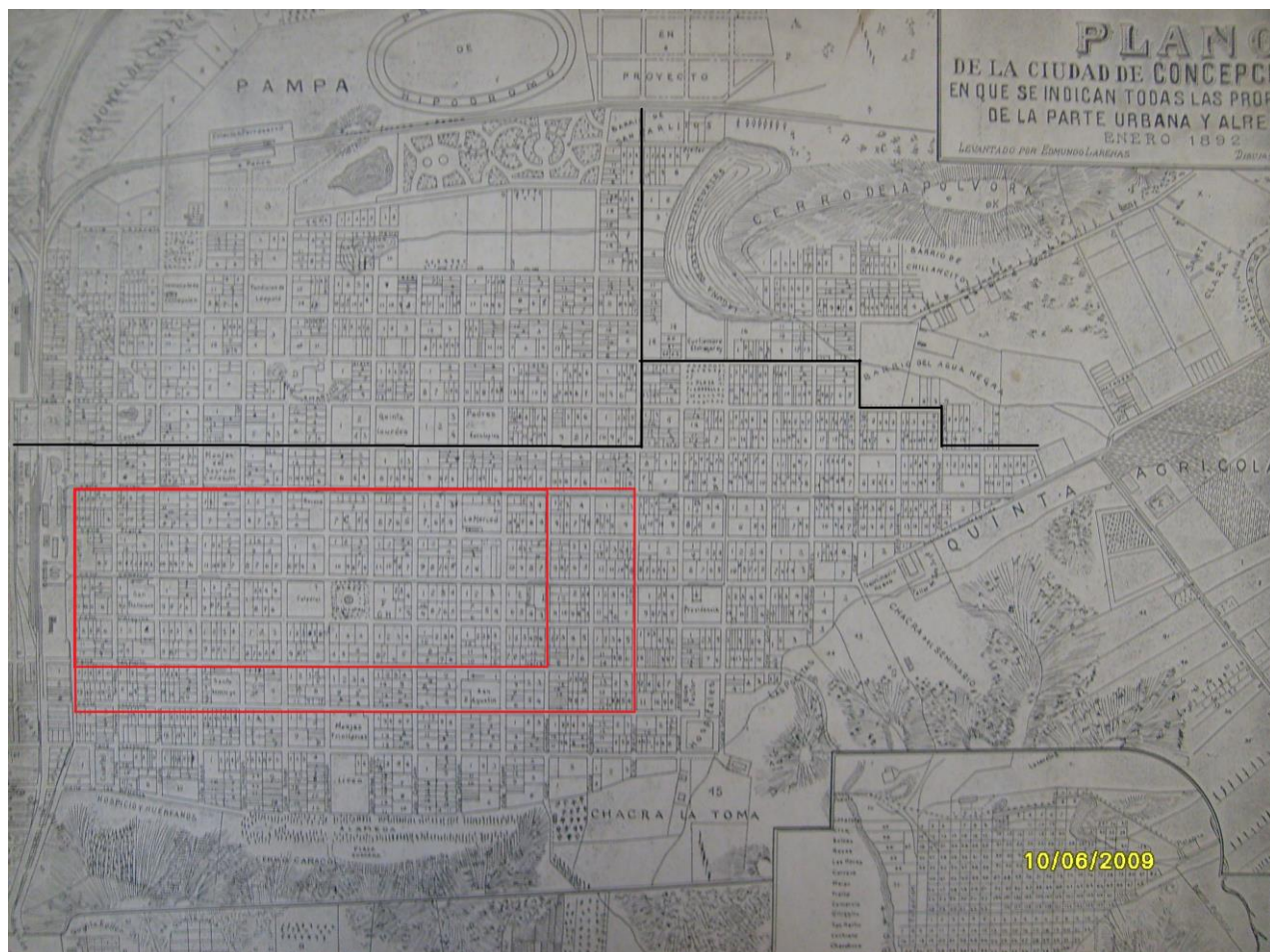
Art 577 se entenderán por de 1ª clase los que se ubiquen dentro del radio comprendido entre las calles de Arturo Prat, por el poniente: de Maipú, por el norte; de Orompello, por el Oriente i de San Martín, por el Sur, comprendiendo las propiedades de amabas aceras de las calles mencionadas, i en general, todas aquellas que se ubiquen a menos de doscientos metros de la plaza independencia.

Art 578 Se entenderán de 2ª clase los establecimientos que se ubiquen fuera del radio indicado en el artículo anterior, pero dentro del que comprenden la calles Cochrane, Paicaví i la espresada Arturo Prat, comprendidas también ambas aceras.

Art 579.- Los rematantes de patentes de tercera podrán mantener sus establecimientos en las calles de la ciudad que no estén comprendidas en los artículos anteriores, sin perjuicio de que se fundaren en este recinto establecimiento que, por los capitales invertidos, por su categoría o por los negocios que en ellos se hicieran.”

⁴¹⁴ Gina Inostroza y Marcela Tapia, “La mujer popular penquista”..., p. 609.

Plano de la ciudad de Concepción en 1892.⁴¹⁵



- Los espacios de circulación de la locura en Concepción.

Cuando hablamos de circulación, lo decimos en el sentido propuesto por Michel Foucault, así entendemos que ésta no se refiere solamente a la red material que permite el movimiento de mercancías y hombres, sino que “al conjunto de reglamentos, restricciones, límites o, por el contrario, facilidades y estímulos que permitirían el tránsito de los hombres y las cosas.”⁴¹⁶

Podemos entender entonces que la circulación de la locura al interior de la ciudad de Concepción significaba un movimiento tanto material como discursivo de la insania. Donde

⁴¹⁵ Fuente: Plano de la ciudad de Concepción, enero de 1892. Levantado por Edmundo Larenas.

⁴¹⁶ Michel Foucault, *Seguridad, territorio y población*, Curso en el Collège de France (1977-1978), Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006 [2004]. p. 375.

su desplazamiento por las calles de la ciudad estaba profundamente restringido y controlado por medio de un discurso basado en las nociones de defensa social, el cual determinaba que el lugar propio de la locura estuviese caracterizado por una serie de instituciones, entre las que se pueden considerar: la cárcel, el manicomio, el hospicio, los cuarteles de policía, y las familias que se hacían cargo de sus parientes locos.

Para el caso de nuestra investigación sólo identificaremos las relaciones que el manicomio mantuvo con la policía y el hospicio, debido a que estos establecimientos se convirtieron en importantes instancias de legitimación de un modelo asistencial que tenía por sentido el control de la insania al interior de la ciudad de Concepción, cumpliendo la función de protección del centro de la ciudad frente a la amenaza que significaba la locura. Lo interesante es que estas instituciones al mantener una relación permanente con la insania participaron de un proceso de reproducción del discurso que veía al loco como un enfermo y peligroso, lo cual nos puede llevar a plantear que dicho proceso ayudaría a consolidar la *medicalización de la locura* en el espacio comprendido por la ciudad de Concepción.

Características generales de la policía en Concepción.

Desde la segunda mitad del siglo XIX es posible identificar la acción policial bajo dos funciones distintas, por un lado, estaba la policía de seguridad, que se encargaba preferentemente de controlar las acciones consideradas delictuales al interior de la población, y por otro, existía una policía urbana que tenía como atribución el mantener el aseo, ornato y salubridad de la ciudad, frente a lo anterior, Mauricio Rojas nos dice que:

*“En este período, la acción policiaca no sólo se consolidó como instrumento de control social sino que, además, su accionar fue más efectivo en cuanto a la modificación de conductas de la población. Ello fue producto de un proceso de décadas donde coexistieron dos estrategias definidas de control social, ya que, al control jurídico-penal del Estado, donde la policía presentaba un rasgo coercitivo, se sumó como complemento, el control social por el consenso, adscrito a la policía urbana.”*⁴¹⁷

⁴¹⁷ Mauricio Rojas, “La ciudad como agente moralizador”..., p. 459.

Es posible reconocer junto con el autor antes citado, que la policía urbana de Concepción logró un mayor éxito en su labor moralizadora en comparación con la policía de seguridad. A modo de hipótesis podemos decir, que la situación anteriormente descrita determinaría que a principios del siglo XX se estableciera una reorganización de la institución policial, donde la policía urbana tendría a su cargo dos secciones, una de orden y otra de seguridad.⁴¹⁸ Cuyas antiguas atribuciones relacionadas con el aseo, ornato y salubridad de la ciudad dejan de ser una prioridad.

Pensamos que lo anterior se podría explicar a través de lo planteado por Mauricio Rojas, cuando nos dice que las medidas higienistas promovidas por la elite penquista, terminaron siendo legitimadas por los sectores populares que habitaban en la periferia urbana de Concepción.⁴¹⁹ Por lo tanto, consideramos que el éxito alcanzado por la policía urbana fue lo que le permitió mantener a su cargo la organización de la policía en su conjunto pasando a tener nuevas atribuciones que respondiesen a las necesidades que se presentaban al interior de la ciudad.

