

Principia IURIS

12



Facultad de
Derecho

Principia IURIS	Tunja Colombia	N° 12	pp. 1 - 262	julio diciembre	2009	ISSN: 0124-2067
-----------------	-------------------	-------	-------------	--------------------	------	-----------------



Centro de Investigaciones Socio-Juridicas
Universidad Santo Tomás - Seccional Tunja



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

T U N J A
Experiencia y Calidad

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, SECCIONAL TUNJA
FACULTAD DE DERECHO

REVISTA DE DERECHO
PRINCIPIA IURIS
No. 12

Tunja, 2009-2

Principia Iuris	Tunja, Colombia	No. 12	pp. 1 - 262	Julio Diciembre	2009	ISSN: 0124-2067
--------------------	--------------------	--------	-------------	--------------------	------	-----------------

Entidad Editora

Universidad Santo Tomás, Seccional
Tunja

Director

Ph.D. Ciro Nolberto Güechá Medina

Editor

Mg. Diego Mauricio Higuera Jiménez

Número de la revista

DOCE (12)
SEGUNDO SEMESTRE DE 2009

Periodicidad

SEMESTRAL

ISSN

0124-2067

Dirección postal

Centro de Investigaciones Socio-Jurídicas.
Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja.
Calle 19 # 11-64. Tunja, Boyacá, Colombia.

Teléfono

(8) 7440404 Ext. 1024

Correo electrónico

revistaderecho@ustatunja.edu.co
dhiguera@ustatunja.edu.co

Diseñador Portada: Santiago Suárez

Corrección de Estilo: Mg. Santiago Bordamalo
Echeverría, Dpto. de Humanidades

Revisión inglés: Carlos Manuel Araque López

Estudiantes Colaboradoras: María Alejandra
Orjuela Ramírez, Jennifer Ayala Toca,
Anderson J. Sánchez y Nancy Sánchez

Anotación: El contenido de los Artículos es
responsabilidad exclusiva de sus autores,
hecho el depósito legal.

DIRECTIVAS INSTITUCIÓN

Fray Luis Alberto Orozco Arcila, O.P.
Rector Seccional

Fray Tiberio Polanía Ramírez, O.P.
Vicerrector Académico

Fray Erico Juan Macchi Céspedes, O.P.
Vicerrector Administrativo y Financiero

Fray Luis Antonio Alfonso Vargas, O.P.
Decano de División

COMITÉ CIENTÍFICO

Ph.D. Pierre Subra de Biesses
Universidad Paris X, Francia

Mg. Galo Christian Numpaque Acosta
Director Centro de Investigaciones

Ph.D. Pablo Guadarrama
Universidad Central de las Villas, Cuba

Ph.D. Carlos Mario Molina Betancur
Universidad Santo Tomás, Colombia

Ph.D. Ricardo Rivero
Universidad de Salamanca, España

COMITÉ EDITORIAL SECCIONAL

Fray Tiberio Polanía Ramírez, O.P.
Vicerrector Académico.

Mg. Galo Christian Numpaque Acosta.
Director Centro de Investigaciones.

Mg. Andrea Sotelo Carreño.
Directora Departamento de
Comunicaciones y Mercadeo.

COMITÉ EDITORIAL FACULTAD

Ph.D. Ana Yazmín Torres Torres
Universidad Carlos III, España.

Ph.D. Yolanda M. Guerra García
Madison University, Estados Unidos.

C. Ph.D. Gloria Yaneth Vélez Pérez
Universidad de Medellín, Colombia

C. Ph.D. Juan Ángel Serrano Escalera
Universidad Carlos III, España.

PARES ACADÉMICOS INTERNOS

Ph.D. Ciro Nolberto Güechá Medina.
Decano de Facultad de Derecho

Ph.D. Ana Yazmín Torres Torres
Docente Investigadora Facultad de
Derecho

Mg. Robinson Arí Cárdenas Sierra
Docente investigador Facultad de
Derecho

Mg. Jorge Enrique Patiño Rojas
Docente investigador Facultad de
Derecho

Esp. Carlos Gabriel Salazar Cáceres.
Docente investigador Facultad de
Derecho

Esp. Álvaro Bertel Oviedo
Docente investigador Facultad de
Derecho

Esp. Yenny Carolina Ochoa Suárez.
Secretaria de División

PARES ACADÉMICOS EXTERNOS

Mg. Robinson Sanabria.
Docente Universidad Libre de Colombia

C. Ph.D. Fabio Iván Rey Navas
Docente investigador Facultad de
Derecho Universidad Pedagógica y Tecnológica
de Colombia

C. Ph.D. Gloria Yaneth Vélez Pérez
Coordinadora de Investigación
Universidad de Medellín.

Esp. Jaime Fayath Rodríguez Ruiz
Gobernación de Boyacá.

CONTENIDO

Editorial 9

Presentación 11

Sección I. Artículos de producción institucional.

Conceptos sobre la responsabilidad estatal: una aproximación a la
responsabilidad del Estado por actos terroristas 15
Yolanda M. Guerra García.

El derecho de marcas frente a las infracciones al derecho
de la competencia..... 35
Fernando Arias García.

Hacia un nuevo modelo de enseñanza exitosa: dogmatización
fallida del derecho 49
Germán Bernal Camacho y María Fernanda Murillo Delgadillo.

Ecología intelectual, del sitio de producción de la teoría
pura del derecho 59
Carlos Alberto Pérez Gil.

Derechos del enfermo derivados del consentimiento informado 75
Enrique López Camargo.

Estudio integrado de la legitimidad en la Corte Constitucional
colombiana 91
Diego Mauricio Higuera Jiménez.

Principia Iuris	Tunja, Colombia	No. 12	pp. 1 - 262	Julio Diciembre	2009	ISSN: 0124-2067
--------------------	--------------------	--------	-------------	--------------------	------	-----------------

Sección II. Tema Central –Punición, Análisis críticos.

El principio de igualdad de armas en el sistema procesal penal colombiano a partir del acto legislativo 03 de 2002	121
Alfonso Daza González.	
Contravenciones comunes de policía en Colombia	147
Luís Enrique Rodríguez Gómez.	
Breve historia de la cárcel	159
Carlos Gabriel Salazar Cáceres.	
Concepciones y prácticas sobre la enfermedad mental en Colombia. Siglos XVI al XXI	177
Fabián Leonardo Benavides Silva.	
El derecho humano al agua y las garantías para su realización	203
Alfonso Daza González.	

Sección III. Temáticas Internacionales, Extranjeras y Comparadas.

Manifestaciones del principio acusatorio: exégesis de la ley de enjuiciamiento criminal en España	231
Juan Ángel Serrano Escalera	

CONTENTS

Editorial	9
Presentation	11
 Part I. Articles of institutional production	
Concepts of state responsibility: an approach to state responsibility for terrorist acts	15
Yolanda M. Guerra García.	
Trademark law against infringements of competition law	35
Fernando Arias Garcia	
Towards a new model of successful teaching: failed dogmatization law	49
German Bernal Camacho and Maria Fernanda Murillo Delgadillo.	
Intellectual ecology production site of the pure theory of law	59
Carlos Alberto Pérez Gil.	
Rights of patient informed consent from	75
Enrique López Camargo.	
Integrated study of legitimacy in the Colombian Constitutional Court	91
Diego Mauricio Higuera Jimenez	

Part II. Central topic-punishment, Critical Analysis.

The principle of equality of arms in the Colombian criminal justice system from legislation in March 2002 121
González Alfonso Daza.

Common Violations police in Colombia 147
Luis Enrique Rodríguez Gómez.

Brief history of the prison 159
Carlos Gabriel Salazar Cáceres.

Concepts and practices of mental illness in Colombia. XVI to XXI.... 177
Fabian Benavides Leonardo Silva.

The human right to water and due for completion 203
González Alfonso Daza.

Part III. - International, Foreign and Compared subject matters.

Manifestations of the adversarial principle: exegesis of the Criminal Procedure Law in Spain 231
Juan Angel Serrano Escalera

EDITORIAL

Desde hace varios años, cuando el Doctor **Ciro Nolberto Güechá Medina** asumió la dirección de la revista institucional de la Facultad de Derecho, **PRINCIPIA IURIS**, se planteó como meta producir una publicación periódica que cumpliera con todos los parámetros de alta calidad; fue así como se constituyó un comité editorial con profundos conocimientos en resultados jurídicos, se instituyó un comité científico con personalidades académicas altamente reconocidas, se encargó a un editor concreto del impulso de la revista y se formalizó el perfil investigativo y científico de la revista, lo cual ha sido posible, en gran medida, gracias al rigor jurídico y la postura constructiva de los pares académicos especializados, quienes han marcado una pauta de calidad y una guía a los escritores. En desarrollo de estos planes consideramos que actualmente la **PRINCIPIA IURIS** se ha convertido en un espacio idóneo para la presentación de productos y divulgaciones resultados de diversos proyectos de investigación.

Esto no habría sido posible sin el compromiso de todos los escritores, quienes han plasmado lo mejor de su inteligencia y dedicación en estos espacios; en primer lugar, cabe elogiar su formalidad, notoria en la utilización de un sistema unificado de citación, la presentación con referencias en otros idiomas (inglés y francés, particularmente) y el cumplimiento oportuno de los términos editoriales.

Pero más aún, es importante resaltar el compromiso de fondo en la producción de los escritos institucionales, al tratarse de una Casa de Estudios consciente de su filosofía humanista, los miembros del Centro de Investigaciones Socio-Jurídicas de la Facultad de Derecho de la Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja, se han visto abocados a una actitud que permita integrar la pedagogía y la investigación con miras a la proyección social, lo cual se busca en concreto

mediante una vocación creadora de la forma más valiosa que conoce la Academia, en el espíritu de otros.

PRINCIPIA IURIS Número 12 presenta como tema central: «Punición, Análisis críticos» como resultado de la línea de investigación en Derecho Humanos, Derecho Penal y Procesal Penal, esperando contribuir al debate de esta depurada e importante rama del derecho. Sabemos que aún tenemos mucho que recorrer con miras al continuo mejoramiento y construcción de ciencia jurídica; en este orden de ideas invitamos a la comunidad académica a participar en la próxima edición de nuestra revista cuyo tema central será; «Problemáticas contemporáneas respecto de las relaciones con el Estado».

