

Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Escuela de Postgrado
Departamento de Ciencias Históricas

***“Deber entrar a medicinarse...”:
la casa, el adentro y la purificación.
El Hospital San Francisco de Borja
entre 1830 y 1870.***

**Tesis para optar al grado académico de
Magíster en Historia con mención en Historia de Chile.**

Fernando José Franulic Depix

Santiago, 12 de noviembre de 2007.

La metáfora no vale nada (...) no hay corazón, no hay corazón, sino un problema, es decir, una distribución de puntos relevantes; ningún centro, pero siempre descentramientos, series con, de una a otra, la claudicación de una presencia y de una ausencia –de un exceso y un defecto.

Michel Foucault, *Theatrum Philosophicum*, 1970.

Para María Soledad Depix, con amor y reconocimiento.

A la memoria y dignidad de Andrés Vicente Franulic Pino (1944-2000).

Agradecimientos:

Quiero en primer lugar agradecer a la Profesora Guía de esta Tesis Alejandra Araya Espinoza, su actitud generosa fue una fuente de tranquilidad para que este trabajo se llevara a cabo, además de ser un referente primordial para un diálogo académico que constituyó un estímulo para esta investigación bastante solitaria.

A Marco Escobar Romero, licenciado en Arquitectura de la Universidad de Chile, por la paciencia y calidad profesional en su apoyo técnico en la investigación arquitectónica que se incluye en esta Tesis.

También quiero destacar la importancia, para esta Tesis, de los centros de conservación documental, sobre todo la Biblioteca Patrimonial del Museo Nacional de Medicina de la Universidad de Chile, donde se resguardan importantes documentos históricos. Quiero agradecer a su bibliotecaria jefe, Karen Fredes, y a César Leyton, su director, por las facilidades brindadas en la búsqueda documental.

Por último, quiero agradecer a mi familia, sobre todo a mi madre, María Soledad Depix, y a mi hermana mayor, Andrea Franulic. A mi madre por su constante apoyo económico y compromiso afectivo en momentos difíciles de mi vida. Ambas en sus respectivas áreas, la bioquímica y la lingüística, son ejemplos, para mí, para lograr, lo más que puedo, la rigurosidad en el estudio y el conocimiento.

1. Introducción

BERNARDA. Y no quiero llantos. La muerte hay
que mirarla cara a cara. ¡Silencio! ¡A callar
he dicho! ¡Las lágrimas cuando estés sola!
Nos hundiremos todas en un mar de luto...

Federico García Lorca, *La Casa de Bernarda Alba*,
Día viernes 19 de Junio de 1936.

En 1818 Camilo Henríquez escribió un drama en tres actos titulado *La inocencia en el asilo de las virtudes*¹. Se ha dicho que las obras dramáticas de este autor no son más que la transcripción literaria de sus ideas políticas y filosóficas, por lo que carecerían de dinamismo y creatividad: esto llevaría a considerarlas como poco relevantes para la puesta en escena. Pero, producto de que reflejan ideas y doctrinas de la época como también parámetros morales, resulta interesante analizar esta literatura como un medio cultural y un discurso *moralizador*.

El argumento del drama es sencillo: Un hombre alemán desencantado de la vida producto del engaño de su esposa, decide cambiar su nombre y emigrar a Estados Unidos. Allí nunca más ve a su antigua esposa y a su pequeña hija de ocho años. Pero en Filadelfia, que es el lugar de Estados Unidos donde se asienta, logra recomponer su vida, sobre todo gracias a las amistades que frecuenta y que no conocen su verdadera identidad, todos hombres filántropos y pudientes, que le entregan algo de una visión altruista frente a su pesimista opinión de la naturaleza humana en general y de la mujer en particular. Según la historia, la esposa de Faber, llamada Ester, luego de años de no ver a su marido, producto de esta injusta y falsa acusación de adulterio, parte a buscarlo al Nuevo Mundo. Llega a Venezuela con su hija, que, según le dijeron, es donde podría encontrar a su esposo. Pero la situación se complicó, ya que Venezuela estaba envuelta en las luchas por la Independencia: era un espacio peligroso. Entonces, tras una serie de peripecias, Ester y su hija Matilde se pierden el rastro y deben, en forma separada, salir del país.

En este panorama un tanto trágico se desarrollan tres acontecimientos que producen el desenlace de la obra: Ester logra sobrevivir y llega a Estados Unidos, allí se presenta ante el Dr. Powell, amigo de Faber, para pedirle ayuda por su conocida

¹ Henríquez, Camilo, “La inocencia en el asilo de las virtudes. Drama en tres actos”, Amunátegui, Miguel Luis, *Camilo Henríquez*, Tomo II, Imprenta Nacional, Santiago, 1889. Para este caso, utilizo la versión digital que se encuentra en www.historia.uchile.cl

reputación de filántropo, y éste sin saber que era la antigua esposa de Faber la orienta y patrocina; también, en forma separada, llega la hija de Ester a Estados Unidos donde es presentada a otro filántropo y amigo de Faber para que la eduque; además, coincidentemente, Faber recibe una carta de un italiano que había fallecido (el que había injuriado a su esposa), donde le contaba que todo había sido una mentira y que, producto de los daños familiares, le dejaba su fortuna para él y para obras piadosas. Así, como buen drama ilustrado, estaba todo en orden para que se produjese el encuentro de los esposos, de la hija y de la verdad en una escena feliz.

Más allá de los cánones y formas literarias de la época, esta obra dramática permite un acercamiento privilegiado al discurso social de dicho período histórico, y en forma específica, a algunos aspectos relevantes de la relación entre política y moralidad.

En primer lugar, la pieza literaria de Camilo Henríquez nos sitúa, a grandes rasgos, en el marco discursivo que existía sobre la mujer en aquella época. Toda la obra está cruzada por el tema de la mujer. Es una mujer la que llevó a Faber a dejar su nombre verdadero y su tierra natal. Y es la narración de una anécdota de un amigo sobre una mujer suiza la que lleva a Faber a recordar los eventos y a sentir nuevamente el dolor y rencor hacia las mujeres. Así el personaje central dice:

Yo no conservo ni el honorable nombre con que era conocido en Alemania. La pérfida, la ingrata que me cubrió de ignominia, y llenó de amargura mis días (antes tan alegres) habrá resuelto perseguirme aún en el sepulcro. ¡Perversa! Solicitará, tal vez desde Londres, noticias de un hombre de bien, a quien hizo desgraciado, o confiando en sus artificios, o para que mi afrenta se haga más pública. ¡Mujeres! ¡Cómo ocultáis las más negras perfidias bajo el exterior hechicero de la amabilidad y de las gracias! ¡Es posible que la felicidad del hombre dependa de la voluntad movible de una mujer frágil!... ¿Quién podrá describir los daños que ocasionan en el sagrado de las familias, y cómo perturban el orden social?...²

Esta mujer deshonorosa está indudablemente vinculada al vicio. Frente a esta imagen aparece la mujer virtuosa. Vicio y virtud son los dos polos en que una mujer puede hallarse, siendo ambos diferenciados y no mezclados. Una esposa ejemplar, una mujer piadosa, son la virtud. Una mujer libre o una mujer infiel, son el vicio. No hay otro lugar para las mujeres: el bien o el mal, la santidad o el castigo. Según este escrito, una mujer virtuosa se caracteriza por la dependencia hacia el hombre y por su religiosidad. La mujer virtuosa es propia de Norteamérica. Esto nos vincula con un segundo aspecto relevante: la valoración cultural del modelo republicano.

² Ibid., p. 4.

Uno de los diálogos de la obra, entre Faber y su asistente, platea ya la admiración por la república norteamericana, sus logros materiales, sociales y culturales. Durante todo el desarrollo dramático las alabanzas y la narración de los avances de Estados Unidos son notorias, situando a esta sociedad como sinónimo de modernidad y civilización, es decir, de libertad y de progreso. Y esto debido al mismo modelo republicano que allí se estableció, el que le permitió progresar con libertad política y moral cívica.

Pero frente a una civilizada y moderna Norteamérica, se opone la Sudamérica bárbara y atrasada, y la oprimida y corrompida Europa. Ambas son referidas a partir de obras literarias. Un amigo de Faber le cuenta sobre una tragedia escrita en un país sudamericano llamada *Lautaro*, sobre la que se dice: *El autor es soberbio; si supierais dónde nació...! ¡Y ha tenido atrevimiento para celebrar la independencia de Estados Unidos en versos latinos; loco! ¿qué sabrán de latín aquellos bárbaros?*; y otro amigo le habla de una obra llamada *Misanropía*, escrita por autor europeo, que trata sobre “mujeres inmorales” y “hombres desdichados”, lo que lleva a pensar al protagonista que:

¡Está tan corrompida la Europa...! Los funestos ejemplos de las cortes han llevado el contagio a todas partes, sin respetar ni aún al país de los suizos en que se habían atrincherado las virtudes de la naturaleza, el pudor, y la fidelidad conyugal. ¡Por qué no vendría yo a casarme en América! Este es el asilo de las virtudes: aquí reflorece la naturaleza humana³.