Es fundamental tener una visión general de la policía de Concepción a principios del siglo XX, para ello hemos considerado lo planteado en la memoria de la Intendencia de Concepción del año 1916, en la que se nos dice:

“El cuerpo de policía de Concepción se divide en dos secciones: de orden y seguridad, la primera consta de dos comisarias y dos retenes y componen su personal: un prefecto, dos comisarios, dos inspectores, 13 subinspectores, 10 guardianes primeros, 20 guardianes segundos 198 guardianes terceros. La sección de seguridad: un jefe agente primero, dos agentes segundos y 13 agentes terceros.

La dotación del cuerpo no ha sido aumentada desde hace cerca de quince años, y en cambio desde entonces acá, ha sufrido frecuentes reducciones.

El escaso personal con que cuenta es de todo punto insuficiente para prestar siquiera una mediana vigilancia policial en una ciudad como ésta.

⁴¹⁸ “Por lo que se refiere al servicio de policía urbana, o sea, al servicio de orden y seguridad, está organizado por decreto de 19 de Agosto de 1904, que rige para todas las policías fiscales, menos para las de Santiago y Valparaíso que tienen sus reglamentos espaciales.” Francisco Bustamante, *Estudio sobre la policía en Chile*, Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en Leyes y Ciencias Políticas en la Universidad de Chile, Imp. Lit. Jose V Soulodre, Concepción, 1918. p 29.

⁴¹⁹ Mauricio Rojas, “La ciudad como agente moralizador”..., p. 461.

que se compone de barrios populosos y dilatados, y ubicados algunos de ellos a una considerable distancia del centro de la población.

*Tanto en el cuartel de la primera comisaria –en la que funcionan, además, las oficinas de la prefectura y de la sección de seguridad y del servicio de identificación dactiloscópica- como el de la segunda, se halla instalados en pésimas condiciones en locales estrechos e inadecuados que reclaman con urgencia la ejecución de reparaciones de importancia.*⁴²⁰

De la cita anterior, se pueden desprender algunos elementos generales relacionados con el funcionamiento de la policía en la ciudad de Concepción. Una primera aproximación estaría basada en las carencias asociadas con la falta de dotación policial, y con el deterioro de las comisarias y cuarteles, lo cual redundaba en la imposibilidad de ejercer de una manera óptima las funciones de vigilancia, control y prevención. En este sentido es posible apreciar que tales dificultades iban en aumento a medida que los policías se alejaban del centro de la ciudad, lo que no significaba un desinterés por lograr establecer un mayor control de los márgenes urbanos, sino que la preferencia estaba en el resguardo y protección del centro de Concepción, es por ello, que la solución que veían las autoridades penquistas no pasaba por la construcción de nuevos cuarteles en la periferia, sino solamente aumentar el número de policías que permitiese desempeñar un mayor control desde el centro al margen de la ciudad.

Siguiendo con la caracterización general de la policía de Concepción es necesario identificar las atribuciones presentes en las dos secciones de la policía urbana, de este modo, podemos decir que:

- a) La policía de orden, tenía dos funciones principales, por un lado, estaba la administración de información, como eran: el registro diario de los sucesos de policía, reclamos y quejas, estadísticas de delincuentes, conducta y castigo del personal, inventario de la existencia de conductores de carruajes y de establecimientos públicos de libre acceso. Y por otro lado, tenía una función de control, donde a través de la

⁴²⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1487, Concepción 6 de abril de 1917, foja s/n. Memoria de la Intendencia de Concepción del año 1916. El subrayado es nuestro.

vigilancia, la aprehensión de delincuentes, la ayuda frente a los accidentes, se buscaba preservar el orden general al interior de la ciudad.

- b) La policía de seguridad, tenía también dos espacios de acción, el primero se relacionaba con una función represiva, que daba paso a: la investigación de delitos, la recepción de datos proporcionados por los jueces, y perseguir a los delincuentes en cualquier punto de la República, mientras que el segundo, estaba dada por una función preventiva, la cual se encontraba fundada en la noción de peligro social, es por ello, que se llevaba registro de los sirvientes domésticos, de los cocheros de servicio público, de las casas de prostitución, se vigilaban las tabernas, teatros, mítines y calles.⁴²¹

La policía y el control de la insanía en la ciudad

Consideramos pertinente la propuesta analítica planteada por Michel Foucault, cuando se refiere a la policía y su relación con la circulación de mercancías y personas, haría posible la existencia de las ciudades y por tanto de la urbanidad.⁴²² Nosotros creemos que gracias a esta premisa la institución policial pudo constituirse en un espacio de la locura en la ciudad de Concepción.

En torno a lo anterior trataremos de responder las siguientes preguntas, ¿Por qué la policía era la encargada de restringir la circulación de la locura por la ciudad? ¿Qué elementos hacían del loco un elemento pernicioso para el espacio urbano? ¿Qué tipo de policía se hacía cargo de los locos? Y por último, ¿Por qué la policía se constituyó en un espacio de la locura?

Si retomamos la idea de que la policía era una condición para la existencia de lo urbano, podemos comprender el interés por controlar el movimiento de los insanos al interior de la ciudad. Esto se debía a nuestro parecer a que en la ciudad de Concepción se llevó a cabo un proceso de *racionalidad urbanística*, donde se establecían una serie de reglas y límites a los elementos marginales que pudiesen atentar contra el espacio conocido y representado como urbano, es por ello, que en éste último, se buscaba imponer un modelo de sociedad basado en el progreso, la civilización y el orden, elementos que permitían

⁴²¹ Francisco Bustamante, *Estudio sobre la policía...*, pp. 35-39.

⁴²² Michel Foucault, *Territorio seguridad...*, p 384.

establecer una ciudad moderna. Al estructurarse dicha *modernidad racionalista*, Alain Touraine nos dice que, se “rechazó, olvidó o encerró en instituciones represivas todo aquello que parecía resistir al triunfo de la razón.”⁴²³

Sabemos desde la *historia de la locura en la época clásica*, de Michel Foucault, que el manicomio significó una respuesta por parte de la modernidad al problema de la locura o sin razón, la cual a través de un poder disciplinario buscó sanar y encauzar los cuerpo y las alma de los locos, teniendo como máximo objetivo la devolución de éste a la sociedad cuerda y racional.⁴²⁴

Si entendemos que la policía tenía por función la reproducción de un modelo de sociedad de tipo moderna basada en los valores promovidos por la elite dominante, tanto en Concepción, como en otras ciudades de Chile, comprendemos que se constituía en un elemento fundamental del control de la marginalidad social al interior de la ciudad. En este sentido, lo que la oligarquía quería alejar de su vista (preferentemente en el centro de la ciudad),⁴²⁵ era reducido en instituciones que se ubicaban en la periferia urbana, o simplemente se les vetaba la posibilidad de transitar por los espacios comunes de la ciudad, todo ello se estructuraba por medio de un discurso del orden, que se cimentaba en la noción de peligro social. En este sentido, hay que situar lo planteado en el *Código de Policía Local para la Ciudad de Concepción* del año 1915 en su *Libro I. De la vía pública*:

“Art. 15. *Queda prohibida la exhibición en público de deformidades, mutilaciones, úlceras i de toda enfermedad que pueda producir contagio o repugnancia a los transeúntes.*

Art. 16. *Los mendigos no podrán pedir limosnas sin permiso escrito de la alcaldía ni estacionarse en las calles, plazas y paseos públicos.*”⁴²⁶

⁴²³ Alain Touraine, *Crítica de la modernidad...*, p 201.

⁴²⁴ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2009, [1967] 2 Tomos.

⁴²⁵ Un caso de control de la circulación de los pobres al interior de la ciudad de Concepción a principios del siglo XX, es el que no relatan Gina Inostroza y Marcela Tapia, “La mujer popular penquista”..., p. 612. Cuando nos señalan que: “*El asedio institucional que actuaba en nombre de las buenas costumbres, no toleraba la sociabilidad popular. La venta de comida callejera se transformaba ante sus ojos en espectáculos que se acercaban más al barbarismo que a la modernidad. La elite no las quería en sus calles y para eso debía expulsar a sus principales protagonistas.*”

⁴²⁶ *Código de policía local...*, p.9.

A través de la cita anterior, se puede apreciar como la policía debía ejercer un control de lo marginal, donde la sola repugnancia y contagio frente a una enfermedad o la condición social de mendigo determinaba el accionar policiaco, generando así al interior del espacio urbano una segregación de los elementos reconocidos como nocivos o peligrosos.