Diego Mauricio Higuera Jiménez
Editor

PRESENTACIÓN

Con agrado la Facultad de Derecho de la Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja, da a conocer a la comunidad académica, jurídica e intelectual en general, la presente edición de nuestra publicación institucional **PRINCIPIA IURIS Número 12**, cuyo tema central es «*Punición, Análisis críticos*», como resultado de los avances obtenidos por nuestra Línea de Investigación en Filosofía Institucional y del Derecho.

Desde su nacimiento en el siglo XVII, el derecho penal como ciencia específica del derecho ha mostrado un considerable avance en términos de depuración teórica y humanización del derecho, las cláusulas de derechos intangibles, debido proceso y los fines de las penas, son apenas unos ejemplos; sin embargo, en Colombia la tragedia de la violación de los derechos humanos y los indignantes niveles de impunidad (98.5% según informes de la Naciones Unidas) nos obligan, en desarrollo de nuestros compromisos intelectuales, a fortalecer esta rama del derecho.

En la primera sección, referente a artículos de producción institucional, se desarrollan temas de responsabilidad del Estado por actos terroristas, la aparente tensión entre el derecho de marcas y las infracciones al derecho de la competencia, la dogmatización fallida del derecho, el ambiente intelectual de la teoría pura del derecho, los derechos derivados del consentimiento informado en actividades médicas y la legitimidad en la Corte Constitucional colombiana,

Posteriormente, entramos a desarrollar nuestro tema central «*Punición, Análisis críticos*», examinando en primer lugar algunas tendencias de orden procesal con los artículos sobre «El principio de igualdad de armas en el sistema procesal

penal colombiano a partir del acto legislativo 03 de 2002 y «Contravenciones comunes de policía en Colombia», para posteriormente hacer una referencia histórica con los escritos sobre «Breve historia de la cárcel» y «Concepciones y prácticas sobre la enfermedad mental en Colombia. Siglos XVI al XXI» para concluir con una referencia a los derechos humanos, en concreto con el trabajo titulado «El derecho humano al agua y las garantías para su realización».

Finalmente, en la sección tercera, relativa a Temáticas Internacionales, Extranjeras y Comparadas, presentamos el artículo titulado «Manifestaciones del principio acusatorio: exégesis de la ley de enjuiciamiento criminal en España» como resultado del convenio suscrito entre la Universidad Carlos III de Madrid y nuestra Alma Mater. Esperamos con estos trabajos contribuir al desarrollo de tan importante rama del Derecho.

**Fray Luis Antonio Alfonso Vargas, O.P.
Decano de División Facultad de Derecho**

***SECCIÓN II. TEMA CENTRAL –PUNICIÓN, ANÁLISIS
CRÍTICOS.***

***PART II. CENTRAL TOPIC-PUNISHMENT, CRITICAL
ANALYSIS.***

CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL EN COLOMBIA. SIGLOS XVI AL XXI

CONCEPTS AND PRACTICES OF MENTAL ILLNESS IN COLOMBIA AGE XVI to XXI

Fabián Leonardo Benavides Silva*

Fecha de entrega: 17-09-2009

Fecha de aprobación: 02-02-2010

RESUMEN**

Este ensayo aborda las diferentes prácticas y concepciones sobre la enfermedad mental en Colombia a través de su historia, emanadas fundamentalmente de tres instancias sociales: la medicina (académica y tradicional), la iglesia y el orden jurídico-político. De este modo, se establece el papel que han desempeñado dichas esferas sociales con relación a la configuración e interrelación de los *modelos de representación social* sobre esta enfermedad en el tiempo objeto de estudio.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad mental, Colombia, modelo de representación social, medicina, iglesia y sistema jurídico-político.

ABSTRACT

This rehearsal approaches the different ones practical and conceptions on the mental illness in Colombia through its history, emanated fundamentally by three social instances: the medicine (academic and traditional), the church and the juridical-political order. Thus, this article settles down

* Historiador, estudiante de maestría en Antropología Cultural, Docente Investigador de la Facultad de Derecho de la Universidad Santo Tomás-Seccional Tunja - fbenavides@ustaturja.edu.co

** Artículo de revisión bibliográfica resultado del proyecto «Tratamiento histórico penal de la locura» vinculado a la línea de investigación en Derecho penal, procesal penal y derecho humanos del Centro de Investigaciones Socio-jurídicas de la Facultad de Derecho, Universidad Santo Tomás seccional Tunja.

the paper that you/they have carried out these social spheres with relationship to the configuration and interrelation of the models of social representation on this illness in the time study object.

1. INTRODUCCIÓN

El presente ensayo busca establecer las diferentes concepciones y prácticas sobre la enfermedad mental en Colombia, a través de los periodos colonial, republicano y contemporáneo. Particularmente, pretendemos establecer los *modelos de representación social* /¹ con respecto a dicha enfermedad, emanados de tres instancias o esferas sociales durante el tiempo objeto de estudio: la medicina (académica y tradicional), la iglesia y el orden jurídico-político. La hipótesis que intentaremos demostrar a través de estas páginas, es que los modelos de representación social de la enfermedad mental en Colombia se fueron configurando, muy gradualmente, tanto de los elementos constitutivos (concepciones y prácticas) del esquema traído por los occidentales (especialmente los españoles), así como de los componentes que hacían parte

KEY WORDS

Mental Illness, Colombia, model of social representation, medicine, church and juridical-political system.

de los modelos indígenas, afrodescendientes y mestizos de dicha enfermedad.

Por otro lado, también nos proponemos evidenciar que en este largo proceso de fusión e imbricación de representaciones sociales sobre la enfermedad mental en nuestro país, el Estado fue delineando una política de exclusión y de represión hacia el enfermo mental, que con el devenir del tiempo se ha perfeccionado o tornado implacable. Sin embargo, la medicina tradicional (indígena, afrodescendiente y mestiza) en su papel de prevención y curación de las enfermedades mentales o del alma, también ha diseñado diversas *tácticas* frente a las *estrategias* /² llevadas a cabo por parte de dicho poder hegemónico, con el fin de ejercer sus «saberes» y prácticas médicas en los diferentes sectores sociales colombianos.

¹ El modelo de representación social de una enfermedad hace referencia a la manera mediante la cual un sujeto o una comunidad en particular experimenta su malestar respecto a una enfermedad determinada; proceso que se evidencia en las propias narrativas de los sufrientes. Según Moscovici (Mora 2002), la representación social de una enfermedad se encuentra regida por dos procesos: objetivación (el cual hace referencia a la interiorización de una idea o concepción) y de anclaje (cristalización de las mismas de forma subjetiva o intersubjetiva). Con base en dicha dinámica (objetivación-anclaje) podré establecer los diferentes modelos de representación respecto a la enfermedad (ya sean de tipo clínico, mágico-religioso, o la combinación de los dos) en Colombia en nuestros periodos de tiempo objeto de estudio.

² Haremos uso de los conceptos de táctica y de estrategia de Michel de Certeau (1996): el primero de éstos, para explicar la actitud tanto pasiva como activa (resistencia, rebelión, formas discursivas o retóricas contrahegemónicas, entre otras) de la cultura popular y en particular, de los representantes de la medicina tradicional frente al gobierno nacional, y el segundo, con el ánimo de develar los mecanismos empleados por el mismo Estado para legislar o contrarrestar el pensamiento y las acciones de la cultura popular.

2. PERIODO COLONIAL

A través del desarrollo de la cultura occidental, la enfermedad mental ha tenido diversos modelos de representación social. Desde la total y absoluta aversión que profesaron algunos sistemas filosóficos y teológicos medievales o renacentistas que veían en dicha enfermedad, ya una alteración del orden natural, ya una marca incuestionable de la justicia providencial, hasta la exaltación por parte de movimientos artísticos que la consideraron como un estado de sensibilidad renovada y genuina. Las reacciones frente a las enfermedades mentales han pasado por la tolerancia, la indiferencia, la compasión y el miedo. Perseguida y reprimida durante mucho tiempo, la locura se constituyó en objeto de conocimiento científico hace relativamente poco. Su estudio y el esfuerzo por comprenderla o curarla, es reciente y, por tanto, todavía no se han acabado de tipificar sus diferentes causas patológicas. Al margen de ello, su recurrencia, ya sea como problemática social, política, clínica y hasta económica, es evidente en muchos periodos y espacios de la historia occidental (Freud, 1930 y Foucault, 1972, 1977, 1984) y no occidental (Postel y Quénel, 1987 y Porter, 2003). /³

Con el inicio del periodo colonial en el Nuevo Reino de Granada, todo el

cúmulo de creencias milenarias de los pobladores locales, al cual se sumó paulatinamente el componente africano, fue tildado por parte de los conquistadores como simple «charlatanería» y «superstición»; trayendo aparejado todo un proceso sistemático de extirpación simbólica y material de los pueblos dominados. La implantación del Santo Oficio de la Inquisición en 1610, fue en parte la respuesta y la expresión a ese proceso (Ceballos, 2002). Sin embargo, para el caso de las enfermedades mentales esto no significó un avance sino más bien una transpolación en la interpretación. Si bien se buscó desechar el entramado mágico y mítico con el que popularmente se explicaba la locura, el foco se trasladó a la mística de la religión católica y no al plano de lo científico. La demonología se adelantó así al desarrollo de un verdadero esfuerzo médico y un pensamiento psicológico. «La enfermedad mental era más bien objeto de consideraciones canónicas y religiosas», que veían en ella una manifestación del mal, por lo cual «casi todos los enfermos mentales eran sindicados como brujas, hechiceros o hechizados» (Rosselli, 1987: 146).

Según Ceballos, la brujería durante el periodo colonial en el Nuevo Reino de Granada tuvo dos funciones: una social y la otra institucional. En la primera (la social), una vez se estableció la

³ No podemos desconocer la existencia de las diferentes nociones culturales sobre las enfermedades mentales, muchas de ellas milenarias, ajenas a la nosología occidental y estudiadas por diversos investigadores. Entre éstas podemos nombrar: «El «Koro» del Sudeste Asiático, el «Amok» de los Himalayos, el «Itcho» o «Rompecorazones» de los Mohave, el «Windigo» de América del Norte, la «Boufée Delirante Aguada» de los Haitianos y la «Muerte Vudú», el «Embrujamiento» en distintas partes del mundo y el «Susto» o «mal de la risa» en Latinoamérica (Lagarriga, 1988).

brujería como imaginario social, sirvió como canalizador de los problemas (intrigas, envidias, calumnias, etc.) que se gestaron entre los diferentes componentes sociales. La segunda función de la brujería (la institucional), tuvo la finalidad de estigmatizar y controlar a los individuos o grupos subalternos: «Los españoles persiguen a los no blancos por brujos y hechiceros, porque son diferentes, por la necesidad política de aculturar para dominar [...]» (1995: 86). Sin embargo, la brujería con aquel componente *demoníaco* es una invención judeocristiana, como lo anota la misma autora, que tomó gran fuerza durante la Edad Media y el Renacimiento en occidente, terminando por instalarse en las sociedades coloniales de ultramar.