Y este párrafo del drama permite acceder a un último aspecto relevante de este discurso social: la filantropía como sentimiento e institución social. En primer lugar, es interesante que el tema surja frente a una obra llamada “Misanropía”, que representa el polo opuesto de la situación norteamericana, marcada por la virtud y el avance social. La filantropía está representada, en lo inmediato, por los personajes del drama, es decir, está personificada. Todos los personajes son sujetos filantrópicos en distinta medida: se preguntan por el bien y el mal, optan por el bien y hacen el bien al género humano, a través principalmente de la cooperación económica y ética hacia los necesitados y desvalidos. Pero esta filantropía individual se relaciona con una filantropía social e institucional: es el concepto de “asilo”.

Llama la atención que el primer texto de la obra sea un comentario de Faber sobre el sistema penitenciario norteamericano: *La prisión del estado, que visitamos el*

³ Loc. Cit.

*lunes, me ha dejado atónito. Este es un monumento de la humanidad y sabiduría de los americanos. Es de invención puramente americana, y no tiene paralelo en todo el mundo. Ella descubre el genio del país, y el carácter del gobierno, equitativo, paternal y misericordioso. El objeto de esta institución es hacer virtuosos y laboriosos a los criminales convictos en todo el estado de Pensilvania... Todo está arreglado con economía y admirable prudencia. ¿Observaste el corto número de empleados, y cómo sin recurrir a castigos humillantes, los viciosos se corrigen y moderan? ¡Oh! ¡Qué excelentes lecturas oyen!...*⁴

Pero desde una imagen de un asilo concreto, el escrito llega a la idea de la sociedad entera como un gran asilo. La filantropía, en tanto sentimiento y virtud, produce acciones e instituciones concretas, en este caso “asilos”. Pero si esta virtud es general, es parte de la situación social, se generaliza el uso de asilos (instituciones particulares) pero también la misma república (institucionalidad política y social) es en sí misma un asilo. Y así se la nombra: “asilo a los emigrados”, “asilo a los oprimidos”, “asilo a los pobres”; la república debe ser “el asilo de las virtudes”, para quienes no las han logrado (sudamericanos) y para quienes las perdieron (europeos).

Decidí comenzar mi Tesis de Magíster en Historia con mención en Historia de Chile con esta breve reseña literaria porque los tres aspectos relevantes señalados implican una metáfora con importancia simbólica para mi investigación. Teniendo en consideración que esta pequeña obra dramática no habla, en términos denotativos, del tema particular de esta investigación, digamos, de su objeto inmediato de estudio. Tampoco me interesa entrar en la discusión sobre la admiración al modelo norteamericano que tenían muchos intelectuales chilenos, latinoamericanos y europeos en el siglo antepasado. Aunque, es importante señalar, que, en el tiempo preciso en que fue escrita la obra, mucha de esta admiración se puede analizar bajo la cultura política chilena que deseaba unir republicanismo y moralidad cívica⁵, donde el ejemplo norteamericano cobra relevancia.

Por tanto, más allá de la explicación específica del texto, la metáfora que expresa es la siguiente: la filantropía y, como expresión social de la misma, la beneficencia pública, constituyen las bases morales para una sociedad que progresa o que quiere

⁴ Ibid., p. 2.

⁵ Sobre este tema ver, Jocelyn-Holt, Alfredo, “La República de la Virtud: Repensar la cultura chilena de la Época de la Independencia”, *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago, Planeta / Ariel, 1997.

progresar, es decir, una república que pretenda funcionar correctamente en el tiempo debe fundar asilos cualificados, caritativos y prudentes y, para que ello ocurra deben existir virtudes arraigadas en el contexto social. La condición para este funcionamiento “moralmente sustentable” de la república es la virtud de las mujeres, ellas son tanto las que con su “debilidad” pueden “corromper” y dar “infelicidad” al hombre, a la familia y a la sociedad misma, como también ellas son las que cuidan y pueden llegar a tener “altos sentimientos caritativos”, por tanto es con su “regreso” a la verdad de “su género” cuando se cumple el medio y el fin de la sociedad virtuosa, es decir, de una república.

Es interesante destacar que esta investigación histórica tiene como tema de estudio un asilo cuyo sujeto asilado son mujeres. Por tanto, siguiendo con la metáfora: en una república que funda asilos y que pretende o posee una institucionalidad moral, la piedra angular de este estado social virtuoso es el “regreso” de las mujeres a su verdad, pero en sus condiciones íntimas esta verdad puede situarse tanto en la santidad como en el pecado. Por ello se hace necesario un ejercicio particular de moralización a través de asilos que permitan a las mujeres reencontrarse con una verdad superior, la que tiene un sentido social y benéfico, es decir, con sus virtudes que miran al bien común. Aquí, en este ejercicio metafórico, la verdad y la norma se entrecruzan.

Las afirmaciones que he hecho a partir de una metáfora literaria, interesan sólo para introducir y problematizar. Los recursos culturales que implica el uso de la reflexión literaria plantean una cuestión importante en este caso: la relación entre política, moralidad y género en la sociedad decimonónica. El caso específico de asilo que es objeto de estudio de esta investigación, es un hospital. Por tanto, la relación señalada que es importante de indagar teórica y metodológicamente ahora es imbricada por un componente fundamental: la medicalización.

Esta investigación busca estudiar el Hospital San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile entre 1830 y 1870. Este fue el único hospital especializado de mujeres en aquel tiempo y fue inaugurado bajo esa especialidad en 1782. Como tal, un hospital, en general, presenta la característica antes señalada: ser un espacio apto para la moralización y la medicalización. Este último término, propio de los estudios contemporáneos de historia de la medicina, hace referencia a que el ejercicio de la ciencia médica sobre el individuo o individuo enferma implica dimensiones sociales y culturales que exceden lo propiamente técnico: “Podemos preguntarnos si la relación de médico a enfermo consiguió ser alguna vez una relación simple de carácter instrumental, susceptible de ser descripta en forma tal que la causa y el efecto, el gesto

terapéutico y su resultado, estén ligados directamente lo uno de lo otro, sobre un mismo plano y en el mismo nivel, sin ningún intermediario ajeno a ese espacio de entendimiento (...) la referencia a ese intermediario cuyo papel es quizás explicar, a través de la historia, el hecho de que la pareja médico-enfermo sólo rara vez ha sido una pareja armoniosa en la que cada uno de los participantes se declarase plenamente satisfecho con la conducta del otro”⁶.

Sobre la idea de la relación médico y enfermo que ofrece el filósofo e historiador de las ciencias G. Canguilhem, se pueden destacar dos elementos que son relevantes para problematizar el tema de la medicalización:

En primer lugar, la referencia a que en el fenómeno de la “curación” o de la actividad sanitaria propia de la medicina están involucradas relaciones sociales y distintos tipos de conductas. En este sentido, toda la actividad y práctica médica integra aspectos de la realidad social, como pueden ser instituciones y códigos culturales. Y no se puede dejar de mencionar, por cierto, la subjetividad (personal, cultural, histórica). En este último aspecto, adquiere especial sentido la noción de medicalización: son procesos que desde instituciones, relaciones y códigos sociales pueden llegar a influir en la subjetividad, en particular importancia, la del enfermo o enferma. La enfermedad y el cuerpo son objeto de procesos subjetivos, que la medicalización modifica o altera en sus elementos originarios: “La definición de la salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente el concepto de *cuerpo subjetivo* en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera *persona*”⁷.

En segundo lugar, la referencia a “intermediarios” en la relación médico y enfermo. En la medicina griega, por ejemplo, el intermediario que se postulaba como necesario a dicha relación era la misma naturaleza, que con sus procesos autónomos, producía la sanación del cuerpo. A esta “medicina expectante”, a lo largo de la historia occidental de la medicina, se fue dando paso decididamente a una “medicina interventora”. Lo que implica que los intermediarios de la actividad médica se fueron desplazando desde la naturaleza medicadora hacia el uso indiscriminado de medicamentos y mezclas, prácticas instrumentales y tecnologías de salud. Por cierto, estos intermediarios incluyen al espacio institucional, social y arquitectónico donde se

⁶ Canguilhem, Georges, “La idea de naturaleza en el pensamiento y la práctica de la medicina”, *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 17.

⁷ Canguilhem, Georges, “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica”, *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 63.

desarrolla la actividad médica, como es el hospital, y asimismo, los marcos políticos y económicos que intervienen y regulan las prácticas sobre el cuerpo enfermo.

Desde la época moderna tanto la construcción especializada de hospitales como la creación de técnicas químicas y biofísicas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, han sido parte de los factores centrales en este proceso de medicalización que produce efectos en el cuerpo enfermo y transformaciones en la relación entre sociedad y enfermedad: “el enunciado de los síntomas, el diagnóstico etiológico, el pronóstico y la decisión terapéutica se fundan en una sucesión de investigaciones clínicas y experimentales, y de exámenes de laboratorio en cuyo curso los enfermos han sido tratados, no como los sujetos de su enfermedad, sino como objetos”⁸. Entonces, la medicalización en el contexto de la medicina moderna trae consigo la des-subjetivación del cuerpo enfermo y la preeminencia del rol social y el saber técnico del médico.

Por tanto, la medicalización, en el caso de la medicina moderna⁹, produce una serie de procesos académicos, técnicos y sociales que determinan en la relación de médico y enfermo, institucionalizada en el hospital e intervenida por decisiones políticas, una preeminencia de la objetividad del saber científico sobre la subjetividad cultural y personal del enfermo o enferma, es decir, es una *objetivación*. Para el caso específico de esta investigación, la medicalización toma ciertas características propias de un espacio de esa naturaleza en dicho tiempo histórico, vale decir, el fenómeno médico entra en relación con otros factores históricos.