Bajo tal contexto funcionaba también la práctica policiaca en torno a la locura, a la cual se le controlaba su circulación por los espacios de la ciudad. Nosotros creemos que dicha situación irá en aumento a medida que se consolide la institución manicomial en Concepción, lo que no significa que antes de la creación del manicomio la policía no ejercía tales funciones, ya en el año 1862 el periódico *Correo del Sur* se refería a tal situación, de la siguiente manera:

*“La autoridad ha ordenado a la policía que recoja todos los locos que vagan por la población para transportarlos al establecimiento que existe en Santiago destinado a esta clase de desgraciados de la sociedad. Aplaudimos esta medida porque ella nos privará de presenciar en lo sucesivo actos repugnantes y tristes al ver correr por nuestras calles casi desnudos y sirviendo de escarnio a los muchachos a estos seres sin conocimiento.”*⁴²⁷

Tal práctica respecto a la locura, se mantendrá durante el período abordado en esta investigación, en este sentido, es interesante que los reglamentos policiales de Concepción, ya sea, la *Ordenanza de Policía de 1885*, o el *Código de Policía Local de 1915* no hacen mención sobre los locos o dementes, pero es posible constatar a través de las fuentes, que era una práctica común en toda la República el traslado de los locos por parte de la policía,⁴²⁸ y por lo menos, para el caso de Concepción la persecución de los insanos al interior de la ciudad.

⁴²⁷ *El Correo del Sur*, N° 1.511, 1862. Citado en: Arnoldo Pacheco, *Economía y Sociedad de Concepción siglo XIX: Sectores populares urbanos 1800-1885*, Ediciones Universidad de Concepción, Concepción, 2003. p. 229.

⁴²⁸ “A las 7:30 A.M de hoy, regresó a Yumbel el guardián de esa policía Eduardo Araya, conduciendo a la insana de esa localidad, Carmen Ávila Ávila, que había sido traído a esta ciudad para su ingreso al manicomio, lo que no se efectuó por estar completo de alienados el establecimiento.” ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1709, foja s/n, Concepción 27 de julio de 1924. Informe enviado desde la Prefectura de policía de Concepción al Intendente de provincia.

Al no tener fuentes que nos permitan explicar el por qué de tal vacío en los respectivos reglamentos, sólo podemos aportar con algunas hipótesis. La primera podría ser que dicha práctica se estableció en base a una costumbre que se remontaría desde la creación de la Casa de Orates de Santiago y del Manicomio de Concepción, donde a medida que se iban consolidando sus funciones asistenciales y/o terapéuticas en toda la República, se requería aún más, del control de la insania por parte de la policía al interior de las ciudades. Una segunda hipótesis explicativa estaría vinculada con el proceso de control de conductas al interior del espacio urbano, por tanto, si la policía sorprendía a una persona atentando contra algún artículo del reglamento y se reconocía la posible locura en dicho sujeto se le terminaba enviando al manicomio. Creemos que las dos hipótesis en su conjunto permitirían explicar la ausencia de la locura en los respectivos reglamentos de policía.

La policía al ejercer el control de la circulación de los locos por la ciudad, lo hacía en concordancia con la representación social existente respecto a la locura, de este modo, las nociones de enfermedad y peligrosidad junto con la idea de que el loco era un perturbador del orden público, permitían a nuestro parecer que el primer diagnóstico de locura fuese realizado en algunos casos, no por un médico alienista, sino por personas no expertas, como por ejemplo, los policías de la ciudad Concepción. En relación a esto, Patricia Prestwich nos dice que en algunos casos el médico alienista no hacía más que confirmar un diagnóstico de locura ya realizado por las familias, por los vecinos, o por autoridades no médicas.⁴²⁹ Consideramos que dicha situación se podría deber en parte a que en la ciudad de Concepción existía un amplio margen al momento de calificar las conductas consideradas “anormales” o impropias, de este modo, cualquier persona que se saliera de dichos parámetros podía llegar a ser considerada como loca.

En éste sentido, es lo expuesto en un informe de la Prefectura de policía de la ciudad de Concepción en el año 1923, en el que se dice:

“A las 1 P.M fue detenido por el agente 3° Alejandro Lara de orden del Sr. Ayudante Juan de Dios Bastidas, el insano Luis Muñoz Valenzuela, que fue detenido en la vía pública por andar molestando a los

⁴²⁹ Patricia Prestwich, “Family strategies and medical...”, p. 79.

transeúntes, queda en la sección hasta que se practiquen las diligencias para hacerle ingresar al Manicomio.”⁴³⁰

Cabe identificar que tipo de policía se hacía cargo del control de la insania al interior del espacio urbano de Concepción, en torno a esto, hemos podido constatar a través de las fuentes consultadas que fue justamente la policía de seguridad la que se encargaba tanto de detener la circulación de los locos por la ciudad, como también recibir a los insanos provenientes de las ciudades del sur de Chile, pensamos que esto se debía a la facultad preventiva de dicha policía, la cual veía en la locura una enfermedad impredecibles, convirtiéndose ésta en un peligro para la convivencia social al interior de la ciudad. Esto se puede apreciar a través de la memoria de la policía de Concepción del año 1913, en el que se dice:

“Al Manicomio se mandaron de orden de la Intendencia y por conducto de la sección de seguridad 74 insanos distribuidos de la manera siguiente:

Hombres 11, Mujeres 7, y traídos de otras partes 56, total 74.”⁴³¹

La organización de la policía como un espacio de la locura respondía a los elementos que hemos esbozado hasta ahora, a estos, cabría agregar el problema que significaba la saturación de la institución manicomial, así lo relataba el diario *El Sur de Concepción* en el año 1897:

“Los insanos Carlos Rif, Francisco Villagra e Hilario Arroyo, se encuentran hace varios días en el cuartel de policía. No han sido trasladados al Manicomio, porque no hai local desocupado en este establecimiento.”⁴³²

Lo antes descrito, no era privativo sólo de la ciudad de Concepción, ya que en Santiago se cumplía desde 1852 la función de asistir a los locos de toda la Republica, trayendo como consecuencia una serie de críticas a la relación que la policía establecía con la locura, la que muchas veces significó serios abusos en contra de los insanos. Pablo Camus, cuando se refiere a las reformas solicitadas por los médicos de la Casa de Orates a

⁴³⁰ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1675, Concepción 29 de octubre de 1923, foja s/n,

⁴³¹ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1393, Memoria del cuerpo de policía de Concepción del año 1913, foja 11.

⁴³² Diario *El Sur* de Concepción, sábado 16 de enero de 1897.

la Junta Directiva, nos dice que una de ellas hacía alusión explícita a la necesidad de que se “hiciese lo posible por evitar la prolongada permanencia de los enfermos en los recintos policiales, ya que era común que durante esa estadía los enajenados pasasen días sin comer, e inclusive algunos de ellos llegaban al asilo con señas evidentes de haber sido flagelados.”⁴³³ Dicha petición, como aclara el autor no fue aceptada por la Junta Directiva.⁴³⁴

No hemos tenido acceso a fuentes, que nos permitan ratificar que los problemas ocurridos en Santiago respecto a la policía también sucedieran en Concepción, pero si podemos pensar que las facultades dadas a la institución policial permitían justamente que se cometieran ciertos abusos.

Siguiendo con la idea referente a la constitución de la policía como un espacio de la locura, es interesante el relato dado por el Dr. Miguel Campos en su informe médico legal enviado a la Intendencia de Concepción en el año 1905, en este se plantea que:

“En la tarde de ayer di cumplimiento al decreto de Ud. número 66, donde se sirve pedirme informe sobre el estado mental de Anselmo Troncoso que se encuentra en la primera comisaría.

Troncoso estaba en un estado de suma pasividad sin indicios de conciencia, sin palabra, sin movimiento, ni sensibilidad, dejando la impresión de encontrarse en período pre-euforia.

No me era pues posible apreciar sus facultades mentales creyendo que lo que este individuo necesitaba principalmente era abrigo i asistencia médica, i no pudiéndose realizar ninguna de las indicaciones que hice, por no haber en la insanía ningún elemento para estos casos, tuve que contactarme con el oficial de policía.”⁴³⁵

A través de la cita anterior, es posible apreciar que el insano Anselmo Troncoso había sido diagnosticado como loco por parte de los policías que lo tenían en custodia, dicha situación determinó que el médico Miguel Campos debió realizar un reconocimiento del insano al interior del cuartel de policía para establecer si padecía o no locura, éste al

⁴³³ Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura” ..., p. 129.

⁴³⁴ *Ibíd.* pp. 129-130.

⁴³⁵ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1153, Concepción 12 de diciembre de 1905, foja s/n. El subrayado es nuestro.

verse imposibilitado de efectuar su diagnóstico terminó solicitando la presencia del oficial de policía, situación que tenía por sentido informarse de los antecedentes que llevaron a la colocación de este sujeto en dicho espacio institucional. Por su parte, Catharine Coleborne, nos señala para el caso australiano, que el rol de la policía era central en el proceso que hacía de la locura una cuestión legal y médica, en este sentido la policía era consultada para identificar pacientes, además de aportar con información extra que podía ser de ayuda para los médicos.⁴³⁶

Podemos plantear entonces, que la circulación por los espacios de la locura en la ciudad de Concepción se caracterizó por un proceso no meramente material sino también discursivo, el cual se encontraba determinado por las nociones de enfermedad mental y peligro social. Esto será lo que permitirá a la institución policial participar activamente en el proceso de construcción cultural de la figura del loco.