De este modo, el esquema brujo-demoníaco de los conquistadores fue paulatinamente penetrando a la vez que imponiéndose sobre los imaginarios sociales de los distintos grupos étnicos indígenas, africanos y, finalmente, con el de la nueva población mestiza (Rosselli, 1968). Este cúmulo de concepciones mágico-religiosas trajo aparejada asimismo la configuración de un modelo de hibridación cultural al respecto que respondió a aquella misma naturaleza mística. Pero en occidente y particularmente en España, la nosología médica (basada en el pensamiento médico griego de Hipócrates y de Galeno), aunque

impregnada del misticismo religioso medieval, intentó combatir las diversas enfermedades que aquejaban el cuerpo y la mente de las personas con base en la medicina humoral. En el caso de la enfermedad mental, se creía, era causada por un «desarreglo humoral» (exceso de sangre o de bilis negra) que debía combatirse, aparte de los ritos de exorcismo estipulados por los tratados de demonología, con «sangrías, purgas y en ciertos casos, vejigatorios y baños» (Foucault, 1972: 176).

Con relación a la terapéutica de la enfermedad mental, cultivada entre las distintas comunidades indígenas que actualmente habitan el territorio colombiano, puede afirmarse que es un claro remanente de las posibles prácticas en este sentido de las culturas precolombinas. La lectura efectuada por estos pueblos sobre la enfermedad mental, bien pudo significar la acción de un agente sobrenatural y mágico que de alguna manera tomaba posesión del cuerpo del enfermo. Por tanto, los tratamientos o las prácticas curativas derivaban en rituales mágicos que incluso hoy gozan de gran acogida entre los diferentes sectores sociales (Gutiérrez, 1961). Cuando la magia buscaba contrarrestar el mal o cualquier enfermedad, se concebía como *magia blanca* y cuando, por el contrario, tenía la función de hacer algún tipo de mal, se denominaba *magia negra o brujería* (Gutiérrez, 1985). /⁴

⁴ Según Eliade (1983), la brujería en muchas etimologías del mundo tiene la acepción de ligar a una persona por la acción de la magia. Por ejemplo, entre los griegos la palabra *KatadÉw* significa «ligar solidamente» y «embrujar» es *KatádÉouc*. En turco-tártaro, *bag*, *baj*, *boj* es a la vez «brujería», «ligadura» y «cuerda». *Fascinum*, designa en latín «encanto, maleficio» y *ligare*, «ligar» (1983: 120 y 121).

Sin embargo, las prácticas y las concepciones médicas de los indígenas que habitaron el actual territorio colombiano y en general del Nuevo Mundo, fueron de carácter preventivo /⁵ y no curativo como sucedió y sucede con la medicina occidental. De hecho, las enfermedades mentales eran reconocidas como «enfermedades del alma» o como el «mal de la risa» y no tuvieran connotaciones negativas entre estos pueblos, sino más bien de genuina creatividad y hasta de poderes mágicos para el individuo que la poseyera. Las culturas precolombinas creían que la enfermedad mental como cualquier otro mal, era producida por un desequilibrio energético entre el sujeto, la Madre Tierra y el cosmos en general. Esta concepción vitalista de la vida en el universo determinó las diferentes terapéuticas empleadas por los chamanes (como el empleo de plantas y de ritos mágicos) que

fundamentalmente buscaron restablecer dicho orden energético (Sharon, 1980; Anzuaires, 1983 y Lagarriga, 1988). La circulación de estos «saberes» terapéuticos se produjo gracias a las redes establecidas entre los chamanes de las zonas andinas y las regiones selváticas desde tiempos precolombinos que en la actualidad aún se mantienen (Taussig, 1987; Pinzón, 1992 y Langebaek, 1996).

Respecto a las concepciones o a las prácticas de la población esclava neogranadina sobre la enfermedad mental, cabe anotar que se mantuvieron, como sucedió con la mayoría de sus creencias, en el plano de lo secreto o lo subterráneo ante la presión ejercida por las autoridades (civiles y eclesiásticas) sobre ésta /⁶. Sin embargo, las diferentes terapéuticas empleadas por los esclavos en la curación de las enfermedades, iban

⁵ Entre las hipótesis que se manejan con relación al famoso y mal llamado «Lavapatás» de la cultura de San Agustín, es que fue una «auténtica clínica de hidroterapia y fisioterapia», el cual era a su vez abastecido por agudas termas trasladadas por los nativos a través de un rústico acueducto construido con guaduas hasta dicho balneario. En este lugar terapéutico se prevenían las enfermedades por la acción conjunta del agua, el sonido, el barro y las hierbas» (Benavides, 1986). También se sabe que a la cultura Piartal-Tuza (en el actual departamento de Nariño) construyeron diversos giradiscos que posiblemente fueron empleados con fines terapéuticos. Estos discos que poseían diferentes texturas, motivos y colores (compuestos a su vez por aleación de oro y bronce con micropartes de plata y platino), prevenían o curaban las enfermedades mediante el sonido (en la actualidad se conoce como «música-terapia»), los colores y los metales que los componían (como conductores y estabilizadores de las energías del cuerpo). En general, se cree que los giradiscos (de los cuales se conservan 15 en el Museo del Oro de Bogotá) podían inducir a las personas hacia la relajación, la autocuración y modificar sus estados de conciencia. (Benavides y Arango, 1990). También véase al respecto la entrevista efectuada por Labarta (1986) al doctor Benavides en la Revista Madrid Médico.

⁶ Por ejemplo, la santería se configuró como un sistema terapéutico y religioso oculto de la mirada maniquea de las autoridades y de los propietarios de esclavos (sobre todo en países como Cuba y Brasil) durante el periodo colonial. Por tal motivo, es sólo hasta la década de los 80 del siglo XX que este sistema hizo su arribo a nuestro país. De acuerdo con los estudiosos de la santería, los kariochas o santeros tras haber superado los distintos «rituales de paso» (Iyabó, Babalocha, Oriaté y Balalao), conseguían la facultad de conjurar las enfermedades mediante los poderes de los diversos orichas o dioses: Olodumare, Olofi, Olorún, Elegguá, Obatalá, Changó, Ochosí, Oggún, Osun, Yemayá, Obatalá, Osun, Babalu ayé y Osain. En el caso de la enfermedad mental, los sacerdotes santeros creían que era producto del enfrentamiento desatado entre Obatalá y Osun que se manifestaba en el cuerpo y la mente de una persona. Entonces, la terapéutica empleada por los kariochas consistía en que el enfermo o sus familiares dieran ofrendas o sacrificios (de animales como cabras o aves) a los orichas en discordia, con el fin de mitigar su ira o malestar (Bastide, 1969; Klein, 1986; Reis y Dos Santos, 1996; y Uribe, 2003).

acompañadas de ritos mágicos que combinaban elementos de diferentes sistemas religiosos (como bantú, yoruba y católico). Este proceso sincrético de los esclavos neogranadinos fue un fenómeno sociocultural complejo, pues como lo asevera Navarrete (1995), los esclavos tuvieron que reestructurar elementos religiosos de varios sistemas (español, indígena y africano), en tanto que lograron conservar algunos de origen africano; es decir, esto mediante un proceso de «resistencia – acomodación». Sabemos que la magia y en especial la brujería, fue una poderosa aliada de los esclavos neogranadinos a la hora de soportar su estado de in defeción e impotencia frente a la sociedad esclavista; práctica que terminó perpetuándose en muchas comunidades negras del continente americano (Price, 1973; Bastide, 1977; Bowser, 1977; Taussig, 1979; Friedemann, 1993; y Díaz, 2001, 2009).

De otro lado, durante todo el periodo colonial no se estableció ningún manicomio u hospital para enajenados mentales en el Nuevo Reino de Granada, por el contrario, éstos «eran recluidos en celdas especiales, o en los hospitales de las ciudades que los tenían, y si no en las cárceles, a falta de instituciones hospitalarias» (Rosselli,

1987: 145). Esa indeterminación se mantuvo hasta bien entrada la era republicana; y aunque la creación del primer servicio de enajenados en 1759 en el hospital San Juan de Dios de Bogotá, se considera como el referente original de los frenocomios y asilos del país; la especificidad, reflejada en instalaciones adecuadas y una conciencia médica, no cuajaría realmente sino hasta las primeras décadas del siglo XX.

En el Derecho Indiano (contenido en la *Recopilación de las Indias*), que fueron las disposiciones jurídicas contempladas en 1680 para las colonias españolas en América, no se contemplaron mediadas de ningún tipo (caritativas o punitivas) hacia los enfermos mentales o respecto a la población desvalida o pobre (enfermos, valetudinarios, menores expósitos, mujeres de dudosa reputación, mendigos y vagabundos) /⁷, aun cuando en España ya se habían puesto en práctica ciertas medidas de «asistencia» y «caridad cristiana» frente a esta problemática social /⁸. Más adelante, los reformadores borbónicos que orientaron todo el proceso en España y la América Colonial a fines del siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX (con base en los

⁷ El Derecho Indiano estuvo destinado más a regular la vida política administrativa de las colonias españolas en el Nuevo Mundo y a frenar los excesos de poder de los encomenderos con relación a la población indígena. Sin embargo, estas disposiciones no tuvieron mayor alcance, puesto que las necesidades e intereses de los gobernantes ibéricos en tierras Americanas (virreyes, oidores, fiscales, gobernadores, alcaldes, entre otros) respondieron a otras realidades jurídicas y sociales (locales o provinciales); apelando a un nuevo sistema que algunos autores han denominado derecho indiano criollo (García, 2003).