Primero, es fundamental destacar la conexión entre este tema y el motivo literario que inició esta introducción. Un hospital para la época era considerado un asilo, por tanto una institución dedicada a la ayuda y protección de los desvalidos y las “clases menesterosas”, con fines políticos y morales: así, un hospital en el período histórico en estudio no se corresponde con el concepto actual de hospital clínico. En este caso es un asilo de mujeres, cuya realidad estará modulada, en alto grado, por una cultura orientada por los discursos genéricos e ideológicos y, en menor grado, por los discursos médicos. Aquí moralización y medicalización entran en específica relación.

Segundo, el marco temporal del estudio (1830-1870) plantea la particularidad de un tipo de saber médico, que tiene que ver con esquemas específicos. La medicina que existe en el hospital de mujeres de Santiago está inserta en un proceso de cambio desde

⁸ Canguilhem, Georges, “Las enfermedades”, *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 35.

⁹ Para antecedentes estatales y económicos sobre el tema, ver Foucault, Michel, “Historia de la medicalización”, *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta, 1989.

una medicina colonial a una práctica médica de carácter clínico. Por lo que la medicalización exhibirá una serie de rasgos sociales y culturales que son particulares a dicha realidad.

Tercero, un hospital es también una materialidad, es un espacio concreto o construido, es decir, es una arquitectura específica y un lugar de internación médica o encierro. Esta característica, tanto como intermediario y como soporte primario de la internación, permite generar formas estables y específicas de relaciones sociales entre los elementos implicados en las prácticas hospitalarias. El encierro y su dinámica interior definen el fenómeno de la hospitalización.

Esta manera de plantear una investigación histórica sobre la relación entre moralización y medicalización en un hospital de mujeres es, en el fondo, un modo particular de plantear una *historia de la enfermedad*. Estudiar el Hospital San Borja implica analizar las diferentes concepciones socioculturales en torno al fenómeno de la enfermedad, pero también los ámbitos relacionados en la época: pobreza, naturaleza femenina, moral social, etc. Por esta razón, la medicalización por sí misma ocupa un lugar relativo, ya que existe vinculada a otros factores sociales. Es imposible, para esta época, pensar la medicalización como un fenómeno médico “aislado” de las demás variantes culturales que constituyen el universo hospitalario.

Sin embargo, existen variadas formas de estudiar un establecimiento de asistencia médica en el siglo XIX. Sin duda, esta variedad responde a las diversas orientaciones de los historiadores, pero podríamos ejemplificar con algunas tendencias centrales: se puede hacer un estudio económico-administrativo del funcionamiento hospitalario; se puede desarrollar un estudio biomédico de la población atendida y hospitalizada; o se pueden establecer las tendencias médicas y los medios técnicos por los cuales el hospital confluye hacia una política de salud pública. Estas tentativas de estudio se enmarcan dentro de una lógica que resalta el componente institucional o el componente natural, por tanto donde la enfermedad es vista como un “dato natural” que es captado y trabajado por un “sistema institucional”. Entre una y otra cosa no existe nada más.

Esta investigación no responde a estas tentativas de estudio, sino más bien que utiliza como plataforma la noción de *historia sociocultural de la enfermedad*, que en su definición más general persigue analizar “un terreno incierto donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos, y que, desplegándose en abanico, estudia los procesos de profesionalización, medicalización y

disciplinamiento, las dimensiones culturales y sociales de la enfermedad en sentido amplio”¹⁰.

A esta definición general, cabe señalar ciertas condiciones específicas de este estudio, lo que le dará un enfoque epistemológico propio. La cuestión central radica en la conceptualización que se hace de la relación entre la enfermedad como “dato natural” y el contexto social, cultural e institucional. Se planteó que la historia tradicional postula que “entre una y otra cosa no existe nada más”. En cambio, para este estudio histórico es fundamental concebir que entre el hecho-enfermedad y el contexto social existe “algo más”. Esta dimensión de carácter cultural que se sitúa entre los hechos (biológicos o no) y los contextos o realidades sociales constituye una *esfera social específica*, que es irreductible y que se encarga de ordenar y diferenciar en forma categorial la realidad social. Es un conjunto de marcos conceptuales y de categorías que se establecen para organizar y mediar activamente entre los hechos objetivos y subjetivos, que se inserta profundamente tanto en las conciencias como en los componentes objetivos de la realidad social, por lo tanto determina la construcción de la realidad social. Esta esfera social se llamará *discurso*: “un discurso es una rejilla conceptual de visibilidad, especificación y clasificación mediante la cual los individuos dotan de significado al contexto social y confieren sentido a su relación con él, mediante el cual conciben y conforman a sí mismos como sujetos y agentes y mediante el cual, en consecuencia, regulan su práctica social”¹¹.

En este sentido, este estudio se aparta de la noción de historia social, en tanto esta se constituía a partir de la idea dicotómica de la realidad social, es decir, donde las acciones subjetivas están determinadas por estructuras sociales objetivas o, en la versión de la historia sociocultural, la conciencia es una representación o un reflejo subjetivo del contexto social objetivo. Entonces, en este estudio hay un alejamiento de los esquemas dialécticos, y por tanto una especificación de la definición general inicial de Armus, para enfocarse en la esfera discursiva, que como dimensión social y cultural es estructurante: “el dualismo realidad-conciencia ha sido reemplazado por la tríada realidad-discurso-conciencia, pero, sobre todo (...) con la introducción de ese tercer factor, objetos y sujetos (estructura y acción) han perdido su condición previa de

¹⁰ Armus, Diego, “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”, Armus, Diego (ed.) *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Editorial Norma, 2002, p. 12.

¹¹ Cabrera, Miguel A., *Historia, lenguaje y teoría de la sociedad*, Madrid, Ediciones Cátedra, 2001, p. 51.

componentes primarios de los procesos sociales y han devenido entidades derivadas, secundarias”¹².

Para el caso de la historia de un hospital no sólo tenemos el hecho patológico, la representación subjetiva que se hace de él y el contexto social e institucional que lo intenta captar y tratar, sino que emerge, dentro de este enfoque, el discurso, que media, ordena, diferencia y modifica estos elementos por medio de una matriz de categorías de carácter signifiante, que no son accesorias a la realidad hospitalaria y de la enfermedad, sino que son constitutivas de la situación histórica. Por tanto, el discurso o la esfera discursiva tienen una historicidad. Y el discurso de la enfermedad también. Se puede plantear, entonces, que esta investigación es una *historia postsocial o discursiva de la enfermedad*. Y para este análisis histórico de la enfermedad me interesa recurrir a los modelos estructurales.

La presencia del estructuralismo y sus derivados en esta investigación, en tanto marco teórico-metodológico, interesa porque puede ayudar a explicar esa observación de que *hay algo más* en toda situación social. Lo que se define, en general, como construcción simbólica. Pero más que el estructuralismo propiamente tal, me interesa acceder a uno de sus derivados en el ámbito del análisis estructural. El *análisis estructural* nace del estudio de las sociedades llamadas arcaicas. A dicho estudio, en general, se le llamó “etnología”. Parafraseando esta disciplina, M. Morey plantea que cuando una sociedad se la estudia en su pasado histórico se produce una *etnología interna* de dicha sociedad, es decir, se la estudia como una cultura temporalmente *otra*. Morey señala esto a propósito de la obra del filósofo Michel Foucault¹³. Y este es justamente el derivado del análisis estructural que me interesa tomar como marco de referencia analítico; la teoría y el método histórico de Foucault, basado en la noción de *discurso*. Demás está decir que resulta muy estimulante además de complejo aplicar un análisis estructural a una sociedad histórica, ya que fundamentalmente el análisis estructural se concibió y se aplicó en forma sincrónica a sociedades simples y ágrafas. Pero en la década de 1960 se planteaba como posible y como óptimo la aplicación del análisis estructural a las sociedades históricas, atendiendo y resguardando sus especificidades: (a) la producción y reproducción social más compleja y (b) la existencia de la escritura y, por ende, de formas institucionales de discurso: “en la

¹² Ibid, p. 61.

¹³ Morey, Miguel, “Introducción”, Foucault, Michel, *Entre filosofía y literatura*, Obras esenciales vol. I, Barcelona, Paidós, 1999.

sociedad moderna es difícil imaginar algo que no pase, en cierto momento, por la mediación de la escritura”¹⁴. En este sentido, el método foucaultiano permite “develar” las peculiares estructuras que conforman la cultura de las sociedades históricas, vale decir, sociedades discursivas.

A pesar de que la obra de Foucault se nutre de diversas corrientes filosóficas e historiográficas, de que este autor negó reiteradamente que su obra fuera cercana al estructuralismo y de que en sus propios textos utilizó muy pocas veces la palabra “estructura”, se puede considerar un derivado, lejano y especial eso sí, del análisis estructural en el sentido que comparte con éste algunas cuestiones epistemológicas. El análisis estructural parte de la base que los significados culturales de una determinada sociedad se deben considerar producto de específicas relaciones que subyacen a dicha realidad, conformando un campo de relaciones entre elementos que responden a regularidades sociales que el analista debe “develar”. Por tanto, en cada época histórica hay estructuras operando que dan significado al mundo y a los sujetos que viven en él, pero dichas estructuras de relaciones se mantienen veladas para aquellos sujetos.