Hospicio, dementes y manicomio en Concepción

Hasta este momento las investigaciones referentes a la historia de la psiquiatría⁴³⁷ y de la locura en Chile,⁴³⁸ han hecho caso omiso a la importancia que tuvo el hospicio en la estructuración de un modelo asistencial de la locura, es por ello que nosotros queremos aportar con algunas ideas que nos permitan comprender desde la historia local de Concepción, algunas de las intrincadas relaciones que se establecían entre el manicomio, la enfermedad mental y el hospicio.

De manera general, los hospicios en Chile tenían por función la atención de personas invalidas, que a causa de una enfermedad física o moral incurable no pudiesen

⁴³⁶ Catharine Coleborne, "Passage to the asylum: the role of the police in committals of the insane in Victoria, Australia, 1848-1900" en Roy Porter and David Wright (ed), *The Confinement of the Insane, international perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003]. pp. 138-139.

⁴³⁷ En relación a las investigaciones que podemos calificar como "historia de la psiquiatría en Chile" podemos considerar la compilación de artículos referentes a la institución y profesión psiquiátrica en Eduardo Medina y Enrique Escobar (ed), *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico...*, pp. 172. También la investigación de: Enrique Laval, *El Manicomio Nacional...*, p. 122.

⁴³⁸ En relación a las investigaciones que podemos calificar dentro de una corriente más progresista en Chile, a la cual denominamos "historia de la locura", las principales investigaciones bajo ésta perspectiva a nuestro parecer son las de: María José Correa, "Violencias ejercidas en los cuerpos"..., pp. 1-20, del mismo autor véase: "Cuerpo y demencia la fisonomía"..., pp. 88-109; También los trabajos de: Claudia Araya, "La construcción de una imagen femenina...", pp. 5-22; Claudia Araya y Cesar Leyton, "Atrapados sin salida"..., p.1-19.

ganarse la vida por medio del trabajo,⁴³⁹ estos establecimiento como es sabido eran mantenidos y administrados por las Juntas de Beneficencia de las respectivas localidades.

En Concepción el Hospicio cumplió sus funciones asistenciales desde el año 1865, donde ya en 1868, contaba con setenta y siete asilados. En esa misma fecha, el diario *La Reforma* planteaba que, “la fundación de este establecimiento ha permitido desterrar de nuestras calles la mendicidad, quitando a muchos vagos.”⁴⁴⁰ Con lo anterior podemos ver que el Hospicio cumplía una función importante al momento de absorber población marginal de Concepción, la cual irá en aumento hasta llegar a contar en el siglo XX, con más de mil asilados.⁴⁴¹

Algunos datos referentes a la infraestructura y ubicación del Hospicio⁴⁴² se pueden apreciar en la memoria de la Junta de Beneficencia de Concepción presentada en el año 1901 a la Intendencia de Concepción, en la cual se nos dice: “Esas instituciones están establecidas en grandes i estensos edificios en su mayor parte de dos pisos de material sólido i están ubicadas al extremo P. de la ciudad, ocupando una extensión de más de cuatro cuabras en un solo recinto todo edificado”⁴⁴³

La circulación de la locura en relación con el Hospicio, se vincula al igual que la policía con el exceso de insanos al interior de la institución manicomial, pero a esto cabe agregar que, era una función propia del Hospicio recibir los enfermos mentales considerados crónicos o incurables, siendo estos los dementes,⁴⁴⁴ fatuos⁴⁴⁵ y epilépticos.

⁴³⁹ BLDG, *Estatutos i reglamentos para el Hospicio de Valparaíso*, Imprenta Nacional, Santiago, LXIII, año 1894, Tomo 1, p. 32. “Art. 1° Pueden ser admitidas en el hospicio las personas pobres que carezcan de parientes o deudos capaces de atender a su subsistencia, i que a consecuencia de enfermedad física o moral incurable se hallen imposibilitados para ganar su vida con el trabajo.” Utilizamos el reglamento del Hospicio de Valparaíso para contar con una visión general sobre este tipo de instituciones, además, cabe decir que no tuvimos acceso al respectivo reglamento del hospicio de Concepción.

⁴⁴⁰ Diario *La Reforma*, N° 146, 1868. Citado en: Arnoldo Pacheco, *Economía y sociedad de Concepción...*, p. 265.

⁴⁴¹ “El hospicio i casa de huérfanos tiene un presupuesto anual de 250 i tantos mil pesos i debe actualmente la suma de 300 i tantos mil pesos.

Este establecimiento tenía el año pasado más de mil asilados, incluyendo en este número al personal administrativo, i hoi, recurriendo a los mayores extremos económicos lo ha reducido a poco mas de 800.” ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1693, Concepción 17 de Junio de 1924, foja 22.

⁴⁴² Cabe considerar que el hospicio cumplía también funciones asistenciales como *Casa de Huérfanos i Asilo de la Infancia*

⁴⁴³ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1045, Concepción 9 de junio de 1902, foja 244, p. 5. Memoria de la Junta de Beneficencia presentada a la Intendencia de Concepción en el año 1901.

⁴⁴⁴ La demencia sería “una enajenación adquirida que consiste en la pérdida absoluta de las facultades mentales.

Para seguir ahondando en este tema es fundamental aclarar que la historiografía chilena de la locura ha identificado los conceptos de loco y demente como sinónimos,⁴⁴⁶ lo cual se presta para confusiones al momento de comprender las funciones que cumplían tanto los hospicios como las instituciones manicomiales en Chile. Creemos que tal incomprensión se debe a la utilización de la noción de demente como un concepto genérico para referirse a las enajenaciones mentales. Esto ocurrió específicamente con el *Código Sanitario* del año 1925, en el cual se explicita en su *Título V De los dementes*.

*“Art. 172. Se entiende por persona dementes, o simplemente demente, la que tiene manifestaciones de una enfermedad o defecto cerebral caracterizado por un estado patológico desordenado, funcional u orgánico, mas o menos permanente de la mentalidad, y por la perversión, impedimento o función desordenada de las facultades sensorias o intelectuales, o por el menoscabo o desorden de la volición”*⁴⁴⁷

A través de la cita anterior se puede ver que el concepto de demente se utiliza para referirse a la enfermedad mental en general, negando como veremos una serie de prácticas que se habían dado desde el siglo XIX respecto los locos (curables) y dementes (incurables). Esto es comentado por Inés Vásquez, en su tesis para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas por la Universidad de Chile, del año 1938, en la que plantea como una de sus críticas al Código Sanitario de 1925, lo siguiente: “Haber empleado, al igual que los Códigos Civil y Penal, la palabra demente en el sentido de enajenado mental. En efecto, trato de definir a las enajenaciones mentales, valiéndose de la

Lo que hace característico al demente es una atrofia completa i un gran anonadamiento de sus facultades mentales; i no un desorden como hemos visto en las otras enfermedades mentales adquiridas.

La demencia tiene la particularidad de ser incurable i de no presentar intervalos lucidos.

La demencia la dividimos en cenil i vesánica. La primera es ocasionada por un desgaste mental debido al transcurso del tiempo. Es mui común en la vejez.

Demencia vesánica es el resultado de otras enfermedades.” Primo Ocaranza, *Las enajenaciones mentales*, Título para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Leyes i Ciencias Políticas de la Universidad de Chile, Imprenta Chile, Santiago, 1914. pp. 20-21. El subrayado es nuestro.

⁴⁴⁵ Entre los clasificados como fatuos se encuentran: el idiotismo, el cretinismo, la imbecilidad y la debilidad de espíritu.

⁴⁴⁶ Entre los historiadores que identifican al loco y demente como sinónimos podemos considerar algunos como: Pablo Camus, “Filantropía, medicina y locura”..., pp. 89-140.; Cesar Leyton, *La ciudad médico industrial*..., pp. 1-77.; María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., pp. 1-20.; “Cuerpo y demencia la fisonomía”..., pp. 88-109.

⁴⁴⁷ BNCh, *Código Sanitario de la República*, Imprenta Nacional, Santiago, 1925. p. 56.

expresión demente.”⁴⁴⁸ Pensamos que dicha situación a determinado que investigaciones en las que se utilizan preferentemente fuentes primarias extraídas de archivos judiciales, no han podido identificar las diferencias entre locura y demencia.⁴⁴⁹ La importancia de aquello no pasa sólo por la aclaración de un concepto, sino que en dicha diferenciación intervienen relaciones institucionales y sociales de suma importancia.