⁸ Por ejemplo, la práctica de recoger a los pobres y menesterosos en hospicios, al tiempo que ocuparlos en oficios benéficos para el Estado y el «público bien», habían sido planteados en los tratados de Juan Luís Vives (Tratado del socorro de los pobres. Valencia: Prometeo, (1526) 1914?) y de Miguel Giginta (Tratado de remedio de pobres. Barcelona: Ariel, (1579) 2000.

planteamientos de autores como Jovellanos, Ward, Cabarrús y los condes de Floridablanca y Campomanes) encontraron en la pobreza un «asunto de policía» y empezaron a darle un nuevo tratamiento. Por esta razón, otorgan a la miseria un *estatuto* absolutamente diferente, en el cual los miserables y el mundo de la miseria en general no eran concebidos como un asunto solamente religioso que tocara exclusivamente con la caridad cristiana, sino que se trataba de un problema que atentaba contra la «pública utilidad» (Martínez, 1984 y Rodríguez, 2007).

Las prácticas de policía se orientaban a controlar la ociosidad o la vagancia y todo lo que generaba pobreza en términos de gobierno de la población. Además de las medidas de orden práctico como los censos de mendigos y enfermos (entre estos los «locos»), su reclusión en hospitales, la fundación de casas de misericordia, casas de niños expósitos, licencias para mendigar o las penas de flagelación y expulsión para ociosos y mendigos disfrazados, aparecen aparejadas también propuestas y planes de solución sobre el pauperismo. Por ejemplo, Ward vio en el trabajo de los pobres peninsulares y de la América española una forma de aumentar la «opulencia» y «prosperidad» del Estado, «al emplear en fábricas un millón de gentes, que hoy viven sin ocupación alguna, toda su ganancia es un nuevo aumento á la riqueza de la Nación sacado de la nada; esto es, del

tiempo que gastan hoy los holgazanes en la inacción, ociosidad, vagabundería y mendicidad» (1782: 96). Aun cuando la caridad para Ward era «la reina de las virtudes», si no se dirigía bien, fomentaba la ociosidad de la población y por tanto, la policía estaba en la obligación de hacer trabajar a los pobres.

Durante el gobierno del virrey Guirior (1772-1776) las prácticas de recogimiento de pobres se llevaron a cabo por una lado, porque era un «acto de caridad que dictan la religión y la naturaleza para socorro de la humanidad desvalida y, por el otro, con el objeto de «separar los muchos holgazanes que con el disfraz de mendigos cometen excesos y gravan la República» (Colmenares, 1989: 311). Por tal motivo, se adicionó una sección nueva al Hospicio de Santafé para alojar a los varones (enfermos, desvalidos o mendigos) durante este periodo y se mantuvo la sección antigua del establecimiento para «mujeres públicas» o «casadas mal avenidas» y niños expósitos que se había establecido en 1642. De este modo, el virreinato únicamente contaba con hospicio (puesto que el de Popayán dejó de funcionar a mediados del siglo XVIII) para alojar a este variopinto e «indeseable» sector de la sociedad, tornándose en un problema apremiante para las autoridades virreinales hacia finales del periodo colonial, como puede apreciarse en las *Relaciones e informes de los*

gobernadores de la Nueva Granada (Colmenares, 1989).

A lo sumo, las posiciones frente a la locura que convivieron en las postrimerías del periodo colonial, se materializaron en: la asistencia fundamentada en la caridad cristiana brindada por los Hermanos de San Juan de Dios; la herencia de la prácticas médicas indígenas y africanas fusionadas con algunas concepciones médicas o creencias populares españolas, representadas a su turno por los curanderos y médicos; las disposiciones gubernamentales y eclesiásticas que procuraron mantener el buen funcionamiento de la sociedad -marcha que los locos ensombrecían-; y un primer asomo de pensamiento médico-científico sobre las enfermedades mentales, representado por José Celestino Mutis «quien en su escrito *Sobre los hipocondríacos* (1773) defiende el origen médico de la enfermedad mental, sus causas específicas y psicológicas, acordes claro está con la medicina de la Ilustración» (Rosselli, 1968: 126).

Sin embargo, debe anotarse que en los más de tres siglos de colonización, el modelo de representación social (tanto médico como popular) que poseían los españoles sobre la enfermedad mental,

se impuso sobre los esquemas de los demás grupos étnicos neogranadinos subalternizados y terminó *objetivándose* por dos vías: la primera, bajo la forma de valores morales e ideológicos impartidos a la sociedad de los principales centros de provincia del virreinato, pues la enfermedad mental fue estigmatizada de manera negativa por parte de la Iglesia Católica y avalada a su vez por los mismos médicos, al considerársele un castigo providencial por todos aquellos abusos típicos de una vida licenciosa e inmoral; y la segunda, como una práctica de exclusión y de segregación legitimada por el Estado, el cual dispuso a los grupos de milicianos y a las reales fuerzas para que confinaran no sólo a los dementes sino a todo mendigo, desvalido u ocioso en los diferentes hospicios, hospitales y cárceles.

Esta política de higienización ya se había *crystalizado* o *anclado* en Europa hacia finales del siglo XVIII, momento en el cual los centros metropolitanos del capitalismo mundial instauraron el nuevo régimen (democrático) y la sociedad burguesa («sociedad de control») se obsesionó por establecer un mundo libre de los humores pútridos y viciados, a la vez que librarlo de los desórdenes que el pueblo pudiera protagonizar (Foucault, 1996).

3. PERIODO REPUBLICANO

El inicio de la época republicana encuentra a Colombia en la oscuridad en materia de conocimiento psiquiátrico. El internamiento apenas se vislumbraba como una necesidad y la locura estaba fuertemente ligada a la miseria, al menos en cuanto al tratamiento y la valoración que recibía. Esa equiparación fue precisamente la que propició el planteamiento de la separación de la sociedad entre los habitantes perniciosos al «público bien» y los que le apostaban a la prosperidad del Estado y a la «pública felicidad». Con esta certidumbre, el internamiento se perfiló como una empresa y una institución, al ser percibida la locura como la consecuencia de una vida licenciosa e inmoral. José Félix Merizalde, una de las figuras médicas más representativas del siglo XIX, consideraba, por ejemplo, como causales de los desarreglos mentales, los problemas de índole moral (sentimientos, vicios, pasiones) y ambiental (clima, sociedad, alimentación). Para este personaje, prácticamente la aparición de un desorden nervioso era «la consecuencia de los excesos (alimenticios, alcohólicos, sexuales, pasionales), de [ahí] su severidad en condenar los vicios y en predicar la frugalidad y la higiene, ya que patología venía a confundirse, en su concepción, casi con inmoralidad y salud con virtud» (Rosselli, 1987: 151). El inconveniente de esta posición

doctrinaria se hizo manifiesta en que, asociando el concepto de enfermedad mental con el vicio o exceso, trajo consigo la condenación de la psicosis y la censura o el desprecio social.

En ese contexto la terapéutica se inclinó por la coerción física y el encierro se convirtió en la práctica más difundida. No obstante, cierta especialización y especificidad del confinamiento, solamente se vislumbraría hasta finales del siglo XIX y principios del XX, con la creación de unos cuantos hospitales y el interés despertado en algunos médicos por la ciencia psiquiátrica; proceso en el que Europa nos aventajaba en casi dos siglos (Foucault, 1972, 1977) /⁹. En otras palabras, ni siquiera la práctica del encierro constituyó una especialidad, sino que en sus inicios fue más bien un anexo de ciertas políticas de control y de organización social.

Como consecuencia de esa censura, los locos cayeron en el mismo saco que los enfermos contagiosos, y en 1835, el gobernador de Cundinamarca decretó su aislamiento en los hospitales. Así, la enfermedad mental y la mendicidad se convirtieron en una problemática de sanidad y seguridad pública, conduciendo irrevocablemente a que esta dupla de «indeseados» fuesen presa «de acciones de policía para recluirlos y exiliarlos», siendo el encierro la forma «más conveniente» de «separar de la sociedad a los que por sus enfermedades y minusvalías amenazaban la salud de

⁹ Durante el Renacimiento en Occidente y sobre todo, a partir de la Ilustración (con la aparición de las ciencias positivas), las enfermedades en general fueron ordenadas en familias, géneros y especies. Por ejemplo, las patologías mentales se encontraban tipificadas de la siguiente manera: Delirios, melancolías, manías, histerias e hipocondrias.

sus vecinos» (Restrepo, texto inédito: 2.). Reflejo irrefutable de aquella concepción negativa de la locura en la época fue a su vez otro decreto promulgado en 1845, el cual ordenaba a las autoridades impedir que anduviesen «por las plazas, calles y caminos públicos, locos o personas furiosas; y que nadie tenga en los mismos lugares animales feroces, venenosos o dañinos» (De Pombo, 1845: 77). La animalización del enfermo mental contemplado en este decreto muestra el grado de temor y de repulsión que despertaba en la sociedad en general el enfermo mental, máxime cuando la misma disposición contemplaba que los locos fuesen conducidos de inmediato a los hospitales y establecimientos de caridad, mientras sobre los animales apenas se lanzaba la vaga sugerencia de «tomar las precauciones necesarias», en últimas haciendo más extrema la peligrosidad del loco que la del animal.

Sin embargo, fue hasta el año de 1871 que se creó el Asilo de San Diego de Bogotá para indigentes, en donde progresivamente y ante la inexistencia de un establecimiento, se fueron acogiendo también a los dementes de la ciudad. Pero, ante las precarias condiciones de hacinamiento e insalubridad, se construyeron algunas celdas para los enajenados mentales que iban ingresando, puesto que anteriormente eran mantenidos en «jaulas reducidas, oscuras i húmedas» (Barriga, 1871: 270). Aunque la Junta

de Beneficencia del Estado Soberano de Cundinamarca tuvo la tentativa de construir un hospital para enfermos mentales, ésta no pudo llevarse a cabo hasta 1883 por las constantes necesidades económicas del Estado y por los obstáculos que impuso la guerra civil de 1880. Para este momento también se fundó en Bogotá un establecimiento para mujeres denominado la Casa de Locas (1874), en donde las pacientes tuvieron igualmente que sufrir todo tipo de vejaciones físicas y mentales, como puede constatarse en los diferentes reportes consignados en la *Revista de la Beneficencia de Cundinamarca* para este periodo.