El analista para estudiar estas significaciones debe realizar dos operaciones básicas: un corte temporal que le permita analizar dicho campo social en un momento histórico determinado, y también la recolección y descripción de un corpus documental, que sea finito y que presente información de nivel “estratégico” para la reconstrucción estructural. Con estas operaciones se puede acceder a la reconstrucción y el análisis de las relaciones que presentan estos elementos y su lógica significativa, determinando sus regularidades y permitiendo al analista situarse *desde el interior*, desde la “situación inmanente”. Si se logra analizar y reconstruir dicho campo social en ese momento histórico, es posible, entonces, acercarse a otros momentos temporales y lograr así interpretar y acercarse al cambio estructural, “ya que el objetivo quizás esencial de la búsqueda semiológica (es decir, lo que se terminará encontrando) es precisamente descubrir el tiempo propio de los sistemas, la historia de las formas”¹⁵: una respuesta tentativa al problema, planteado por tantos autores, de reconciliar el análisis estructural y la historia, la estructura y el devenir.

Esta investigación implica, por tanto, una mirada conceptual específica sobre el pasado histórico, más que una elaboración historiográfica que se guíe por el acopio de

¹⁴ Barthes, Roland, “Sociología y socio-lógica. A propósito de dos obras recientes de Cl. Lévi-Strauss”, Barbano, Filippo et al. *Estructuralismo y sociología*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1969, p. 13.

¹⁵ Barthes, Roland, “Elementos de semiología”, *La aventura semiológica*, Barcelona, Paidós, 1990, p. 81.

material documental enfocado exclusivamente a una lógica histórica como narrativa o linealidad. La investigación está vinculada, entonces, a la visión que tienen los historiadores contemporáneos de la ciencia, en el sentido de que se plantea que la historiografía no es solamente la memoria de una ciencia, sino también el “laboratorio” de la epistemología: “la tarea crítica, aquella que consiste en anular los discursos interiorizadores y reproductores, exige una instalación dentro del contenido de los enunciados científicos. Esa ‘instalación’ no puede ser sino una práctica. He aquí una parte, y no la menor, de la enseñanza de G. Bachelard. O bien callarse sobre una ciencia, o bien hablar de ella desde dentro, es decir, practicándola”¹⁶. Sin desconocer que esta no es una “historia de la ciencia” ni siquiera una “historia de la medicina”, la referencia de G. Canguilhem permite dar cuenta del objetivo teórico de guiarse por el análisis estructural para desarrollar una historia discursiva: para analizar una esfera discursiva es necesario comprender sus mecanismos y elementos, lo que se obtiene generando un *simulacro* de su estructura; es lo que se postula como situarse “desde el interior”, y que Canguilhem, en un llamado a la rigurosidad epistemológica, plantea como “practicar” o “instalarse” en el enunciado mismo¹⁷.

Como se planteó, esta investigación no se desarrolla con un análisis estructural al estilo ortodoxo, sino con un derivado lejano y especial, como es la obra de Michel Foucault, especialmente con su método arqueológico. La arqueología comparte el postulado epistemológico de la historia discursiva, es decir, de la posición central y ordenadora que tienen los discursos en relación tanto a las instituciones sociales como a las subjetividades culturales. Por tanto, habría que renunciar a la posibilidad de estudiar las “cosas reales”, por lo que debemos en cada época estudiar y analizar los discursos que han construido las cosas reales. Por ejemplo: “Sexualidad y locura, no son quimeras, ideologías, prejuicios: todo esto existe, pero es imposible saber qué son, es imposible desprender a la sexualidad o a la locura de las concepciones sucesivas que la humanidad tuvo y separar la cosa en sí y el discurso”¹⁸.

El método arqueológico permite explicitar y analizar los “cuadros formales” o marcos de categorías –que constituyen los discursos- por medio de los cuales se piensa

¹⁶ Canguilhem, Georges, “El papel de la epistemología en la historiografía científica contemporánea”, *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005, p. 23.

¹⁷ Según diferentes estudiosos, el autor G. Canguilhem no pertenece a la escuela estructuralista, sino más bien es continuador de la epistemología de G. Bachelard, sin embargo la convergencia con el análisis estructural, en este caso, es notable. Para un análisis de la noción de “simulacro”, véase Barthes, Roland, Op. Cit., 1990.

¹⁸ Veyne, Paul, “Un arqueólogo escéptico”, Eribon, Didier (dir.), *El infrecuente Michel Foucault. Renovación del pensamiento crítico*, Buenos Aires, Edelp +Letra Viva, 2004, p. 25.

el mundo, se conoce el mundo y se actúa en el mundo, es decir, permite develar lo que se da por verdadero y por adecuado en un momento o situación histórica¹⁹: “Los contemporáneos ignoran esos límites, no ven el frasco en el que están encerrados, ni incluso que hay frasco; al contrario, esos cautivos del discurso creen desplegarse libremente en la verdad y la razón”²⁰.

Para producir este análisis de las condiciones discursivas que generan lo verdadero y lo correcto en una sociedad, Foucault también recurre a la idea de “simulacro” de los mecanismos y de “instalación” en los enunciados del discurso. Y para esto el método arqueológico parte de lo más básico, de cómo existen específicamente los discursos, es decir, ve los discursos en tanto *prácticas discursivas*: “El análisis del campo discursivo se orienta de manera muy distinta: se trata de captar el enunciado en la estrechez y la singularidad de su acontecer; de determinar las condiciones de su existencia, de fijar sus límites de la manera más exacta, de establecer sus correlaciones con los otros enunciados que pueden tener vínculos con él, de mostrar qué otras formas de enunciación excluye”²¹.

En términos metodológicos, la arqueología para llegar a explicitar estos mecanismos, debe analizar las prácticas discursivas de manera que permita dar cuenta de las regularidades que producen y reproducen los enunciados; es hacer su simulacro. Para este objetivo el método se basa en cuatro operaciones básicas, a saber:

Primero, la formación de objetos, que es el régimen que determina en un momento histórico las condiciones sociales de posibilidad para que surjan objetos discursivos, objetos (o sujetos) sobre los que está permitido “decir algo”.

Segundo, el tipo y modalidad de enunciación, que es la regularidad, también relacionada con elementos sociales, que permite la formación de enunciados sobre los objetos discursivos.

¹⁹ Esta afirmación se puede explicar mejor si se acude a la metáfora del “gato encerrado”. Según ésta, los modernos siempre han sospechado que en la modernidad hay “gato encerrado”, pero han tendido a dar cuenta de dicha sospecha sobre la base del por qué el gato está encerrado: alienación, explotación, racionalización, represión cultural, etc. En cambio, Foucault da un giro a la pregunta y se plantea cómo el gato está encerrado, lo que implica dar cuenta de los mecanismos por los cuales el gato se encuentra encerrado y de qué manera el gato es gato por el hecho de estar encerrado. Pero lo más interesante de destacar de esta metáfora, es el hecho de que el gato que está encerrado y definido por su encierro no son solamente los dominados y explotados por un sistema social determinado, más bien lo gatos que se encuentran encerrados por el discurso son tanto los dominados como los grupos dominantes y privilegiados. Sobre esta metáfora, véase Savater, Fernando, “Lo abierto y lo cerrado en Michel Foucault”, *Ética como amor propio*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1998.

²⁰ Veyne, Paul, Op. Cit., 2004, p. 25.

²¹ Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 2003, p. 45.

Tercero, la formación de conceptos, que son las reglas de integración y exclusión de enunciados que permiten construir marcos de categorías.

Y cuarto, las elecciones temáticas y las estrategias teóricas, que son las regularidades que permiten generar campos temáticos e ideológicos más amplios donde se mezclan las prácticas discursivas con otros ámbitos políticos, económicos y psicoanalíticos.

Entonces: “En el caso de que se pudiera describir, entre cierto número de enunciados, semejante sistema de dispersión, en el caso de que entre los objetos, los tipos de enunciación, los conceptos, las elecciones temáticas, se pudiera definir una regularidad (un orden, correlaciones, posiciones en funcionamientos, transformaciones), se dirá, por convención, que se trata de una *formación discursiva*, evitando así palabras demasiado preñadas de condiciones y de consecuencias, inadecuadas por lo demás para designar semejante dispersión, como ‘ciencia’, o ‘ideología’, o ‘teoría’, o ‘dominio de objetividad’”²².

Estos niveles de formación discursiva constituyen para cada época histórica una regularidad en la producción y circulación de los enunciados, que van estableciendo lo que puede decirse, cómo puede decirse, quiénes pueden decir y lo que es correcto decir. Y esto en variados dominios de objetos, por lo que las formaciones discursivas son dispersas y múltiples en cada momento histórico. Dispersas y múltiples tanto internamente como entre ellas. La idea de regularidad discursiva no hay que pensarla en términos de una gran capa homogénea que cubre las “cosas reales”, sino como mecanismos –que tienen una lógica discursiva-, y como ciertas condiciones de posibilidades y relacionamientos –que son sociales-, que permiten ir construyendo diversas *objetivaciones sobre los objetos o sujetos*. El sujeto individual o social se transforma en objeto “designado, catalogado, conceptualizado” porque es “tomado” por una regularidad discursiva. Por tanto, un “arqueólogo de discursos” sería aquél etnólogo del pasado histórico que pretende develar las reglas específicas que producen los enunciados objetivadores en un momento histórico determinado.