Tal delimitación entre locos y dementes se realizó en la ciudad de Concepción con claros sesgos de conflicto, ya que como vimos las autoridades santiaguinas habían establecido que el Manicomio penquista recibiría preferentemente dementes,⁴⁵⁰ produciendo como reacción en la ciudad de Concepción, la no aceptación de las solicitudes de internamiento provenientes de las ciudades al sur de Chile que implicaran la llegada de incurables o dementes al manicomio.⁴⁵¹ Esto se debía a que la presencia de enfermos crónicos en la institución afectaba tanto sus pretensiones terapéuticas, como el presupuesto del nuevo manicomio, en este sentido hay que entender la petición hecha por la Junta de Beneficencia de Concepción en el año 1895, en la que se plantea la necesidad de:

*Elevar una nota al Supremo Gobierno solicitando la traslación a Santiago de 35 asilados en estado de demencia que escisten en el manicomio de esta ciudad i que creo pueden enviarse al Hospicio de esta por estar completo este establecimiento.*⁴⁵²

⁴⁴⁸ Inés Vásquez, *Asilos de enajenados*, Título para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile, Dirección General de Prisiones Imprenta de la Cárcel, Valparaíso, 1938. p. 56. Cabe decir que la autora valora de igual forma, el intento de definición de la enfermedad mental presente en el Código Sanitario de 1925.

⁴⁴⁹ Creemos que la incomprensión de las diferencias entre dementes y locos pueden ser apreciadas en las investigaciones de la historiadora: María José Correa, “Violencias ejercidas en los cuerpos”..., pp. 1-20. Véase también: “Cuerpo y demencia la fisonomía”..., pp. 88-109.

⁴⁵⁰ “*El Manicomio que se va establecer en Concepción tendrá sólo una duración pasajera, i aunque el edificio a el destinado presenta algunos inconvenientes se procurara adaptarlo a su objeto i ponerlo en situación de recibir a aquellos enajenados que más propiamente podemos calificar de dementes, cuya enfermedad no admite ya curación i cuyo estado ordinario es tranquilo e inofensivo.*” BCNCh, Boletín de sesiones de la Cámara de Diputados, sesiones extraordinarias, 1894-1895. p. 624.

⁴⁵¹ “*Alienados no Dementes.*”

El Sr Zulaica hizo presente la conveniencia de que se pusiese en conocimiento del intendente para que se le enviase una circular a los intendentes i gobernadores para que no manden en lo sucesivo dementes sino locos a éste establecimiento” SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 3 1892-1897, sesión del 20 de diciembre de 1897, foja 402.

⁴⁵² SCHUC, Archivo de la Junta de Beneficencia de Concepción, Vol. 3 1892-1897, sesión del 16 de diciembre de 1895, foja 219.

Los hospicios junto con los manicomios eran las principales instituciones que se hacían cargo en formas más o menos permanente de las enajenaciones mentales en Chile, permitiendo así la circulación de la locura por los espacios institucionales de la ciudad, dicha situación no era ajena a otros países, en este sentido, Robert Castel nos comenta al respecto, lo siguiente para el caso europeo:

*“Se recordará que el modelo inglés que inspira a los reformadores de finales del siglo XVIII propone unos establecimientos de cuidados intensivos, para tratar enfermos nuevos por el plazo de un año como máximo, a continuación de lo cual, en caso de fracaso terapéutico, deberán ser transferidos a hospicios para incurables”*⁴⁵³

Tal situación descrita en la cita anterior debe ser situada en las esperanzas puestas en el asilo como máquina curativa, visión que en Concepción se defenderá durante toda la existencia del manicomio.⁴⁵⁴

Se puede constatar que el proceso de circulación de la locura al interior de la ciudad de Concepción se encontraba supeditado al exceso de enajenados en el Manicomio. Esta situación era la que activaba el funcionamiento de otros espacios institucionales como eran los cuarteles de policía y el Hospicio, siendo éste último el que posibilitará la consolidación de las funciones terapéuticas al interior de la institución manicomial en Concepción, por medio de la recepción de enfermos incurables con estadía permanente en el asilo, lo cual permitía la llegada de insanos que requerían de algún tipo de tratamiento. Esta situación se puede apreciar en lo planteado por el ecónomo del Manicomio de Concepción, Benjamín Monrroy, cuando dice:

“Joaquín Tapia, Lorenzo San Juan y Celedonia Maureira, son tres asilados que ocupan indebidamente lugares en este Manicomio: los dos primeros adolecen de demencia senil, por estar ambos en edad muy avanzada: la tercera es una idiota tan incurable como los anteriores: por esta razón, y por ser enfermos inofensivos y completamente pacíficos, el médico del establecimiento los ha dado de alta. Sería conveniente, tanto para ellos, como para el buen servicio de la casa, trasladarlos al

⁴⁵³ Robert Castel, *El orden Psiquiátrico...*, p. 125.

⁴⁵⁴ Esto fue tratado en el capítulo 2 y 3 de esta investigación.

*Hospicio, salvo mejor parecer de UD., de este modo, las camas que ocupan estos tres enfermos podrían destinarse para tres insanos furiosos que existen en la actualidad detenidos en el cuartel de policía de ésta ciudad.*⁴⁵⁵

De la cita anterior se puede desprender cómo el Manicomio en la ciudad de Concepción dependía de algunos mecanismos para mantener sus funciones terapéuticas-asistenciales, dada la creciente llegada de insanos provenientes tanto de las ciudades de Talca al Sur como también los que eran sorprendidos por la policía en las calles de la ciudad de Concepción. De este modo podemos decir que cuando se daba de alta a una persona en el Manicomio no implicaba necesariamente que se encontrara sana, sino que dicha situación en muchos casos ayudaba a impedir la saturación del establecimiento, posibilitando la entrada de los locos peligrosos o *furiosos*, para los cuales estaba precisamente dirigida la institución manicomial en Concepción. Por otro lado se puede ver que el Hospicio recibía enfermos incurables que no representasen un peligro para la sociedad, esto creemos explicaría el poco interés del Estado guardián de aportar con grandes sumas a su respectivo presupuesto, por lo menos durante el período abordado en esta investigación.⁴⁵⁶

En el siguiente plano de la ciudad de Concepción del año 1892, se puede apreciar la ubicación del Hospicio en color rojo, la del Manicomio antiguo en azul y la del Manicomio Avello en amarillo, todas estas instituciones como se puede apreciar se encontraban ubicadas en el margen urbano de la ciudad de Concepción.

⁴⁵⁵ ANCh, Intendencia de Concepción, Vol. 1012, Concepción 22 de septiembre de 1899, foja 772.

⁴⁵⁶ Esto es tratado en el capítulo 2 de esta investigación.

Plano de la ciudad de Concepción en 1892.⁴⁵⁷



Los hospicios en Chile y su relación con las enajenaciones mentales.

Queremos proponer a través del cuadro N°14, que en Chile por lo menos hasta el año 1928, quince ciudades se hacían cargo de sus propios enfermos mentales, a través del funcionamiento de los hospicios, los cuales recibían personas clasificadas como incurables o crónicas, y que no contaban con los medios económicos suficientes para su subsistencia. Así podemos decir junto con María José Correa, que los asilos en Chile no fueron los únicos que articularon saber y poder en torno a la enfermedad mental,⁴⁵⁸ sino que también

⁴⁵⁷ Fuente: Plano de la ciudad de Concepción, enero de 1892. Levantado por Edmundo Larenas.

⁴⁵⁸ María José Correa, "Violencias ejercidas en los cuerpos"..., p.13. Cabe aclarar que la autora se centra en las relaciones de poder que se establecieron entre las familias y sus respectivos insanos y no en las demás instituciones que se hacían cargo de las enajenaciones en Chile.

otras instituciones como la policía y los hospicios mantuvieron un diálogo permanente con la sin razón.

Es necesario constatar, que las enajenaciones mentales compartían espacios al interior de los hospicios con otro tipo de afecciones de carácter físico, como eran los: ciegos, paralíticos, reumáticos, sordomudos, tullidos, inválidos, por vejez, y para el caso de Concepción, se sumaban los niños del asilo de la infancia. Frente a esto, podemos decir que los hospicios se constituían en las instituciones principales al momento de absorber la marginalidad social en Chile, ingresando personas que incluso eran rechazadas por las instituciones manicomiales existentes.

Respecto a los hospicios y su relación con las enajenaciones mentales en Chile, el cuadro N°14 permite apreciar que el caso de Santiago es ilustrativo, donde para el año 1919 de un total de 938 asistidos clasificados como enfermos mentales en los hospicios de la República, a dicha ciudad le correspondían un total 581 enfermos, de los cuales, los dementes constituían el 65,4% de todas las enajenaciones asistidas en el hospicio de Santiago y un 40,5% respecto a todos los asistidos en los hospicios del país. Podemos decir entonces que estos comprendían el grueso de las enajenaciones mentales asistidas en los hospicios, donde sumaban para los años 1912 un 39,9%; 1919 un 60,4%; 1927 un 50,4%; y en 1928 un 43,5%, del total de enajenaciones mentales asistidas en los Hospicios.

Creemos que estas cifras se mantenían relativamente elevadas, debido a que ,tanto la Casa de Orates de Santiago como el Manicomio de Concepción, reconocían que sus funciones tenían un carácter terapéutico y preventivo,⁴⁵⁹ lo cual no significaba que en dichas instituciones no hubiesen enfermos crónicos o incurables.