No obstante, debemos tener en cuenta que tras la imposición del modelo occidental de la enfermedad mental en Colombia, los esquemas de representación del componente indígena y africano pervivieron no sólo en las llamadas «zonas fronterizas» donde la presencia simbólica o material del Estado era ínfima o nula (Escalante, 1954; McFarlane, 1997; Tovar, 1992; Kuethe, 1993; y Múnera, 1998), sino que ahora cobraban fuerza y sentido en la mente de los colonos mestizos ubicados en los principales centros administrativos del país, quienes ante la imposibilidad de acceder a un médico con formación académica de tipo occidental, optaron por recurrir a la medicina tradicional. Es decir, que aparte de establecerse una dependencia mutua entre los distintos grupos

étnicos nacionales respecto a las prácticas médicas de la enfermedad mental (Ramírez, 1996/1997: 173), se reorientaban o establecían nuevas rutinas sociales, que según Kaplan (1995), podrían interpretarse como un esfuerzo de «prácticas consolidatorias» entre colonizadores y colonizados que buscaron saldar definitivamente las contiendas existentes.

Durante el periodo republicano las diferentes terapéuticas folclóricas o tradicionales (indígenas, afrodescendientes y mestizas) demostraron su flexibilidad y permisividad con relación a los procesos de fusión e imbricación (Gutiérrez 1985, Pinzón y Suárez, 1991). Sin embargo, la yuxtaposición entre «conocimiento científico» y «creencia popular» establecida por la esfera académica hacia finales del siglo XIX, la cual se mantuvo hasta el último tercio del siglo XX, coadyuvó a desvirtuar aún más las prácticas y las concepciones de la medicina tradicional, ponderando la una sobre la otra y, de esta forma, es que se establece toda una estructura de relaciones de poder. Así, el esquema de la medicina psiquiátrica terminó imponiéndose respecto a los modelos

existentes de representación social de dicha enfermedad en el mundo occidental u occidentalizado (Good, 2003).

4. ARRIBO DE LA MEDICINA PSIQUIÁTRICA AL PAÍS

Colombia llegó a la era del exilio del alienado, cuando la desacralización de la mendicidad arrastró a la locura a su irrevocable condena y así, pues, todo sujeto ocioso e incapaz de integrarse al sistema social, fue estigmatizado con la marca de la represión y el castigo. El salto, si así se le puede llamar, que significó la creación de los primeros establecimientos manicomiales en nuestro país /¹⁰ y en América Latina /¹¹, no se tradujo en un mejoramiento súbito y sustancial de las condiciones materiales o psíquicas de la existencia de los «locos».

La dinámica del internamiento de la locura en Colombia fue un remedo del proceso experimentado por Europa. Mientras allí el encierro se argumentó como la lucha contra «el imperio de la sin razón» (Foucault, 1972, 1977), aquí se convirtió en una indiscriminada

¹⁰ Para este periodo de tiempo se fundaron los siguientes establecimientos en Bogotá: Asilo de Locas (1874), Asilo de San Diego para varones (1883) y Hospital Neuropsiquiátrico (1968). Esto sin contar las diversas clínicas privadas que abrieron sus puertas en la capital del país hacia la segunda mitad del siglo XX. Los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios fundaron a su vez las siguientes clínicas y hospitales mentales: Hospital San Rafael de Pasto (1932), Casa de Reposo de Chía (1935), Clínica del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Clínica de San Juan de Dios en Manizales (1953), Clínica de la Paz en Bogotá (1956), Clínica de la Inmaculada en Bogotá (1957), Residencias el Sagrado Corazón en Medellín (1960) y Residencias de San Juan de Dios en la Ceja (1963). En las demás capitales de departamento se produjeron otras fundaciones: Manicomio de Varones de Barranquilla (1933), Hospital Mental Rudesindo Soto de Cúcuta (1943), Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Pasto (1949), Hospital Psiquiátrico San Isidro en Cali (1944), Clínica los Ángeles en Medellín (1951), Clínica del Atlántico en Barranquilla (1952) y Hospital Mental de Antioquia (1958).

¹¹ A partir de esta fecha se percibe una proliferación de fundaciones de hospitales mentales en toda Latinoamérica, entre los que se cuentan: el Manicomio de Río de Janeiro: 1852, La Casa de Orestes, Santiago de Chile (1852), el Hospital de Lima (1863), el Manicomio Nacional de Uruguay (1880) y el Asilo de Quito (1887) (Rosselli, 1968).

práctica de higiene social disfrazada de asistencia y filantropía (Rosselli, 1968).

Así, el comportamiento de ciertos individuos o sectores de la población considerados como marginales, sobre todo en sociedades modernas o disciplinares como la europea, que escaparon o escapan a los patrones establecidos como los locos, vagabundos, pordioseros, mujeres solitarias, entre muchos otros, terminaron siendo excluidos o segregados socialmente. Pero también pudieron llegar a ser convertidos en *chivos expiatorios* que sirvieran a su vez como válvulas de escape de las presiones sociales generadas por determinados conflictos (Foucault, 1996).

En Colombia este proceso fue más tortuoso y dilatado, pues a principios del siglo XX el encierro seguía formando parte de las políticas de asistencia social, antes que de una práctica clínica consciente (Rosselli, 1987). Por ejemplo, en 1913, una ley de la república ordenó a la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional, ensanchar su plan de estudios y crear la cátedra de medicina mental y nerviosa, junto a urología, ortopedia y cirugía infantil. Este hecho, aun cuando dentro de la historia de la psiquiatría se considera un hito importantísimo, no tuvo un impacto y una resonancia inmediata, pues la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de

la psiquiatría se pospondría hasta 1950 (Rosselli, 1968).

El discurso de estos primeros estudios psiquiátricos estuvo fuertemente imbuido por las ideas de degeneración de la raza. Asimismo, cierto determinismo ambiental y una retórica moral frente al alcoholismo y el «chichismo» marcaron la pauta de su desarrollo. Todo este proceso trajo aparejado hacia mediados del siglo XX, la creación de institutos públicos y privados especializados en el tratamiento de la «locura» en Colombia y, en general, en toda Latinoamérica. Empero, los avances médico-psiquiátricos del mundo occidental y occidentalizado no consiguieron superar la «inveterada» connotación esencialmente negativa de la locura para este momento, y el sistema de higiene mental, más que curar estilizó y diversificó los mecanismos de anulación de los «locos», eludiendo de esta forma el costo económico que supondría la rehabilitación cierta y efectiva de los enfermos (Herrera y Martínez, 1981 y Foucault, 1984).

En el plano estrictamente jurídico encontramos que hacia la primera mitad del siglo XX, en Colombia, las disposiciones sobre los enfermos mentales «criminales» no sólo siguieron siendo de carácter punitivo, sino ambiguas con relación al tiempo de reclusión. Así, el Código Penal de 1936 estipuló que las «medidas de seguridad» para los «alienados» que cometieran

delitos, fuese «la reclusión en un manicomio criminal o en una colonia agrícola especial». Con relación a la «reclusión» estipulaba (en el capítulo II, art. 64) que ésta «subsistirá hasta que el enfermo o intoxicado deje de ser un peligro para la sociedad, **pero en ningún caso podrá ser menos de dos años en el manicomio criminal, ni de un año en la colonia agrícola especial. Dicha reclusión no podrá cesar sino condicionalmente en virtud de decisión judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos** [las letras en negrilla son mías], que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo vuelva a causar daño (Código Penal Colombiano de 1936, 1942: 69). Es decir, que se estableció el tiempo mínimo de reclusión de un enfermo mental (de 1 a 2 años) en dichos establecimientos, pero el de salida era indeterminado o incierto, y además la decisión de que saliera el «alienado criminal» recaía en primera instancia en las manos del perito (un psiquiatra). Si la decisión se encontraba mediada por el dictamen de este profesional, es indiscutible también que pudiera llegar a obrar en ciertas ocasiones de manera subjetiva (como cualquier ser humano) en dicha determinación. Además, no se contempló ningún tratamiento para los enfermos mentales criminales, más que el encierro y el trabajo. La «rehabilitación» (aunque no aparece esta palabra por ninguna parte del código) se limitó y consistió en que el

enfermo no causara «peligro» o no volviera a «causar daño»

Pero la situación jurídica y penal del enfermo mental en el plano regional o local no fue mejor. Por ejemplo, el Código de Policía de Boyacá de 1937 (y las ordenanzas números 32 de 1946 y 30 de 1963), contempló en su artículo 89 que los «alienados criminales» debían ser reclusos «en un manicomio hasta que el enfermo deje de ser un peligro para la sociedad, previo dictamen de peritos médicos» (1963: 21). Pero no sólo fue la ambigüedad del tiempo de reclusión de los enfermos mentales que «hubieren cometidos contravenciones», sino la exclusión social que se impuso a los «enajenados mentales» en general (no criminales): «Artículo 366. El que sin licencia del respectivo alcalde reciba para su custodia o curación personas que se encuentren en estado de enajenación mental, incurre en una multa de diez a cien pesos (\$ 10.00 a \$ 100.00) (1963: 73). Para este efecto disponía la ley los manicomios y las casas de salud.

El sistema jurídico colombiano, apoyado por la ciencia médica (la psiquiatría y la psicología), fue adoptando conceptos como los de «locos furiosos», pasando por los de «alienado criminal» o «sujetos exentos de responsabilidad penal», hasta acoger el de «inimputabilidad». Este último concepto aparece por ejemplo en el Código Penal Colombiano de 1980, el cual permitió discriminar

entre las personas que no tuvieran «la capacidad de comprender su ilicitud [de un hecho punible] o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental {C.P.P., 608}». Con relación a los enfermos mentales que hubiesen incurrido en algún delito también se hizo la distinción entre las supuestas y las reales patologías mentales que pudieran padecer (*trastorno mental preordenado, trastorno mental transitorio y permanente*).

Sin embargo, al «inimputable por enfermedad mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda. **Esta medida tendrá un mínimo de 2 (dos) años de duración y un máximo indeterminado** [las letras en negrilla son mías]. Se suspenderá condicionalmente cuando se establezca que la persona ha recuperado su normalidad síquica {C.P.P., 617}» (Código Penal Colombiano de 1980, 1987: 24). Como podemos apreciar, la ambigüedad respecto al tiempo de internación del enfermo se mantuvo de forma literal («indeterminado»), y el dictamen de recuperación del mismo sujeto al criterio del establecimiento psiquiátrico.