Sobre la base de este encuadre conceptual, esta investigación de tesis se encamina a un tipo particular de análisis arqueológico. Este análisis arqueológico está enfocado al *discurso que habita el y en el hospital*. Un discurso que habita el hospital: los espacios, los lenguajes, los objetos, los sujetos, todo aquel establecimiento formando parte de la realidad discursiva. Un discurso que habita en el hospital: la realidad

²² Ibid, p. 62.

discursiva también es construida y posibilitada por las condiciones sociales específicas del hospital, no puede presentarse sólo como un sentido que vendría “desde afuera”, son mecanismos situados en aspectos sociales muy concretos. Es el discurso que existe y está inserto en dicho espacio hospitalario, un régimen social particular y un fragmento de una formación discursiva mayor que existía en aquel período.

Esto tiene que ver con las específicas coordenadas de la investigación, a saber: primero, es una investigación histórica referida exclusivamente a un espacio social y, también, concreto, como es el Hospital San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile (espacialidad); segundo, es una investigación que toma como marco temporal los años de 1830 a 1870, es decir, un corte muy preciso dentro del siglo XIX (temporalidad); y tercero, al tener aquellas coordenadas espaciales y temporales, esta investigación está obligada a analizar sólo ciertos aspectos discursivos particulares a dicho espacio y tiempo, pero nunca podría estudiar una formación discursiva completa, ya que un sistema total de enunciados no puede, en general, pertenecer y funcionar (y, por ende, analizarse) únicamente en un espacio tan delimitado y en un tiempo tan limitado (estructuralidad).

Por tanto, hacer la historia discursiva de la enfermedad en el Hospital San Francisco de Borja implica, en primer lugar, enfocarse en determinar y establecer las prácticas discursivas en sus niveles más básicos, es decir, al nivel de la formación de objetos; los mecanismos que permiten que ciertos sujetos y fenómenos se constituyan en objetos discursivos. En segundo lugar, entregar coordenadas generales sobre el tipo y el encadenamiento de los enunciados, es decir, sobre las modalidades que permiten que al interior del hospital aquellos objetos reciban una enunciación. En el caso del hospital en la época estudiada, los enunciados que se encuentran circulando en su interior provienen de: la medicina, la política y la administración, la caridad, y la arquitectura.

Entonces, esta investigación produce la descripción y el análisis completo de un sólo régimen de formación discursiva y del nivel siguiente aparecen las coordenadas generales. En este sentido, esta no es una historia discursiva integral, sino más bien unos *elementos de arqueología*: un ejercicio estructural y no un análisis acabado²³. Pero, este trabajo historiográfico, al enfocarse en los niveles más básicos de la discursividad, tiene una perspectiva privilegiada para analizar los mecanismos elementales, y por ello mismo fundamentales, por los cuales surgen las objetivaciones sociales.

²³ Podría decir también *una arqueología moderada*.

En resumen, esta historia de la enfermedad implica analizar los efectos simbólicos de la medicalización y la moralización, por ende, procuraré situarme *desde el interior* de las relaciones entre prácticas médicas, moralidad y espacio de hospitalización, es decir, desde el interior de una estructura de objetivación, de un entrecruce de la verdad y la norma sobre la mujer enferma. Como un etnólogo que se sienta a tomar nota en las salas del hospital y que se pregunta, y que constituye mi problema de investigación: ¿cuáles son los mecanismos elementales que permiten que se forje una objetivación por sobre y a pesar de las mujeres enfermas?²⁴.

Porque finalmente entrar a un Espacio es entrar a un Discurso y entrar a un Discurso es entrar a una Subjetividad.



²⁴ Un pregunta interesante y relacionada, para investigaciones futuras, es: ¿será una objetivación que al final del recorrido, al final de esta *época*, será parte de las propias identidades de las mujeres?.

2. El hospital y el orden político

NATURA SANAT, MEDICUS CURAT

Uno de los problemas más complejos que enfrenta la historiografía médica al estudiar el período decimonónico en Chile, consiste en lograr deslindar de manera consistente los ámbitos históricos donde es posible observar estructuras y procesos marcados por la modernidad científica y cultural. Después de más de dos siglos de vida colonial, es una tesis común de los historiadores contemporáneos el que dicho pasado no se pudo “desvanecer” de forma sencilla por la nueva vida republicana. Pero este postulado, hoy en día casi universalmente aceptado por la historiografía nacional, adquiere características particulares cuando se trata de la investigación histórica de las instituciones médicas, en dos sentidos: en primer lugar, porque se trata de estudiar aspectos históricos donde se debe reconocer y diferenciar los signos de la modernidad en su sentido cultural, es decir, como razón y como ciencia, por tanto es una tarea que nos remite a los grandes problemas de la definición de la cultura moderna; en segundo lugar, porque es difícil hablar de historia de la medicina como totalidad, ya que se deben analizar, diferenciar e interrelacionar distintos ámbitos institucionales, sociales y culturales que presentan sus propias lógicas y comportamientos; cada análisis histórico debería tener en cuenta el nivel en donde se ubica y la relación de éste con los otros niveles.

Sobre estos niveles se pueden mencionar: el nivel de la jurisdicción y el control médicos – el Tribunal del Protomedicato es la institución más representativa al respecto; el nivel de los establecimientos de asistencia médica y caridad – las Juntas de Beneficencia, Hospitales y Hospicios desempeñan aquí el papel central-; el nivel del conocimiento científico y la enseñanza académica médica – la escuela de medicina, las memorias científicas, las revistas médicas y congresos-; el nivel de la higiene pública y la salud colectiva – en este ámbito destacan las acciones estatales y particulares destinadas a la higiene urbana, seguridad alimentaria y control de las epidemias, que constituyó el tema central de la medicina nacional después de 1870.

Ricardo Cruz-Coke es uno de los representantes más destacados de la escuela de historia de la medicina que se inicia con la obra de Enrique Laval, y como tal recoge el complicado tema que ronda a dicha producción historiográfica y a la historiografía nacional en general, que se refiere a la característica transicional del siglo XIX chileno respecto de lo colonial y de lo propiamente moderno. Pero además, se hace parte de un enfoque histórico que se designaría como “historia total de la medicina”, es decir, una producción historiográfica que tiene una mirada totalizadora, abarca todos los niveles señalados. Partamos con una breve exposición de este enfoque histórico como una manera de contextualizar los planteamientos historiográficos vigentes –y hasta hace poco dominantes- relacionados con el ámbito hospitalario.

Cruz-Coke parte del principio histórico de que el nuevo orden republicano tuvo que iniciar sus acciones sanitarias sobre la base de las antiguas instituciones coloniales, como ocurrió en la mayoría de las situaciones políticas y sociales que hubo de enfrentar la joven república. En el plano médico y asistencial, esto implicaba mantener los modelos sanitarios del pasado: las autoridades republicanas basaron su desempeño sanitario en las existencias de hospitales e instituciones de control médico que habían sido fundadas, principalmente, durante el siglo XVII y XVIII; entonces, las instituciones médicas van a continuar con un carácter colonial por varias décadas “por lo que culturalmente la época hispánica se extendió hasta bien entrado el nuevo siglo, durante toda la época del romanticismo y de la Independencia”²⁵.

Un ejemplo de este mantenimiento tradicional es sin duda el Tribunal del Protomedicato, la autoridad médica principal de la sociedad colonial, que tenía amplias atribuciones políticas y jurisdiccionales sobre la profesión médica, aranceles médicos, examinación de cirugía, flebotomía, obstetricia y farmacia, revalidación de títulos, e incluso tribunal de primera instancia en casos de negligencia, falta de probidad y transgresión profesional. Cruz-Coke escribe a propósito del Tribunal del Protomedicato en el siglo XIX: “La influencia del largo período colonial iba a continuar durante casi todo el siglo XIX, sin que los gobiernos republicanos pudieran reemplazar dichas instituciones”²⁶.

A partir de esta situación histórica de base toda la historia decimonónica de la medicina consiste, según Cruz-Coke, en cómo fueron reemplazadas o modificadas las instituciones coloniales, algo que a grandes rasgos se denomina *modernización*.

²⁵ Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Santiago, Editorial Andrés Bello, 1993, p. 248.

²⁶ *Ibid*, p. 307.

Es durante las décadas de 1820 y 1830, también, cuando comienzan a llegar a Chile los primeros médicos extranjeros del período republicano: Manuel Julián Grajales, Juan Miquel, Nataniel Cox, entre otros precursores, y luego los famosos Guillermo Blest y Lorenzo Sazie. Estos médicos extranjeros tienen la función histórica principal de entregar las herramientas teóricas y técnicas para el proceso de reemplazo y modificación institucional: “El viejo orden colonial fue destruido y se inició la fundación de las bases de una nueva medicina republicana, que iba a usar algunos moldes viejos, pero renovados, y a crear nuevas instituciones inspiradas en el liberalismo naciente del romanticismo europeo”²⁷.

Desde aquella época de los primeros médicos extranjeros, que lleva al establecimiento del Curso de Medicina de 1833, lo que ocurre en la historia decimonónica de la medicina es básicamente la preeminencia creciente del saber técnico-científico en el proceso de reestructuración y modificación institucionales. Así queda demostrado en los mejoramientos asistenciales y hospitalarios introducidos por los médicos, la institucionalización universitaria de la formación de médicos, la consolidación de un estamento médico profesional y académico de origen nacional, la fundación de nuevos hospitales, la creación de la Sociedad Médica de Santiago (1869) y la Revista Médica de Chile (1872). En palabras de Cruz-Coke: “Como consecuencia de estas profundas transformaciones culturales y sociales que suprimieron los últimos vestigios coloniales, el desarrollo de la medicina en Chile tomó un curso acelerado en un gran proceso de expansión del número y la calidad de los nuevos médicos, que asumían con fervor la tarea de construir una medicina nacional dentro de un espíritu liberal y positivista”²⁸.