⁴⁵⁹ La palabra “preventivo” la usamos en el sentido de impedir que una enfermedad mental se volviese crónica por falta de tratamiento.

Cuadro N°14
Enfermos mentales en los Hospicios de Chile para los años 1912, 1919, 1927 y 1928.⁴⁶⁰

UBICACIÓN DE LOS HOSPICIOS	1912			1919			1927			1928		
	Dementes	Epilépticos	Fatuos	Dementes	Epilépticos	Fatuos	Dementes	Epilépticos	Fatuos	Dementes	Epilépticos	Fatuos
Copiapó	3	3	2	4	2	2	3	4	1	*	*	*
La Serena	2	-	6	32	6	...	7	2	...	14	2	11
Coquimbo	*	*	*	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Ovalle	*	*	*	*	*	*	...	1	1	...	...	1
San Felipe	1	12	1	11	4	...	7	1	...	13	1	...
Los Andes	*	*	*	19	3	...	2	...	...	1	...	...
Viña del Mar	44	2	38	43	25	20	43	11	...	16	12	16
Santiago	145	111	90	380	171	30	181	118	63	176	130	66
Curicó	17	16	11	25	10	50	16	7	24	25	11	13
Talca	7	3	9	16	9	...	20	10	5	13	9	13
Cauquenes	4	1	4	4	2	4	*	*	*	*	*	*
Quirihue	*	*	*	6	1	1	2	3	1	1	5	2
Itata	-	1	5	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Chillán	7	24	9	2	3	12	12	5	15	...	...	...
Concepción	13	-	17	21	12	2	19	22	13	...	17	30
Traiguén	*	*	*	3	2	*	...	...	...	1	...	...
Valdivia	*	*	*	*	*	*	...	...	...	2	*	*
Total	243	173	192	567	250	121	312	184	123	262	187	152
Total de enfermos mentales asistidos por año, en los Hospicios de Chile.	608			938			619			601		

⁴⁶⁰ Este cuadro es de elaboración propia, fue construido con los datos suministrados por: *BNCh*, Anuario Estadístico de la República, Beneficencia, Medicina e Higiene Vol. II, Tomo 5 para el año 1912, pp. 68-69; Tomo 38 para 1919, pp. 55; Tomo 59 para 1927, p. 64 y Tomo 60 para 1928, p 111. En este cuadro no consideramos los datos referentes a las otras afecciones de las cuales se hacían cargo los hospicios. Los (*) representan momento en que un hospicio determinado no estaba en funcionamiento.

CONCLUSIONES

Durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, tomó lugar en la ciudad de Concepción un modelo de Estado guardián que participó activamente en el proceso de reforma de la institución manicomial, situación que se puede apreciar en la práctica a través de la emergencia de un poder médico con la capacidad de concretar un proceso de modernización, que implicaba tanto la creación de nuevas instituciones, como también la aparición del cargo de médico director en los establecimientos para enajenados. Creemos que lo anterior debe ser comprendido como parte de un mismo proceso de transformación, que tenía por sentido establecer en Chile un tratamiento científico de la locura. Cabe recordar que lo anterior tuvo como condición de posibilidad el cambio que significó el traspaso administrativo de la Casa de Orates de Santiago desde una Junta Directiva a la Junta de Beneficencia de Santiago, en el año 1891, situación que posibilitó a los médicos alienistas, y en especial al Dr. Manuel 2° Beca, plantear las condiciones en que se desarrollaría la nueva institucionalidad asistencial de la locura en Chile.

Cabe hacer notar que los manicomios eran establecimientos que cumplían funciones terapéuticas lo que determinaba que estos fuesen administrados por las Juntas de Beneficencia, ello significaba que estaban sujetas en cierta medida a las propuestas emanadas desde dicha institucionalidad, por tanto las modificaciones en lo relativo a la dirección médica de los manicomios no pudieron mantenerse en el tiempo debido al peso de la tradición que representaban las citadas Juntas, las que con el paso de los años irán permitiendo una mayor capacidad de acción para los médicos en la administración de las instituciones de salud.

En otro sentido, podemos decir que a la institución manicomial no sólo se le reconocían funciones terapéuticas-asistenciales, sino también tenía como atribución el cumplir un rol importante en lo relativo a la defensa de la sociedad, por la sospecha y peligro que significaba la locura. En tal contexto, podemos decir que el Manicomio de Concepción se constituye en un interesante indicador de la transformación del Estado, en su tránsito desde un Estado guardián a uno de carácter asistencial. Esta situación nos permite, por un lado, matizar la idea de un Estado guardián que no se ocupaba de los temas asociados a la salud de la población, dado que en el caso de la enfermedad mental presentó

una participación activa tanto en la creación, remodelación y financiamiento de este tipo de instituciones; además, tal análisis nos permite identificar las particularidades presentes en la ciudad de Concepción respecto al aporte Estatal en materia de salud, donde la Junta de Beneficencia de Concepción, a diferencia de la de Santiago, seguía manteniéndose prácticamente con recursos propios hasta el año 1926, fecha para la cual el Manicomio de Concepción se encontraba dentro de las instituciones que recibían un mayor aporte financiero por parte del Estado. La situación anterior nos permite aseverar que el Estado guardián funcionó de manera paralela al Estado asistencial. En otro sentido, queremos hacer notar que dentro del proceso de transformación del Estado se ha hecho especial hincapié, por parte de la historiografía nacional, en la capacidad transformadora de los médicos, y de los sectores populares, los cuales creemos cumplieron un rol fundamental, pero en general se ha omitido a las Juntas de Beneficencia, las que solicitaron en contadas oportunidades una mayor participación del Estado en el financiamiento de los establecimiento de salud, denotando así un elemento de cambio en las atribuciones que se le estaban dando al Estado liberal a principios del siglo XX.

En relación al desarrollo histórico del Manicomio de Concepción podemos plantear que éste se caracterizó por un conflicto respecto al “deber ser” de la institución, donde por un lado desde la ciudad de Santiago se le reconocían esencialmente funciones de asistencia para enfermos mentales considerados crónicos y que no representasen un peligro para la sociedad. Mientras, en Concepción, se buscaba consolidar sus funciones terapéuticas, asistiendo enfermos curables. Tal situación determinó las posibilidades de desarrollo de este manicomio, tanto en el ámbito presupuestario, como de la infraestructura requerida, donde uno de los elementos que marcó su devenir fue el hacinamiento de los insanos. En relación a lo anterior, un aspecto importante a considerar fue la creación del Manicomio Avello, que remplazó al antiguo manicomio. Como señalamos, éste no pudo ser terminado por falta de financiamiento, pero de todas formas se terminó priorizando las funciones terapéuticas al construirse dos pabellones diseminados junto con el edificio de clinoterapia y enfermería, quedando fuera de la construcción los espacios que estaban dirigidos esencialmente a la asistencia de enfermos crónicos.

Un último elemento considerado en esta investigación es la construcción discursiva del loco como enfermo mental y peligro social, además de la constitución de los *espacios de circulación de la locura* al interior del espacio urbano de Concepción.

Respecto a la construcción del loco como un sujeto enfermo y peligroso podemos decir que tal proceso se inscribe en el ámbito de la cultura, lo cual nos permite plantear la existencia de representaciones y prácticas sociales diferentes dependiendo del espacio y tiempo en el que se desarrollen. De este modo, podemos decir que la construcción del loco como sujeto fue determinado a través de un proceso de definición y categorización desde fuera del loco, en un acto de sometimiento que buscaba comprender el significado de qué era realmente la locura. Dicho proceso fue llevado a cabo por la ciencia médica que vio en la insania no sólo la manifestación de una enfermedad mental, sino también un peligro para la sociedad, discurso que terminó siendo legitimado y apropiado por una parte de la sociedad que reconoció a la medicina y a sus instituciones como la solución al problema que significaba la locura. Lo anterior le permitió a ésta participar en dicho proceso de construcción proporcionando referentes culturales y sociales para definir la anormalidad.

En relación a la organización de los *espacios de circulación de la locura* en la ciudad de Concepción, podemos decir que tanto la policía como el hospicio se encontraban supeditados al funcionamiento del manicomio, dado que al producirse la saturación de éste último traía por resultado la utilización de éstas instituciones para el resguardo de locos en los cuarteles de policía o asistencia de incurables en el hospicio. Lo interesante es que dichos espacios cumplieran la función de absorber la marginalidad social existente en la ciudad de Concepción. En este sentido, la locura al ser reconocida como enfermedad y peligro social, determinó que fuese vista como un elemento social nocivo por parte de la elite penquista, la cual creó a partir de un imaginario urbano basado en los sentimiento de miedo e inseguridad un centro urbano que se constituía en un verdadero anillo de protección frente a los elementos marginales de la sociedad. Tal situación determinó el control por parte de la policía de seguridad del movimiento de los locos que circulaban por los espacios públicos de la ciudad, lo que le permitía participar en la construcción social del loco como un sujeto enfermo y peligroso. A su vez el hospicio de incurables se constituyó en una vía de descongestión del manicomio en la ciudad de Concepción, además de cumplir la función de absorber dementes o enfermos crónicos en otras

provincias de Chile en las que no existían manicomios. Por tanto creemos que el manicomio no fue la única institución que generó saber y poder en torno a los locos, sino también la policía y el hospicio cumplieron un rol fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

I. Fuentes Manuscritas

Sala Chile (Universidad de Concepción).