La gradual adopción del concepto de inimputabilidad en la legislación colombiana supuso un cambio sustancial en el trato penal de los

enfermos mentales acusados de cometer algún delito, que trajo consigo también un cambio en la concepción social sobre esta población (Rojas, 2004). De este modo, el Código Penal colombiano del año 2000, en consonancia con la Carta Política del 1991, incorporó al concepto de inimputabilidad el componente de «diversidad sociocultural» y se mantuvieron los de «inmadurez psicológica» y «trastorno mental». También el tiempo de internamiento de las personas con «trastorno mental permanente» que incurrieron en un hecho punible dejó de ser ambiguo y se incluyó un tratamiento médico acorde a las necesidades de cada paciente:

ARTÍCULO 70. INTERACCIÓN PARA INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL PERMANENTE. Al inimputable por trastorno mental permanente, se le impondrá medida de internación en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera. Esta medida tendrá un máximo de duración de veinte (20) años y el mínimo aplicable dependerá de las necesidades de tratamiento en cada caso concreto. Cuando se establezca que la persona se encuentra mentalmente rehabilitada cesará la medida.

Habrá lugar a la suspensión condicional de la medida cuando se establezca que la persona se encuentra en condiciones de adaptarse al medio social en donde se desenvolverá su vida. Igualmente procederá la suspensión cuando la persona sea susceptible de ser tratada ambulatoriamente.

En ningún caso el término señalado para el cumplimiento de la medida podrá exceder el máximo fijado para la pena privativa de la libertad del respectivo delito (Código Penal colombiano del año 2000: 21)

Cabe anotar que el cambio de la situación jurídica del enfermo mental (y, en general, con las personas inimputables) producido en los últimos 20 años en Colombia, no sólo estuvo inspirado por la ciencia médica o el derecho (nacional e internacional), sino también por los aportes efectuados desde las ciencias sociales (las cuales abogaron por un trato más humano e incluyente del enfermo mental criminal y no criminal) como veremos a continuación.

5. MEDICINA TRADICIONAL VS PSIQUIATRÍA

El debate sobre la enfermedad mental en Europa, Norte y Suramérica durante la década de los ochenta del pasado siglo, tomó otros visos y rumbos, puesto que algunos científicos sociales se dieron a la tarea de reconciliar las posiciones polarizadas entre la psiquiatría biológica y el movimiento antipsiquiátrico (compuesto en su mayoría por humanistas); abogando por la validez de las prácticas y conocimientos tanto del campo de la medicina académica u oficial, como por los diversos «saberes» y prácticas de la medicina tradicional o folk. Así, Kleinman, antropólogo médico, quien en consonancia con Geertz y la misma fenomenología norteamericana (Meter y Luckmann, 1968), sostuvo que tanto la biomedicina como la medicina folk, debían interpretarse en contextos culturales concretos (Comelles y Martínez 1993), en tanto que el movimiento antipsiquiátrico compuesto por científicos sociales como Foucault o Good, empezó a ceder en su «fundamentalismo teórico» y reconoció algunos postulados y conceptos de la psiquiatría biológica o clínica y viceversa (Herrera y Martínez, 1981 y Uribe, 2001)/¹²

¹² Las obras producidas únicamente en el campo humanista e inscritas en dicho debate, las podemos clasificar en obras de carácter médico-psiquiátrico y estudios relacionados con la medicina tradicional o folclórica. Entre las investigaciones del primer grupo, cabe destacar al mismo Foucault (1972, 1977, 1984 y 1996), Good (1997 y 2003), Postel y Quétel (1987) y Porter (2003) y del segundo, los estudios de Sharon (1980), Anzures (1983) y Farmer (2002). Con esta división lo que se pretende es dar una visión general de las dos formas de medicina, que con el devenir del tiempo han constituido nuestro acervo cultural, la medicina folclórica y la medicina clínica. Con relación a Colombia, es evidente la falta de estudios en las ciencias sociales sobre la enfermedad mental en Colombia, tanto en el campo de la medicina académica como en el de la medicina tradicional. A pesar de que el problema ha sido mencionado en varios trabajos, aparece generalmente de forma tangencial y en función de otros temas e intereses intelectuales (como las investigaciones de Rosselli, 1968, 1987 o Herrera y Martínez, 1981). Sólo unos pocos investigadores lo abordan de manera directa y crítica (este es el caso de Gutiérrez 1961, 1985; Taussig 1987; Uribe 1998, 1999, 2001, 2003; Pinzón y Suárez 1988, 1990, 1991, 1992).

En Colombia, el estudio de Pinzón y de Suárez (1992) demostró que la red de curanderos de la ciudad de Bogotá en las últimas dos décadas, al igual que la mayoría de los diversos grupos o comunidades identitarias de la capital, ha aumentado en número y en multiplicidad de expresiones culturales ante el recrudecimiento del conflicto interno armado (propiciando el desplazamiento forzado de poblaciones negras, indígenas y campesinas hacia ésta y los demás centros urbanos del país) (Ortiz, 1991; Rangel, 1999; Perea, 2000; y Cubides, 2004), al tiempo que ha sido perseguida o condicionada su actividad curanderil por las mismas políticas capitalistas implementadas en nuestro país (Pinzón y Suárez, 1992).

De igual manera, Uribe (1999) constató el fuerte arraigo de la medicina tradicional en nuestro país, pero también estableció que el tratamiento psiquiátrico en algunos pacientes no sólo puede ser ineficaz, sino que puede aumentar las contradicciones existenciales de los mismos al no tener en cuenta las particularidades sociohistóricas y culturales de cada paciente (Uribe, 2001).

Empero, el sufrimiento y las contradicciones existenciales que experimentan los pacientes internados

en hospitales psiquiátricos no es exclusiva de los países llamados «tercer mundistas» o «periféricos», sino también de los mismos países desarrollados. Así, en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 1976 sobre la esquizofrenia, en países tanto en vías de desarrollo (Nigeria e India) como desarrollados (Dinamarca), demostró que más del cincuenta por ciento de los enfermos pertenecientes a las naciones del primer grupo, consiguieron recuperarse de dicha enfermedad hasta la fecha considerada como incurable. Estos pacientes no aceptaron en ningún momento que pudieran padecer tal enfermedad y, al contrario, creyeron que la fuente de su malestar se asociaba con los artificios brujeriles. Mientras que de los pacientes de origen europeo (los cuales sí creían en la nosología occidental de las enfermedades mentales) tan sólo un ocho por ciento de éstos comportó mejoría, pero no se curaron de su padecimiento. Veinte años después que la Organización Mundial de la Salud consideró que los pronósticos sobre las esquizofrenias debían estar sujetos a las particularidades sociohistóricas y culturales de cada sujeto, pues éstos varían enormemente de un paciente a otro (Good, 1997) /¹³.

¹³ El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental del año 2004, que es la estadística más reciente publicada por la organización, sostiene que aproximadamente 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que otros 25 millones de habitantes del globo padecen de esquizofrenia (OMS, 2004). En Colombia el estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, durante los años 2003 y 2004, demostró que de 4.544 adultos (entre los 18 y 65 años de edad y pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos), un 40% de éstos tuvo algún trastorno emocional y del comportamiento en un momento determinado de su vida. El 19% sufrió algún trastorno de ansiedad, el 15% experimentó trastornos de tipo afectivo (diferentes tipos de depresión o trastorno afectivo bipolar) y el 10% ha sufrido trastornos por uso de sustancias por algún lapso de tiempo. De esta manera, en los hombres el trastorno más común es el abuso del alcohol y en las mujeres el más frecuente es la depresión mayor (MPS 2005).

De acuerdo con los planteamientos hechos por Levi-Strauss (1967), la reciprocidad cognitiva o el consenso creado entre el chaman y su comunidad sobre el origen, clasificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es decisiva a la hora de la curación de los diversos padecimientos (físicos, mentales o espirituales). De este modo, durante el tratamiento terapéutico opera la *eficacia simbólica* ya sea por sugestión o persuasión, la cual encuentra su explicación en los propios patrones socioculturales de la comunidad.

En consonancia con lo anterior, Pinzón y Suárez en la primera fase de su investigación etnográfica, la cual se llevó a cabo en 15 hospitales psiquiátricos bogotanos (de 1973 a 1976), constataron que el treinta y dos por ciento de los pacientes entrevistados manifestaron «estar embrujados», en tanto que en la segunda fase del estudio (de 1976 a 1979), desarrollada a través de una extensa red de curanderos (compuesta por 70 modalidades distintas de curanderismo) radicados en la misma capital, arrojó el resultado de que un sesenta por ciento de la red curanderil era de origen boyacense. Pero el argumento de fondo radica en las transformaciones que los «saberes» de

la «cultura campesina» boyacense comportan a la hora de enfrentarse a la sociedad capitalina, puesto que «la lucha entre las culturas no-occidentales, y las occidentales, es una verdadera lucha biopolítica [en donde] las transformaciones culturales impuestas apuntan a dominar y a someter el ser biológico del dominado, destruyéndole su cuerpo cultural» (Pinzón y Suárez, 1992).

En efecto, la destrucción del cuerpo cultural es el objetivo primordial de los centros del capitalismo, pero, ¿bajo qué forma?. Mediante la implantación de las políticas de «reajuste» neoliberales y los efectos de la globalización, pues desarticulan e inhiben a los movimientos sociales en su participación en política cultural (Appadurai, 1993; García, 1990; Álvarez, Dagnino y Escobar, 2001). De este modo, el gobierno nacional al adoptar decididamente el modelo neoliberal tras las exigencias de los organismos internacionales capitalistas (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y Organización Mundial de la Salud), así como de los ideólogos del sistema, han causado el desmantelamiento progresivo del Estado de Bienestar, privatizando tanto los bienes y servicios de la nación como dando carta blanca al

capital transnacional para que exploten a su antojo la mano de obra y los recursos naturales del país (Huertas, 1998) /¹⁴.