Este proceso concluye, sin duda, con el último eslabón del desvanecimiento colonial, como es el reemplazo del Tribunal del Protomedicato a partir de las competencias académicas de la Universidad de Chile, las competencias judiciales de los Tribunales Ordinarios de Justicia (1875) y, hacia fines del siglo XIX, la creación de las competencias sanitarias del Consejo Superior de Higiene (1889).

Por tanto, esta explicación general de un camino modernizador lento pero constante de las instituciones médicas y asistenciales, tiene una hipótesis clara, una dirección del camino: esta modernización tiene relación directa con acciones políticas e institucionales: el cambio hacia una situación sanitaria moderna en la sociedad chilena

²⁷ Ibid, p. 275.

²⁸ Ibid, p. 395.

está dada por el impulso que recibe de dos actores institucionales: el Estado (gobierno, parlamento, legislación) y el grupo profesional médico (médicos extranjeros y chilenos). Es decir, de momento que la situación sanitaria es un problema político del siglo XIX, su superación implica el emprender acciones racionales y voluntarias para crear una “medicina nacional”, vale decir, implementar estrategias que permitan acceder, no sin problemas pero progresivamente, a un estado sanitario óptimo al interior de la nación.

Lejos de pretender agotar un debate historiográfico que será discutido a lo largo de este trabajo, y sin desmerecer los aportes de las historias totalizadoras, es importante resaltar los problemas que trae consigo esta visión del desarrollo histórico de la medicina. Primero, la ausencia de un análisis específico de las lógicas culturales que existen en cada nivel social donde se desenvuelve el saber y las prácticas de la medicina. Segundo, esta mirada totalizadora para ser efectiva analíticamente debe recurrir a modelos conceptuales que se basan en la continuidad progresiva de las formas sociales hacia estados de mayor perfección: “la totalidad del pasado se representa (...) como una suerte de plano continuo dado sobre el cual se puede desplazar, según el interés del momento, el punto inicial de un progreso cuyo término es, precisamente, el objeto actual de ese interés”²⁹.

Por tanto, esta investigación al referirse a un hospital entre 1830 y 1870 está inserta en “un nivel” de la historia de la medicina del siglo XIX, pero es importante para el objetivo de un análisis arqueológico separarse de las miradas totalizadoras hacia el pasado histórico, sobre todo porque el énfasis de este estudio está en los patrones culturales particulares que puedan definir una “historia de la enfermedad en el Hospital San Borja”.

Disciplinamiento social y casas de objeto público

Uno de los aspectos relacionados con la enfermedad es la vinculación muy estrecha que existe entre las acciones y concepciones en torno a la enfermedad y el fenómeno denominado “disciplinamiento”, sobre todo a nivel de los establecimientos de asistencia médica.

²⁹ Canguilhem, Georges, “El papel de la epistemología en la historiografía científica contemporánea”, *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005, p. 19.

La anterior afirmación se desprende de las múltiples investigaciones que se han emprendido en el campo historiográfico contemporáneo llamado “historia social y cultural”. Bajo este enfoque histórico los hospitales, en tanto establecimiento-para-pobres, se encontrarían insertos dentro de las estrategias políticas y sociales que configurarían los gobernantes y grupos dominantes hacia los sectores populares o “bajo pueblo”³⁰.

Según estos enfoques, el “disciplinamiento” ha sido una de las estrategias predominantes para el control político y socioeconómico de los grupos populares y marginales, el cual se remontaría a la sociedad colonial. La transformación de la estructura económica en el siglo XVIII habría llevado a la conformación de grupos marginales con una alta movilidad espacial; es el problema de la vagancia. Este problema se encuentra en el origen de las preocupaciones del discurso ilustrado por el vagabundeo, y la necesidad correlativa de castigo y corrección para aquellos grupos itinerantes, difíciles de dominar.

Alejandra Araya realiza un documentado estudio que se preocupa de analizar el proceso de emergencia de estas preocupaciones y acciones en el orden discursivo del siglo XVIII –podría decirse de la “época borbona”- a partir de esta problemática social, y el desarrollo consiguiente de una objetivación de los grupos ilustrados hacia la figura del vagabundo, transformándolo en el “ocioso vagabundo”, sujeto peligroso e improductivo. Esta investigación instala una discusión y un enfoque que podría llamarse “historia antropológica”, lo que por lo demás es bastante interesante ya que en el centro de las problematizaciones del último período colonial, estaba la reacción y el miedo frente al “otro”; la “otredad”, lo distinto a la sociedad oficial, fue identificada en el vagabundo, en el ocioso y en el marginal: “Esta población libre se hizo numerosa y diversa a los ojos de las capas dominantes. En una sociedad colonial, la dominación es un problema crucial y doblemente cuando el objeto de control es numéricamente mayor y se percibe como otro ‘distinto’. Se produjo, entonces, una reacción violenta y miedosa desde las capas dominantes hacia el segmento de la población asociado a libertad,

³⁰ Para ningún historiador de la medicina es desconocido que el hospital era un establecimiento-para-pobres, pero el análisis específico de su inserción en las estrategias de control político y social es propio de los “historiadores sociales”. Para consultar la investigación de mayor relevancia de este tipo de análisis, véase Illanes, María A. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia (...). Historia social de la Salud Pública. Chile 1880 /1973*. Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

mestizaje y peonaje que encarnó en el concepto de ‘plebe’, un concepto antiguo que cobró nueva fuerza y sentido. La ociosidad se objetivó en la ‘plebe’”³¹.

Estas problemáticas políticas y acciones de castigo y control hacia aquella “otredad” en el siglo XVIII, está a la base de las estrategias de control social que se desarrollarán en el siglo XIX, por tanto se podría plantear que existe una importante vinculación entre las problematizaciones y objetivaciones ilustradas del último siglo colonial y los planteamientos y acciones de la autoridad republicana, sobre todo en el ámbito de las valoraciones que determinaban la identificación de los grupos considerados peligrosos, aunque la nominación tendió a variar: “los funcionarios públicos del siglo XIX se refirieron a ellos no como ‘vagabundos’ (como lo habían hecho antes los funcionarios del Rey), sino como ‘peones’, ‘gañanes’, o ‘peones-gañanes’”³².

Frente a esta realidad popular identificada y problematizada por las autoridades republicanas, la estrategia de control que se implementó fue generalmente lo que se conoce como “disciplinamiento”. Es difícil precisar una definición única a este fenómeno histórico ya que es un término genérico, por lo que es más apropiado señalar sus manifestaciones sociales para poder así dar cuenta de sus características principales.

El mecanismo primario y más evidente de este disciplinamiento de los sectores populares desarraigados que se observa en la sociedad decimonónica es el “garrote”, es decir, el castigo físico y humillante infligido a quienes no obedecen o no se adecuan a los mandatos de la autoridad y de los grupos dominantes en variados ámbitos sociales: economía, ámbito doméstico, espacio público, costumbres religiosas, etc. Aunque es el medio más básico en la sociedad del siglo XIX, su importancia no es menor, ya que revela lo generalizada que era esta estrategia y el escaso nivel de desarrollo que tenían medios más sofisticados de control social³³.

Este disciplinamiento por la fuerza y el castigo corporal se establecía principalmente, en tanto acción estratégica y relevante en el período, como una forma de consolidar una fuerza de trabajo en los inicios de un capitalismo liberal, es decir,

³¹ Araya, Alejandra, *Ociosos, vagabundos y malentretenidos en Chile Colonial*, Santiago, Dibam / LOM, 1999, p. 18.

³² Salazar, Gabriel, *Labradores, peones y proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*, Santiago, Ediciones SUR, 1985, p. 149.

³³ Sin embargo, Neira plantea que en dicho período se postulaban medios sofisticados de control social, como el teatro. Así, un decreto de 1832 señalaba que “... con el atractivo de un inocente pasatiempo, se inculquen lecciones de virtud y patriotismo, y se ponga á los ojos de los espectadores la deformidad de las acciones viciosas...”. Neira, Marcelo, “... palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 1998, p. 100.

generar una “domesticación social”, para provecho de la valorización del capital, en los grupos de peones que se presentaban a las faenas y que se mostraban refractarios a las normas de la producción capitalista³⁴. Aunque, en su génesis histórica, este disciplinamiento con objetivo laboral es proveniente del mundo colonial, puesto que el discurso sobre la ociosidad es también un discurso sobre la productividad.

Sin embargo, el disciplinamiento incluye otras formas sociales que tienen una importancia cultural muy relevante en la conformación de la sociedad chilena decimonónica. Al ser el antecedente de la problemática de la “domesticación social” las preocupaciones y acciones de la administración borbona y la sociedad colonial respecto al proceso de movilidad espacial, se asumió que debían desarrollarse “medidas de disciplinamiento social que tendieron a ordenar a la ‘plebe’ ociosa y viciosa por naturaleza, insertándola en relaciones de dominio personal: asiento de trabajo obligatorio, inquilinaje y servidumbre doméstica”³⁵ –medidas que tienen un antecedente más lejano aún, quizás, en la institución de las encomiendas.