- Archivo de la Beneficencia de Concepción. Vols. 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Museo de Historia de la Medicina Enrique Laval (Universidad de Chile).

- Archivo de la Junta de Beneficencia de Santiago. Vols. 7, 11.

Archivo Nacional

- Intendencias y Gobernaciones

Fondo Intendencia de Concepción. Vols. 580, 942, 964, 988, 1012, 1045, 1102, 1153, 1206, 1272, 1273, 1274, 1348, 1365, 1393, 1463, 1487, 1650, 1669, 1675, 1693, 1779, 1859, 1873, 1906.

Fondo Gobernación de Yungay. Vol. 13.

- Fondo Ministerio del Interior Vols. 1978, 3073, 4436.
- Fondo Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social. Vol. 1239-5030.

II. Fuentes Impresas

Actas de la Junta Directiva de la Casa de Orates, Imprenta Valparaíso, Valparaíso, Chile, 1901.
Extraído de: www.memoriachilena.cl el día 25 de octubre del 2010.

Allende, Nicanor. *Memoria presentada a la Junta de Beneficencia por el administrador de los hospitales de Concepción*, Imp. Ercilla, Concepción, 1897.

Anuario Estadístico de la República de Chile. (1912- 1914-1919-1920-1927-1928).

Anuario del ministro del interior correspondiente al año de 1895. Imprenta Nacional, Santiago, 1896, Vol. 117.

Beca, Manuel. “La Dirección de Manicomios” en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, 1894.

- *Instituciones i servicios de enajenados en Europa i Estados Unidos*, Imprenta Nacional, Santiago, 1898.

Boletín de Leyes y Decretos de Gobierno (1856-1886-1903-1909- 1917).

Boletín de sesiones Cámara de Diputados (1894-1895-1915).

Boletín de sesiones Cámara de Senadores (1893-1894-1895).

Código de Policía Local para la comuna de Concepción 1915.

Código Sanitario de la República 1925.

Cruz, Moisés. “El Manicomio de Concepción” en *Revista La Crónica Médica*, año III, Núm. 13, Santiago, 1895

Estatutos i Reglamentos para el Hospicio de Valparaíso, Santiago 31 de Enero de 1886.

Greve, Ernesto. “Carta sobre manicomios, Viena 9 de julio de 1894” en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, 1894. pp. 466-477.

- “Correspondencia europea, Viena 12 de agosto de 1894” en *Revista Médica de Chile*, Tomo XXII, N° 3 y 4, 1894. pp. 25-31.

Ley sobre casas de locos del año 1856.

Memorias del Ministerio del Interior. (1895, Vol. 116)

Plano del Proyecto de Manicomio 1905 (Ex Escuela Agrícola).

Plano del Proyecto de Manicomio 1915 (Manicomio Avello).

Plano de la ciudad de Concepción, enero de 1892. Levantado por Edmundo Larenas.

“Reglamento para la Casa de Orates del año 1883” en *Revista Chilena de Higiene*, Tomo 1, 1894.

Reglamento del Hospital de Victoria año 1903.

Reglamento del Hospital de Tocopilla año 1903.

Reglamento general para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos del año 1927.

III. Diarios y Revistas.

El Sur de Concepción (1897).

Revista Médica de Chile (1894-1895).

Revista La Crónica Médica de Concepción (1894-1905).

Revista de Higiene (1894).

IV. Libros

- Ackerknecht, Erwin. *Breve historia de la psiquiatría*, EUDEBA, Buenos Aires, 1962.
- Baczko, Bronislaw. *Imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- Bohoslavsky Ernesto y Di Liscia Silvia *Instituciones y formas de control social en América Latina*, Prometeo, Buenos Aires, 2005
- Butler, Judith. *Mecanismos Psíquicos del Poder: teorías sobre la sujeción*, Ediciones Cátedra, Madrid, 2001 [1997].
- Campos, Fernando. *Historia de Concepción 1550-1970*, Editorial Universitaria, Santiago, 1979.
- Chartier, Roger. *El mundo como representación, estudios sobre historia cultural*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1992.
- Correa, Sofía. et. al. *Historia del siglo XX chileno*, Sudamericana, Santiago, 2001
- Cruz-Coke, Ricardo. *Historia de la medicina chilena*, Andrés Bello, Santiago, 1995.
- De Certeau, Michel. *La invención de lo cotidiano, artes de hacer*, Vol. 1, Ediciones Universidad Iberoamericana, México D.F., 2000 [1990].
- Fernández, Enrique. *Estado y Sociedad en Chile 1891-1931*, LOM, Santiago, 2003
- Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2009 [1964]
 - *El poder psiquiátrico, Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005.
 - *Los anormales, Curso en el Collège de France (1974-1975)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2000 [1999]
 - *La vida de los hombres infames*, Altamira, La Plata, 2005.
 - *Seguridad, territorio y población, Curso en el Collège de France (1977-1978)*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006 [2004]. p.
- Garcés, Mario. *Crisis social y motines populares en el 1900*, LOM, Santiago, 2003
- García Canclini Néstor. *Imaginarios urbanos*, Eudeba, Buenos Aires, 1997.
- Goffman, Erving. *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988 [1960]
 - *Estigma: la identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2006 [1963].
- Heise, Julio. *150 años de evolución institucional*, Andrés Bello, Santiago, 1990 [1960].
- Huertas, Rafael. *Del manicomio a la salud mental*, Fondo de investigaciones sanitarias de la seguridad social, Madrid, 1992
- Illanes María Angélica. *En el nombre del pueblo del estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública Chile 1880-1973*, Colectivo de Atención Primaria, La Unión, 1993.
- Lavín, Angélica. *Cartas desde la Casa de Orates*, dibam, Santiago, 2003.
- Laval, Enrique. *Noticias sobre los médicos en Chile en el Siglo XIX*, Editorial Historia Médica, Santiago, 1972.
 - *El Manicomio Nacional*, (versión mecanografiada). en Museo de Historia de la Medicina Enrique Laval, Universidad de Chile.

- León, Marco. *Encierro y Corrección. La configuración de un sistema de prisiones en Chile (1800-1911)*, Ediciones Universidad Central de Chile, Santiago, 2003. Tomo II.
- Medina Eduardo y Escobar Enrique (editores). *De Casa de Orates a Instituto psiquiátrico*, Sociedad chilena de salud mental, Santiago, 2002.
- Melling Joseph and Forsythe Bill (edit.), *Insanity, Institution and society, 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective*. Routledge, London, 2005.
- Oliver, Carlos. *El libro de oro de la historia de Concepción*, Litografía Concepción, Concepción, 1950.
- Pacheco, Arnaldo. *Historia de Concepción siglo XIX*, Cuadernos del Bio-Bio, Concepción, 1997.
 - *Historia de Concepción siglo XX*, Cuadernos del Bio-Bio, Concepción, 1997
 - *Economía y Sociedad de Concepción, siglo XIX: sectores populares urbanos 1800-1885*, Universidad de Concepción, Talcahuano, 2003.
- Porter Roy and Wright David (ed). *The Confinement of the Insane, internacional perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003].
- Porter, Roy. *Historia social de la locura*, Critica, Madrid, 1989.
 - *Breve historia de la locura*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2002
- Postel Jaques y Quetel Claude. *Nueva historia de la psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2000.
- Roa, Armando. *Demonio y Psiquiatría*, Andrés Bello, Santiago, 1974
- Rojas, Mauricio. *Las Voces de la Justicia*, dibam, Santiago, 2008.
- Salazar Gabriel y Pinto Julio. *Historia contemporánea de Chile*, Lom, Santiago, 1999
- Salessi, Jorge. *Médicos, maleantes y maricas, Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires: 1871-1914)*, Beatriz Viterbo Editora, Buenos Aires, 2000 [1995].
- Serrano, Sol. *Universidad y Nación*, Editorial Universitaria, Santiago, 1993
- Scull, Andrew. *Social Order / Mental Disorder*, University of California Press, Berkeley California, 1989.
- Silva, Armando. *Imaginario urbanos*, Arango Editores, Bogotá, 2006, 1992
- Szasz, Thomas. *El Mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976
- Touraine, Alain. *Crítica de la Modernidad*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1994 [1992].
- Vezzetti, Hugo. *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires, 1985
- Vial, Gonzalo. *Historia de Chile 1891-1973*, Editorial Santillana del Pacífico, Santiago, 1981, Volumen I, Tomo II.
- Yanni, Carla. *The Architecture of Madness: insane asylum in the United State*, University of Minnesota Press, Minnesota, 2007
- Yañez, Juan Carlos. *Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920*, dibam Santiago, 2003