Empero, con la «reestructuración» del sistema de salud (al sancionarse la Ley 100 de 1993) la medicina tradicional ahora tendrá que enfrentar nuevos retos, pues dicha reforma busca ante todo privilegiar a las grandes transnacionales farmacéuticas y a las entidades particulares (EPS) como prestadoras oficiales del servicio de salud, sin mencionar el impacto y las desigualdades sociales que este proceso de privatización de las redes de salud pública acarrea para la sociedad colombiana (Abadía, 2004) y latinoamericana en general (Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000). Podría asumirse: por un lado, que la mercantilización y los grandes monopolios del sistema de salud sacarán del mercado a las pequeñas empresas prestadoras de salud u otras ofertas terapéuticas (como la medicina alternativa o tradicional) y por el otro, que las entidades oficiales de salud

sujetas a las mismas políticas neoliberales de «costo-efectividad», pese a que intentan construir una imagen de eficiencia y de calidad ante los usuarios, empiezan también a quedar en evidencia ciertas falencias y desventajas del servicio. Sin lugar a dudas, esta última posibilidad visibiliza y beneficia a los médicos independientes (académicos, alternativos y tradicionales), los cuales pueden «competir» con las grandes empresas prestadoras del servicio de salud (privadas o públicas), ofreciendo un servicio eficiente y sobre todo, humano o digno.

6. CONCLUSIONES

Hemos podido apreciar cómo el modelo de representación de la enfermedad mental de los conquistadores, fue paulatinamente imponiéndose a la vez que imbricándose con los esquemas de representación indígenas, africanos y, finalmente, con el de la nueva población mestiza. Sin embargo, todo el cúmulo de prácticas y de concepciones (mágico-religiosas) de la medicina tradicional de

¹⁴ Para Bhabha (2002), el discurso colonial se ha configurado ante todo en un aparato de poder que busca no sólo sujetar de múltiples maneras (socioeconómica y políticamente) a la otredad, sino que a su vez se ha encargado de caracterizarla o representarla de forma negativa (inferior en el plano tanto histórico-cultural como racial) y esto gracias a su «mayor estrategia discursiva»: el estereotipo, el cual se repite ansiosamente a la vez que se mantiene fijo «en su lugar». No obstante, Bhabha reconoce que el discurso colonial es ambivalente, pues el poder hegemónico no logra poseer totalmente al colonizado y por estas fisuras o espacios es que se filtra el discurso antitético o contrahegemónico de la otredad. Sin embargo, Álvarez, Dagnino y Escobar, sostienen que no sólo la esfera académica ha mantenido una actitud crítica con relación a la cultura política de las élites nacionales y metropolitanas en América Latina, sino que a su vez los diferentes movimientos sociales han diseñado al tiempo que direccionado la política cultural, independientemente de su éxito, en los países del subcontinente (2001). Michel de Certeau, por su lado, en *La invención de lo cotidiano*, nos muestra cómo la cultura popular no sólo es víctima o se encuentra atravesada por los distintos poderes institucionales (sociopolíticos y económicos), como sucede en la obra de Foucault, sino que ésta a su vez se encuentra reinterpretado o metaforizando el orden hegemónico, al tiempo que es capaz de demarcar una trayectoria propia; valiéndose de sus diversas tácticas (la rebelión, la resistencia, la retórica, entre otras) frente a las estrategias del Estado (1996) Así, el curanderismo como modalidad médica alternativa diseminada por todo el país, también ha mantenido a lo largo de su historia, como hemos visto, múltiples tácticas para resistir la arremetida del gobierno, la iglesia judeocristiana (en especial de la católica) y la medicina o la psiquiatría (amparada por el sistema de salud nacional).

dichos grupos étnicos, consiguió pervivir con la terapéutica (popular, religiosa y médica) traída por los colonizadores, pese a la persecución sistemática emprendida por las autoridades (civiles y eclesiásticas). Asimismo, para este periodo y sobre todo, a partir del siglo XIX, se fueron delineando en nuestro país ciertas políticas estatales de recogimiento y confinamiento sistemático de los elementos sociales indeseados (entre estos los «locos»), que encontraron respaldo a su vez en la ciencia médica y en el sistema jurídico.

Hacia el final del periodo republicano en Colombia, la medicina académica empezó a separarse de las connotaciones mágico-religiosas de la enfermedad mental (aportadas principalmente por la Iglesia Católica) y, paulatinamente, fue estilizando y diversificando los mecanismos de anulación del enfermo mental. Con relación al trato jurídico de los enfermos mentales en general, sustentado en buena medida por la psiquiatría, debe anotarse que no fue distinto a condenar a este sector de la población a la exclusión social (en el caso de los no criminales) y al encierro indeterminado (para los criminales). Únicamente hacia el final del siglo XX, las disposiciones estatales y jurídicas estipularon un cambio sustancial en el trato penal de los enfermos (el tiempo de reclusión dejó de ser ambiguo), en tanto que establecieron una

rehabilitación mental acorde a la necesidades clínicas de cada individuo.

Empero, el debate entre el movimiento antipsiquiátrico y la psiquiatría biológica aportó valiosos elementos en la comprensión (en el plano internacional y nacional) tanto del mundo vital de cada paciente, como de las distintas patologías mentales de la enfermedad. Sin embargo, el sistema de salud mental colombiano aún no tiene en cuenta las particularidades sociohistóricas y culturales de los pacientes (Uribe, 1999), al tiempo que sigue subestimando y marginando las distintas terapéuticas empleadas por la medicina tradicional sobre las enfermedades del alma (Pinzón y Suárez, 1992 y Uribe, 2003).

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. FUENTES INSTITUCIONALES

- Barriga, Julio. (1871). «Asilo de Indigentes: visita del Gobernador del Estado, Bogotá, 30 de septiembre de 1871». En: *Revista de los Establecimientos de Beneficencia*. Bogotá: Año 1, No. 17 (dic), pp. 270-273.
- *Código Penal. Ley 599 DE 2000*. 2000. Bogotá: Doctrina y Ley.
- *Código de Policía de Boyacá de 1937 y ordenanzas números 32 de 1946 y 30 de 1963*. 1963. Tunja: Imprenta Departamental.

- *Código Penal Colombiano de 1936: Ley 95 de 1936*. 1942 .Bogotá: Editorial Voluntad.
- Colmenares, Germán (comp.). (1989). *Relaciones e informes de los gobernadores de la Nueva Granada*. Bogotá: Biblioteca Banco Popular, Tomos I y II.
- *Constitución Política Colombiana de 1991*. 1994. Bogotá: Contraloría.
- De Pombo, Lino (1845). *Recopilación de leyes de la Nueva Granada*. Bogotá: Imprenta de Zoilo Salazar, Tratado I.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Cali: Gráficas Ltda.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. «Invertir en salud mental». Disponible en Internet: <http://www.who.int/mental-health/advocay/en/spanish-final.pdf>.
- Ortega, Jorge (Comp.). (1987). *Código Penal Colombiano. Decreto 100 DE 1980*. Bogotá: Editorial TEMIS.
- Álvarez, S., Dagnino, E., Escobar, A. (2001). «Introducción: Lo Cultural Y Lo Político En Los Movimientos Sociales Latinoamericanos». En ESCOBAR, A., ÁLVAREZ, S. y DAGNINO, E. (eds). *Política cultural & cultura política: Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos*. Bogotá: ICANH/Taurus, pp. 17-48.
- Anzuarez, M. (1983). *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismo y conflictos*. México: Universidad Autónoma de México.
- Bastide, R. (1969/1967). *Las Américas negras. Las civilizaciones africanas en el Nuevo Mundo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bastide, R. (1977/1971). *Antropología Aplicada*. Buenos Aires: Amarrortu Editores.
- Benavides, N., Arango, A. (1990). *Los aborígenes americanos y las raíces de la medicina*. Bogotá: Museo del Oro de Bogotá.
- Berger, M., Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores S.C.A.
- Bhabha, H. (2002 /1994). «La otra pregunta. El estereotipo, la discriminación y el discurso del colonialismo» En: *El lugar de la cultura*. Buenos Aires: Nuevos Aires.
- Bowser, F. (1977). *El esclavo africano en el Perú colonial, 1524-1650*. Colección América Nuestra, América

7.2. FUENTES SECUNDARIAS

- Abadía, C. (2004). «Políticas y sujetos del SIDA en Brasil y Colombia». En: *Revista Colombiana de Antropología*, Vol 40, pp.123-154.

- Colonizada, N°. 33. México. Siglo XXI.
- Castro, A. Y Farmer, P. (2003). «¿Perlas del caribe? La salud pública en Haití y Cuba». En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol 40, pp.319-352.
 - Castro, S. (1999). «Epistemologías coloniales, saberes latinoamericanos: El proyecto teórico de los estudios subalternos». En *El debate de la postcolonialidad en Latinoamérica*. Madrid: Toro y Toro (eds).
 - Ceballos, D. (1995). *Hechicería, brujería e inquisición en el Nuevo Reino de Granada. Un Duelo De Imaginarios*. Medellín: Editorial U.N.
 - Ceballos, D. (2002). «*Quien tal haze que tal pague*». *Sociedad y prácticas mágicas en el Nuevo Reino de Granada*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
 - Comelles, J., Martínez Á. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
 - Coronil, Fernando. (2000). «Naturaleza del poscolonialismo: Del eurocentrismo al globalocentrismo». En: *La Colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales*. E. Lander Comp. CLACSO. UNESCO.
 - De Certau, Michel.(1996 /1980). *La Invención De Lo Cotidiano*. Trad. Alejandro Pescador. México: Universidad Iberoamericana.
 - Díaz, Rafael. , (2001). *Esclavitud, región y ciudad*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, pp. 164-174.
 - Díaz, Rafael. (2009). «La diversión y lo privado entre los esclavos neogranadinos». En Borja, Jaime y Rodríguez, Pablo, editores, *Historia de la vida privada en Colombia*. Vol. I. Bogotá: Editorial Taurus, pp. 1-30.
 - Eliade, Mircea. (1951/1986). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Escalante, Aquiles. (1954). «El Palenque de San Basilio». En: *Divulgaciones Etnográficas del Instituto Etnográfico del Atlántico*, N°. 5 (Diciembre).
 - Escobar, Arturo. (1998). *La invención del Tercer Mundo: Construcción y reconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Norma.
 - Farmer, Paul. (2002). «Brujería, política y concepciones sobre el sida en el Haití rural». En: D. Armus (ed) *Entre curanderos y médicos. Historia, cultura y enfermedad en América Latina*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
 - Foucault, Michel. (1972/1964). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, Vol. I y II.
 - _____(1977/1963). *Nacimiento de la clínica. Una arqueológica de la mirada médica* México: Siglo XXI Editores S.A.