Es decir, frente al problema de la movilidad espacial se aplicaba, se podría decir, una “asignación espacial y patronal”. Por ejemplo, en el caso de las mujeres que cometían delitos menores o faltas a la moral, la estrategia dominante en la primera mitad del siglo XIX, fue recluirlas en la Casa Correccional, pero sólo como castigo temporal y subsidiario, ya que el objetivo disciplinario último era asignar a las transgresoras a una “casa formal”, donde se las acogiera, pudieran trabajar y adquirir buenas costumbres³⁶.

Es, por tanto, en este contexto y bajo estos mecanismos de control espacial y social donde emergen las *Casas de objeto público*. Las “casas de objeto público” son una categoría que se registra en el Censo de 1813³⁷. Existe poca información sobre los criterios precisos que permitieron su reunión, pero aparece con claridad la condición social de estas edificaciones: ser casas que albergan a individuos externos y/o permiten su tránsito, para desarrollar una actividad o brindarles un servicio. De esta condición

³⁴ Sobre este punto, véase Illanes, María A. “Azote, salario y ley. Disciplinamiento de la mano de obra en la minería de Atacama”, *Proposiciones* N° 19, Julio 1990.

³⁵ Araya, Alejandra, “Aproximación hacia una historia del cuerpo. Los vínculos de dependencia personal en la sociedad colonial: Gestos, actitudes y símbolos entre Elites y Subordinados”, *Monografías de Cuadernos de Historia N° 1, Historia de las mentalidades, Homenaje a Georges Duby*, Santiago, Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile, 2000, p. 83.

³⁶ Sobre este tema, véase Neira, Marcelo, “Castigo Femenino en Chile durante la primera mitad del siglo XIX”, *Historia* N° 37, Vol. II, Julio – Diciembre 2004.

³⁷ Para la presentación de esta categoría, véase Franulic, Fernando, “Las casas de objeto público: Interior y exterior de un modelo de control social – urbano (Santiago de Chile, siglo XIX)”, *Revista de Diseño Urbano y Paisaje* N° 5, Año 2, 2005.

social general, se desprenden dos aspectos históricos: primero, que este servicio o actividad que se desarrollaba en su interior estaba directamente implicado en las políticas de control espacial y social, ya que, como se verá, estas “casas” tenían directa relación con la “domesticación social” y la “moralización” de las masas marginales³⁸; y segundo, eran, se podría decir, un símil lejano de las actuales instituciones de la “red público – privada” de asistencia social, pero por su falta de organicidad y estructuración administrativa, no todas confluían hacia la burocracia pública o a una política coherente del Estado. Para la época son simplemente casas, diferentes a las casas de familia, pero unas *casas* al fin.

El Censo de 1813 es muy explícito y analítico en la clasificación que realiza de estas casas. Indica en esta categoría los siguientes tipos de edificios³⁹:

Primero, los Edificios religiosos, seculares (parroquias, iglesias) y regulares (conventos, monasterios).

Segundo, las Cárceles, Presidios y Casas de Corrección.

Tercero, los Hospitales, Hospicios y Casas de Expósitos.

Cuarto, las Casas de Educación: Escuelas de primeras letras, Aulas de latinidad, Colegios, Academia y Universidad.

Quinto, las Fábricas.

A pesar de que el mismo Censo de 1813 establece subcategorías atendiendo al valor funcional de cada una de estas “casas”, se puede plantear que todas mantienen un patrón cultural similar, que se puede resumir como la integración de la *asistencialidad* y de la *penalidad*. Se asiste al desposeído pero también se lo castiga, se brinda ayuda y protección a cambio de control y obediencia.

En este sentido, la importancia y el desarrollo que adquieren las “casas de objeto público” en el siglo XIX tiene relación con la reconfiguración del discurso ilustrado, que comienza a adquirir los nuevos elementos de la modernidad cultural europea, como también se empieza a redefinir el rol de la caridad en el progreso social⁴⁰. Así, en la Introducción al Reglamento de la Casa Correccional (ca. 1830-1831) se señala:

³⁸ Así, las Constituciones Políticas de 1828 y 1833 conciben estas “casas” agrupadas estrechamente en el artículo sobre “Deberes de las Municipalidades”, y otros muchos documentos de la época se plantean en los mismos términos.

³⁹ *Censo de 1813, levantado por Juan Egaña, de orden de la Junta de Gobierno formada por los señores Pérez, Infante y Eyzaguirre*, Santiago, Imprenta Chile, 1953.

⁴⁰ Sobre este punto, véase Neira, Marcelo, “... palo y bizcochuelo ...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 1998, pp. 97 y ss.

“Ha sucedido el siglo en que la filantropía ha subrogado á la fiereza, y las virtudes benéficas á las heróicas atrocidades, con la diferencia de que estas se ejercen con fatiga, disgusto deshonor y responsabilidad, al paso que la beneficencia solo cuesta el trabajo de querer, pero de veras y con sinceridad”⁴¹.

Por tanto, el disciplinamiento hacia la “plebe” incluye, en el siglo XIX, tanto la represión y el castigo físico, que se mantiene durante todo el período decimonónico (y más allá), como el encierro en alguna “casa de objeto público”. Y este fenómeno del encierro es el que permite que dichas casas adquirieran un lugar específico en el orden político: por un lado, se vincula a la preocupación y problematización que se hacía de la movilidad espacial y de la ociosidad; y por otro lado, respondía a los discursos de las autoridades republicanas, de la Iglesia y de la elite ilustrada, en relación a la importancia estratégica que debían tener los “establecimientos piadosos” en la corrección moral y control social de la plebe.

Estos aspectos son los que permiten establecer que, a nivel del orden político y sus discursos, existe una conexión íntima entre caridad y disciplinamiento: “El orden social antiguo descansaba sobre dos pilares: el palacio y el hospicio. El equilibrio histórico de ese orden social se recreaba en la unidad de la miseria y la misericordia; del látigo y la lástima; del desprecio terrenal y el amor celestial. El fundamento del vínculo de las clases sociales se daba en la relación dialéctica entre la explotación y la compasión. Junto al solar patronal se levantaba la institucionalidad social privada de los orfanatos, asilos, hospicios, hospitales de pobres y dispensarios, financiados por las erogaciones particulares y testamentos de las grandes figuras de la aristocracia, encargándose a la Iglesia, y especialmente a las monjas, el ejercicio directo de la misericordia social. Imposible entender la dominación sin la caridad”⁴².

Entonces, la relación entre caridad y disciplinamiento se expresaría, también, en el Hospital, en tanto que es una casa de objeto público⁴³. Asunto que no ha sido analizado por la mirada totalizadora de la historia tradicional de la medicina, en ese sentido este enfoque histórico no logra explicar las lógicas sociales que subyacen en este nivel en particular: el asilo.

⁴¹ Citado en Neira, Marcelo, Op. Cit., 1998, p. 98.

⁴² Illanes, María A. *En el nombre del Pueblo...*, Op. Cit., 1993, p. 21.

⁴³ La forma discursiva que presentaría dicha relación en el Hospital San Borja, será analizada en la parte 4 y 5 de esta Tesis.

De la beneficencia y el régimen portaliano: el asilo

El Censo de 1813 viene a representar en Chile la culminación de un proceso y el inicio de otro. Este acontecimiento administrativo es un eje entre dos procesos de modernización: por un lado, es el reflejo de la serie de fundaciones de las burocracias borbonas y de la elite ilustrada en el *siglo de los asilos*, y por otro lado, es la manifestación (censal) de las existencias y, por ende, de las intenciones de avance que tenía la nueva república en el ámbito de la beneficencia. Este último punto queda manifestado, también, por variados escritos de los ideólogos de la Independencia con respecto al tema de la filantropía, la caridad o la beneficencia, pero también conecta con un problema más complejo, que es la inserción que tuvo este ámbito de la beneficencia en el proceso de construcción del estado nacional.

Tradicionalmente se ha concebido al “régimen político” que funda Diego Portales y la Constitución Política de 1833 como el inicio formal del Estado Nación en Chile (esto simplificando algunas de las argumentaciones). Es decir, en la década de 1830 comenzaría a desarrollarse un estado fuerte, centralizado y estructurado administrativamente que permitió una estabilidad política en Chile pocas veces interrumpida⁴⁴. En cambio, la interpretación contemporánea de A. Jocelyn-Holt plantea un enfoque historiográfico que complejiza la visión que se tenía sobre el “régimen portaliano”.

El problema de la definición política del período está en la importancia asignada al estado, que normalmente se ha pensado como una institucionalidad fuerte y estructurada a la manera de un aparato burocrático. Sin embargo, el historiador Jocelyn-Holt plantea que “el perfil del país durante toda la centuria fue la persistencia del orden social y con ello el predominio de la elite tradicional (...) Lo que suele aparecer como estado, por tanto, no es más que un poder oligárquico que tiende a confundirse con una estructura supuestamente impersonal. El estado como tal no era otra cosa que un instrumento al servicio de una elite social cuya base de poder residió en la estructura social más que en el aparato propiamente estatal...”⁴⁵.

⁴⁴ Por ejemplo, Collier y Sater concuerdan con esta idea de la estabilidad política de Chile, pero agregan otros factores como la situación geográfica y racial del país. Cf. Collier, Simon y Sater, William, *Historia de Chile 1808 – 1994*, Madrid, Cambridge University Press, 1999, pp. 56 y ss.

⁴⁵ Jocelyn-Holt, Alfredo, “Estado, cultura y nación en el Chile decimonónico”, *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago, Planeta / Ariel, 1997, pp. 27-28.