V. Artículos, Diccionarios, Monografías y Tesis.

- Ablard, Jonathan. “¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica.” en Bohoslavsky Ernesto y Di Liscia Silvia *Instituciones y formas de control social en América Latina*, Prometeo, Buenos Aires, 2005.
- Abric, Jaen-Claude. “Las representaciones sociales aspectos teóricos” en Abric Jaen-Claude (Dir), *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Coyoacán, México D.F, 2001 [1994].
- Aburto, Carolina. *Un Mundo Aparte. Mujeres locas y Casa de Orates de Santiago 1852-1931*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1994.
- Araya, Claudia. “La construcción de una imagen femenina a través del discurso medico ilustrado, Chile en el siglo XIX” en *Revista de Historia (PUC)*, N° 39, Santiago, 2006.
- Araya Claudia y Leyton Cesar “Atrapados sin salida: terapias de shock y la consolidación de la psiquiatría en Chile 1930-1950” en *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (En línea), Debates 2009. Extraído de: www.nuevomundo.revues.org el día 30 de agosto del 2009
- Barros Luis y Vergara Ximena “Los grandes rasgos de la evolución del estado en Chile: 1810-1925” en *Revista Estudios Sociales*, N° 5, Santiago, 1975.
- Bassa, Daniela. “De la Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo XX argentino” en Bohoslavsky, Ernesto. y Di Liscia, Silvia. *Instituciones y formas de control social en América Latina*, Prometeo, Buenos Aires, 2005.
- Bell, Paula. *Locura y Familia, sesenta casos del manicomio nacional 1925-1950*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1994.
- Bustamante, Francisco. *Estudio sobre la policía en Chile*, Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en Leyes y Ciencias Políticas en la Universidad de Chile, Imp. Lit. Jose V Soulodre, Concepción, 1918
- Camus, Pablo. “Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago” en *Revista de Historia (PUC)*, N° 27, Santiago, 1993.
- Cisternas, Jaime. *Historia de la cárcel penitenciaria de Santiago, 1847-1887*, Tesis para optar al grado de Licenciado en Historia, Universidad Católica de Chile, 1997.
- Correa, María José. “Violencias ejercidas en los cuerpos enajenados: encierro terapéutico y privación de derechos civiles. Chile central (1850-1870)” en *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (En línea), Debates 2009. Extraído de: www.nuevomundo.revues.org el día 2 de diciembre del 2009.
 - “Cuerpo y demencia la fisonomía de la incapacidad en Santiago de Chile (1855-1900)” en *Revista Historia Critica*, (U. de los Andes, Bogotá), N° 46, enero-abril 2012.
- Coleborne, Catharine. “Passage to the asylum: the role of the police in committals of the insane in Victoria, Australia, 1848-1900” en Porter Roy and Wright David (ed), *The Confinement of the Insane, international perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003].
- Craplet, Michel. “La construcción de asilos”, en Postel Jaques y Quetel Claude (coord), *Nueva historia de la Psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000 [1983].
- Donzelot, Jacques. “Espacio cerrado, trabajo y moralización” en Robert Castel, (et. all.) *Espacios de poder*, La Piqueta, Madrid, 1981.

- Escobar, Enrique. “El primer Médico Director de la Casa de Orates Jerónimo Letelier Grez (1873-1934)” en *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, N° 43, Santiago, 2005.
- Figueroa, Virgilio. *Diccionario histórico, biográfico y bibliográfico de Chile*, Balcells & Co., Santiago, 1928, Tomo II
- Foucault, Michel. “El sujeto y el poder” en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3, México D.F., 1988. Extraído de: www.jstor.org el día 4 de abril del 2012.
- Franulic, Fernando. *Deber a entrar a medicinarse...*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención historia de Chile, Universidad de Chile, 2007. Extraído de www.cybertesis.cl el día 20 de abril del 2011.
- Greve, Ernesto. “Algo sobre los locos y su reclusión y tratamiento con anterioridad a la creación de la Casa de Orates” en *Revista de Beneficencia Pública*, Tomo 11, Num. 1, Santiago, 1927.
- Huertas, Rafael. “Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? tendencias historiográficas y nuevas tendencias” en *Revista Frenia*, Vol. 1-1, Madrid, 2001. Extraído de: www.frenia-historiapsiquiatria.com el día 25 de agosto del 2009.
 - “Foucault, treinta años después. A propósito del poder psiquiátrico” en *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. LVIII, n°2, julio-diciembre, 2006.
- Gacitúa Gladys y Vergara Mariana *Salud y Educación en Concepción. 1930-1944*, Tesis para otra al grado de Licenciado en Educación con mención en historia y geografía, Universidad de Concepción, 2000
- Inostroza Gina y Tapia Marcela “La mujer popular penquista en el trabajo independiente, Concepción 1895-1905” en *Revista Estudios Sociológicos* (Colmex), N° 36, México D.F., 1994
- Laval, Enrique. “El destino de los enfermos mentales durante la colonia” en *Boletín de la academia chilena de la historia*, N°53, Santiago, 1955.
 - “Origen de las Juntas de Beneficencia” en *Revista Medico-Asistencial*, N° 1, 1949. Santiago.
- León, Marco. “Los imaginarios urbanos en la provincia de Ñuble, 1848-1900” en *Revista Cuadernos de Historia* (U de Chile) N° 34, Santiago, 2010.
- Leyton, Cesar. *La ciudad médico industrial: Melancólicos delirantes y furiosos, el psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención historia de Chile, Universidad de Chile, 2005. Extraído de www.cybertesis.cl el día 25 de Agosto del 2009.
- Navarrete, Ana María. *Historia de la psiquiatría penquista*, Tesis para optar a la especialidad médica de Psiquiatría, Universidad de Concepción, 1994.
- Molina, Carlos. *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria Chilena: 1889-1989*, Tesis para otra al grado, de Magister en Historia, mención historia de Chile, Universidad de Chile, 2007. Extraído de www.cybertesis.cl el día 20 de Agosto del 2011.
- Prestwich, Patricia. “Family strategies and medical power: voluntary committal in a Parisian asylum, 1876-1914” en Porter Roy and Wright David (ed). *The Confinement of the Insane, internacional perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003].

- Ocaranza, Primo. *Las enajenaciones mentales*, Título para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Leyes i Ciencias Políticas de la Universidad de Chile, Imprenta Chile, Santiago, 1914.
- Postel, Jaques. “Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (el tratamiento moral)”, en Postel Jaques y Quetel Claude (coord.), *Nueva historia de la Psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000 [1983].
 - “El nacimiento de la psiquiatría”, en Postel, Jaques. y Quetel, Claude. (coord.), *Nueva historia de la Psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000 [1983]
- Ríos, Andrés. “Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del manicomio La Castañeda” en *Revista Antípoda*, N° 6, enero-junio de 2008. p.86. Extraído de: www.dialnet.unirioja.es el día 14 de octubre del 2011.
- Rivera-Garza, Cristina. “Becoming mad in revolutionary Mexico: mentally ill patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930” en Porter Roy and Wright David (ed), *The Confinement of the Insane, international perspective, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011 [2003].
- Rojas, Mauricio. “La ciudad como agente moralizador: La policía y la ciudad de Concepción (Chile), 1850-1880” en *Revista de Historia* (PUC), N° 44, Vol. 2, Santiago, 2011.
- Sacristán, Cristina. “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar” en *Revista Cuicuilco*, Vol. 16, Núm. 45, México D.F., 2009. p. 165. Extraído de: <http://redalyc.uaemex.mx> el día 21 de julio de 2012.
- Salinas, René. “Salud, ideología y desarrollo social en Chile” en Cuadernos de Historia N° 3, Santiago, 1983.
- Suzuki, Akihito. “Framing psychiatric subjectivity: doctor, patient and record-keeping at Bethlem in the nineteenth century” en Melling Joseph and Forsythe Bill (edit.), *Insanity, Institution and society, 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective*. Routledge, London, 2005.
- Vargas, Juan Eduardo. “Rasgos de la autoimagen social y profesional de los médicos (1872-1925)”. en *Revista Ars Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* (En línea), vol. 3, N°4, Santiago, 2001. Extraído de: www.escuela.med.puc.cl/arsmedica.html el 5 de enero del 2011
 - “Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951” en *Revista Ars Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* (En línea), vol. 7, N°7, 2003. Extraído de: www.escuela.med.puc.cl/arsmedica.html el 5 de enero del 2011.
- Vásquez, Inés. *Asilos de enajenados*, Título para optar al Grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile, Dirección General de Prisiones Imprenta de la Cárcel, Valparaíso, 1938.
- Venegas, Hernán. “Crisis económica y conflictos sociales y políticos en la zona carbonífera. 1918-1931” en *Revista Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Área Ciencias Sociales y Humanidades*, N° 116, Santiago, 1997.
- Wilhelm, Ottmar. “Historia de la medicina penquista” en *Anales chilenos de historia de la medicina*, Año IV, Santiago, 1962.