- _____(1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós Studio.
- _____(1996). «La sociedad punitiva». En *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira, pp. 37-50.
- _____(2003/1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.
- Freud, Sigmund. (1980/1930). *El Malestar en la cultura y otros ensayos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Friedemann, Nina S. De. (1993). *La saga del negro*. Bogotá: Instituto de Genética Humana, Universidad Javeriana.
- García, Mauricio. (2003). «Apuntes sobre codificación y costumbre en la historia del derecho colombiano». En: *Antecedentes*. Boletín Jurídico. Cali, Universidad ICESI, pp. 97-124.
- García, Néstor. (1990/1989). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
- Giginta, Miguel.(2000/1579). *Tratado de remedio de pobres*. Barcelona: Ariel.
- Good, Byron. (1997). «Studying mental illness in context: local, global or universal?». *Ethos*, 25: 230-248.
- Good, Byron. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia. (1961). *La medicina popular en Colombia. Razones de su arraigo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Fac. de Sociología. Monografías Sociológicas, N° 8, oct.
- Gutiérrez, Virginia. (1985). *Medicina tradicional de Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Vol. I y II.
- Hernández, Mario. (2003). «El debate sobre la ley 100 de 1993: Antes, durante y después». En: Franco Agudelo, Saúl (ed) *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos*. En *Salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 463-479.
- Herrera, Alfonso y Martínez, Abel. (1981). *Cotidianonegación. Razón de la locura y locura de la razón, desde el Hospital Siquiátrico de Boyacá*. Bogotá: Editorial La Oveja Negra Ltda.
- Hodge, Catherine. (2004). «Why is prevention not the focus for breast cancer policy in the united states rather than high-tech medical solutions?» En *Unhealthy Health Policy: A critical anthropological examination*. Editado por Castro, A. y Singer, M. Walnut Creek, CA: Altamira Press, pp. 351-361.
- Huertas, Rafael. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El viejo Topo.
- Iriart, Celia, Emerson Merhy y Howard Waitzkin. (2000). «La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la

- reforma». En *Cad. Saúde Publica*, Río de Janeiro, Vol 16, pp.95-105.
- Kaplan, Martha. (1995). *Neither cargo nor cult: Ritual politics and the colonial imagination in fiji*. durham: Duke University Press.
 - Klein, Herbert. (1986). *La esclavitud africana en América Latina y el Caribe* Madrid, Alianza Editorial
 - Kuethe, Allan. (1993). *Reforma militar y sociedad en la Nueva Granada, 1773-1808*. Bogotá, Banco de la República.
 - Labarta, Concha. (1986). «Los orígenes de la medicina en Iberoamérica». En *Revista Madrid Médico*. Madrid: Diciembre 15, pp 8 y 9.
 - Lagarriga, Isabel. (1991). «Concepción y terapia de la enfermedad mental en la medicina tradicional de México». En: *Otra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiones populares. Memorias del Simposio: Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares, Amsterdam, 1988*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura/ICAN.
 - Lander, Edgardo. (1999). «Eurocentrismo y colonialismo en el pensamiento social latinoamericano». En *Pensar (En) Los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*. S. Castro, O. Guadiola-Rivera y C. Millán Eds. Instituto de Estudios Pensar. Bogotá: Universidad Javeriana.
 - Langebaek, Carl. (1996). *Noticias de caciques muy mayores*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
 - Martínez, Alberto. (1984). «El maestro y la instrucción pública en el Nuevo Reino de Granada (1767-1809)». En *Dos estudios sobre la educación en la colonia*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
 - Mcfarlane, Anthony. (1997). *Colombia antes de la Independencia. Economía, sociedad y política bajo el dominio Borbón*. Bogotá: Banco de la Republica y Ancora Editores.
 - Mignolo, Walter D. (1998). «Postoccidentalismo: El argumento desde América Latina». En *Teorías sin disciplina. Latinoamericanismo, pocolonialidad y globalización en debate*. Castro Gómez S y E. Mendieta coords. México: Miguel Ángel Porrúa.
 - Mora, Martín. (2002). «La teoría de las representaciones sociales de serge moscovici». Atenea Digital, Número 2, Otoño. Disponible: <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf>.
 - Múnera, Alfonso. (1998). *El fracaso de la Nación, Región, clase y raza en el caribe colombiano, 1717-1810*. Bogotá: Banco de la República y Áncora Editores.
 - Navarrete, María Cristina. (1995). *Prácticas religiosas de los negros en la colonia. Cartagena Siglo XVII*. Cali: Universidad del Valle.
 - Perea, Carlos Mario. (2000). «De la identidad al conflicto: Los Estudios

- de juventud en Bogotá». En J. Martín Berbero, F. López y A. Robledo (eds). *Cultura y región*. Bogotá: CES, Universidad Nacional, Ministerio de cultura, pp. 315-346.
- Pinzón, Carlos y Suárez Rosa. (1988). «Violencia y brujería en Bogotá». En: *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 16:35.
 - _____ (1989-90). «Etnocidio y locura». En *Revista Colombiana de Antropología*, 27:91-115.
 - _____ (1991). «Los cuerpos y los poderes de las historias. Apuntes para una historia de las redes de chamanes y curanderos en Colombia». En: *Otra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiones populares. Memorias del Simposio: Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares, Amsterdam, 1988*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura/ICAN.
 - _____ (1992). *Las mujeres lechuza: Historia, cuerpo y brujería en Boyacá*. Bogotá: CEREC.
 - Pinzón, Carlos. (1992). *Red de curanderos en Colombia: Un proceso de intercambio de conocimientos médicos*. Bogotá: ICAN.
 - Porter, Roy. (2003). *Breve historia de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Postel, Jacques y Quénel, Claude (Compiladores) (1987/1983). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
 - Price, Richard. (1973). *Sociedades Cimarronas: Comunidades esclavas rebeldes en las Américas*. Madrid: Siglo XXI Editores.
 - Quijano, Aníbal. (2000). «Colonialidad del poder, eurocentrismo y américa latina». En *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. E. Lander Comp. CLACSO. UNESCO.
 - Ramírez, Maria. (1996/1997). «El chamanismo, un campo de articulación de colonizadores y colonizados en la región amazónica colombiana. En *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. XXXIII: 165-184.
 - Reis, Joao y Dos Santos Gomes, Flavio. (1996). *Liberdade por un fio: Histórica dos quilombos no Brasil*. Sau Paulo: Companhia das Letras.
 - RESTREPO, Estela. (2002). «Vagos, enfermos y valetudinarios. Bogotá: 1830-1860». Texto inédito.
 - Rodríguez, Sandra. (2007). *Sujeción, corrección y disciplina: Pedagogía social de masas en Santa Fe de Bogotá. (1780/1820)*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
 - Rojas, Iván. (2004). «El diagnóstico forense en inimputabilidad». En: *Revista INML y CF*. Vol. 18, N° 1, pp. 3-8.
 - Rosselli, Humberto. (1968). *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Bogotá: Editorial Horizonte, Vol. I y II.

- Rosselli, Humberto. (1987). *La locura de Epifanio y otros ensayos*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo.
- Sharon, Douglas. (1980/1978). *El chaman de los cuatro vientos*. Trad. David Huerta. México: Siglo XXI Editores.
- Taussig, Michael. (1979). «Religión de esclavos y la creación de un campesinado en el valle del río Cauca, Colombia». En: *Estudios rurales latinoamericanos*. Bogotá: II, 3, (septiembre-diciembre).
- Taussig, Michael. (1987). *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje. Un estudio sobre el terror y la curación*. Bogotá: Editorial Norma.
- Tovar, Hermes. (1992). *De una Chispa se forma una hoguera: esclavitud, insubordinación y liberación*. Tunja: Editorial de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Uribe, C, A. (1998). «El ritual y la «locura»: Psiquiatría y cultura en Colombia». En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, No 1.
- _____(2001). «La controversia por la cultura en el DSM-IV». En Suárez Roberto (comp.). *Uniandes: Bogotá*, pp. 117-149.
- _____(2003). «Magia, brujería y violencia en Colombia». En *Revista de Estudios Sociales*, Vol. XXXIV, No 2.
- _____(1999). «Creencias populares y enfermedad mental». En: *Boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Aexmun*, 9(2):25-28.
- Vives, J. 1914? (1526). *Tratado del socorro de los pobres*. Valencia: Prometeo.
- Ward, B. (1782). *Proyecto económico en que se proponen varias providencias dirigidas a promover los intereses de España, con los medios y fondos necesarios para su planificación, escrito en el año de 1762*. Madrid: Joaquín Ibarra, tercera impresión.

Esta revista se terminó de imprimir
en los talleres gráficos de:



GRAFILASSER

Editores • Impresores

☎s 7431272 / 7447637

TUNJA - BOYACÁ

Contenido

Editorial 9

Presentación 11

Sección I. Artículos de producción institucional.

Conceptos sobre la responsabilidad estatal:
una aproximación a la responsabilidad del
estado por actos terroristas 15
Yolanda M. Guerra García.

El derecho de marcas frente a las infracciones
al derecho de la competencia. 35
Fernando arias García.

Hacia un nuevo modelo de enseñanza
exitosa: dogmatización fallida del derecho 49
Germán Bernal Camacho y
María Fernanda Murillo Delgadillo.

Ecología intelectual, del sitio de producción
de la teoría pura del derecho 59
Carlos Alberto Pérez Gil.

Derechos del enfermo derivados del
consentimiento informado 75
Enrique López Camargo.

Estudio integrado de la legitimidad
en la Corte Constitucional colombiana 91
Diego Mauricio Higuera Jiménez.

Sección II. Tema Central –Punición, Análisis críticos.

El principio de igualdad de armas en el sistema
procesal penal colombiano a partir del acto
legislativo 03 de 2002 121
Alfonso Daza González.

Contravenciones comunes de policía
en Colombia. 147
Luis Enrique Rodríguez Gómez.

Breve historia de la cárcel 159
Carlos Gabriel Salazar Cáceres.

Concepciones y prácticas sobre la enfermedad
mental en Colombia. Siglos XVI al XXI. 177
Fabián Leonardo Benavides Silva.

El derecho humano al agua y las garantías
para su realización 203
Alfonso Daza González.

Sección III. Temáticas Internacionales, Extranjeras y Comparadas.

Manifestaciones del principio acusatorio:
exégesis de la ley de enjuiciamiento criminal
en España. 231
Juan Ángel Serrano Escalera



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA
T U N J A

Experiencia y Calidad



0124- 2067