Entonces, lo que funda el régimen portaliano, no es un tipo de aparato estatal poderoso, sino básicamente el refuerzo a un orden social tradicional que existía en la sociedad chilena. El orden político para Portales implica un orden residual o incompleto: se produce a medida que las propuestas normativas de orden político, es decir, aquellas que nacen de los preceptos republicanos y racionales, son ineficaces o inútiles para la construcción de la república, y, por otro lado, a medida que el orden tradicional, es decir, aquel que proviene de la sociedad señorial, se muestra muy eficaz en la conservación del poder político. Lo que implica que en términos políticos sea la mantención del poder tradicional lo que interese y no un proyecto de estado nacional: “El orden social, entendido como *peso de la noche* opera porque el orden propiamente tal, el liberal, no existe o carece de ‘hombres’ que lo puedan hacer posible”⁴⁶.

Con el advenimiento del régimen portaliano la conexión entre disciplinamiento y caridad se mantuvo y se reforzó, por lo que el bajo pueblo recibió el “garrote” o entró a un “asilo”. En general, se considera la caridad como el medio más eficaz para la “moralización” de la plebe, tal como se había concebido en las obras piadosas del *siglo de los asilos*, aunque en el orden portaliano esta “moralización” se desarrolló con ciertas particularidades, ya que junto a la moral religiosa emerge una moral cívica o republicana⁴⁷.

Pero además, la necesidad de mano de obra para la producción capitalista, le da un carácter especialmente violento al disciplinamiento. Es en este sentido que G. Salazar habla de un “proyecto mercantil – pelucón”: “Como la integración mercantil hacia fuera descuidó e incentivó la diferenciación social hacia adentro, la armonía conquistable en lo exterior requería imponer, a la inquieta diferenciación, un adecuado ‘orden interior’. Pero disciplinar la diferenciación sin usar la integración sólo era posible por el manejo sincopado de *discursos* retóricos de ‘orden’ con violencia real de *represión*. Y esta fue la función histórica del ‘grupo estancero’ de Portales”⁴⁸.

Así, Manuel de Salas en la década de 1830 escribía en un Oficio al Intendente de Santiago sobre la Casa Correccional:

⁴⁶ Jocelyn-Holt, Alfredo, “El peso de la noche, la otra cara del orden portaliano”, *El peso de la noche...*, Op. Cit., 1997, p. 151.

⁴⁷ Sobre este punto, véase Jocelyn-Holt, Alfredo, “La República de la Virtud: Repensar la cultura chilena de la Época de la Independencia”, *El peso de la...*, Op. Cit., 1997.

⁴⁸ Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, *Historia Contemporánea de Chile I. Estado, legitimidad, ciudadanía*, Santiago, LOM, 1999, p. 133.

“...podría proveerse por V.S. y demas autoridades a la necesidad de apartar de la corrupción y vagancia, tantos jóvenes y mugeres, que así se haran honrados artesanos, buenos ciudadanos, y madres de familia virtuosas”⁴⁹.

En el plano específico de la relación entre el hospital y la asistencia médica, por un lado, y el orden político, por el otro, es evidente que todas las medidas “portalianas” apuntaban a remediar todos los “desórdenes” que habían causado las guerras de la Independencia y la introducción de los discursos liberales que resultaron ineficaces como orden republicano e ilustrado. Estos “desórdenes” tenían relación con las siguientes situaciones:

Primero, las mismas guerras generaron una inevitable alteración de la asistencia hospitalaria, ya que los dos hospitales de la capital se transformaron en hospitales de sangre, y el Hospital San Borja de manera más permanente⁵⁰.

Segundo, en 1823 se decretó la secularización de los hospitales de Chile, lo que significaba que ya no estuvieran regentados por la Orden de Religiosos de San Juan de Dios y que pasaran a una administración laica. Este fue el caso del Hospital de San Juan de Dios que había sido fundado en 1617. Sin embargo, esta medida se relaciona con otras reformas a los bienes eclesiásticos y al clero regular, que en alguna medida afectó a casi todos los “establecimientos piadosos”.

Tercero, desde el comienzo del proceso de Independencia se inician diversos intentos de introducir una enseñanza médica en el Instituto Nacional, lo que da origen una serie de debates y querellas entre el cuerpo médico, lo que conduce, finalmente, a ninguna aplicación concreta de un programa de estudios

Cuarto, a partir de 1820 comenzaron una serie de cambios de la institución y autoridad del Protomedicato, que era una antigua institucionalidad medieval española reformada por los Reyes católicos, y que representaba, a los ojos de los políticos republicanos, un resabio del absolutismo colonial.

Este tribunal funcionaba localmente como una instancia unipersonal, y tenía funciones consultivas, administrativas, académicas y judiciales sobre variados temas, como regulación del ejercicio médico, aranceles médicos, validación y certificación de títulos, examinación de medicina, cirugía y farmacia, Tribunal de primera instancia en casos de transgresión profesional, entre otros. Los gobiernos republicanos cambiaron

⁴⁹ Citado en Neira, Marcelo, Op. Cit., 1998, p. 98.

⁵⁰ Algunas enfermas fueron enviadas a la Casa de Huérfanos por un tiempo.

este tribunal por diferentes instituciones, algunas de escasa duración⁵¹. Entre ellas se encuentra la “Sociedad Médica”, un cuerpo colegiado que agrupaba a todos los facultativos titulados de la capital, y que permitía la discusión de las políticas de salud pública al estilo de una asamblea gremial, muy propia de los principios del liberalismo europeo.

Por lo que desde 1818 “este vaivén de programas, reformas y discusiones por un lado, y por el otro, de indiferencias y de necias creencias, en medio del abatimiento general que encadenaba las alas de la prosperidad intelectual, pasaron los primeros años de la independencia”⁵².

Frente a este panorama “desarreglado” lo primero que hacen los triunfadores de la Batalla de Lircay es reestablecer la institución más propia de la medicina y salubridad coloniales. Un decreto firmado por Ovalle y Portales el 27 de abril de 1830 señala que la Sociedad Médica “*no puede llenar los objetos de su institución, ya por la extensión que se dio al número de sus vocales, ya por haberse limitado las facultades que debía tener al igual de las del antiguo Protomedicato á quien subroga*”, por tanto “*se restablece el Protomedicato con todas sus atribuciones y reglamentos á excepción de la forma designada en los artículos siguientes*”⁵³.

Esto implicaba, entonces, que una institución colonial debía, por decisión política, regular el ejercicio y asistencia médicas en el “orden republicano”, salvo la pequeña modificación a que se refieren los artículos incluidos en el decreto: el Tribunal del Protomedicato estaría compuesto por un cuerpo colegiado, cuyos miembros serían elegidos por el gobierno⁵⁴.

La segunda medida “portaliana” se refirió al control de los hospitales y asilos⁵⁵, también afectados por los desarreglos y desórdenes que habían producido administraciones laicas poco escrupulosas. Así, el 18 de diciembre de 1832 el ministro Joaquín Tocornal firmaba un decreto que determinaba que “*La casa de expósitos i cada uno de los hospitales de esta ciudad tendrá un jefe, con la denominación de*

⁵¹ Sobre los pormenores de estos cambios institucionales, véase Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904, pp. 330 y ss.

⁵² Ferrer, Pedro L., *Historia General...*, Tomo I, Op. Cit., 1904, p. 332.

⁵³ Decreto que restablece el Protomedicato, Santiago, 27 de abril de 1830, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889.

⁵⁴ El primer tribunal quedó compuesto por: Guillermo Blest, como presidente y profesor de medicina, Nataniel Cox, como examinador y profesor de cirugía, Vicente Bustillos, como examinador y profesor de farmacia, Pedro Moran, como secretario, y José Barrios, como fiscal.

⁵⁵ Existe una tercera medida, que se refirió a concretar el plan de estudios y la apertura del Curso de Medicina de 1833, pero este aspecto será revisado en la próxima parte de esta Tesis.

administrador: habrá un tesorero jeneral de todos los establecimientos, i una junta directora”⁵⁶.

En el gobierno de O’Higgins se había instalado una Junta de Sanidad, pero tuvo corta existencia y tenía probablemente un carácter deliberativo⁵⁷, pero además se enfocaba al problema de las epidemias (fue uno de los intentos de cambiar la autoridad del Protomedicato). En cambio, la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos estaba enfocada a una férrea y estricta dirección administrativa y financiera de los establecimientos de beneficencia (subcategoría tercera de las “casas de objeto público”)⁵⁸. Esta Junta Directora se encuentra directamente relacionada con el orden político que impuso el régimen portaliano.

El primer aspecto es que la Junta respondía a la necesidad política de establecer un equilibrio entre los poderes eficaces (es decir, autoritarios y mercantiles, y no liberales y republicanos) para propiciar “los medios de que prosperen” los asilos.

*Art. 18. La junta directora se compondrá de los administradores de los hospitales i Casa de Expósitos, el tesorero general, i cinco ciudadanos, nombrados ahora por el gobierno, i en lo sucesivo elejidos por la misma junta...*⁵⁹.

Aquella composición incluye los elementos que se concebían como los adecuados para hacerse cargo de “los negocios del ramo”, es decir, los funcionarios representantes de la república triunfadora y los particulares representados por los administradores y ciudadanos de la junta, que, por cierto, pertenecían a la elite mercantil

⁵⁶ Reglamento de la Administración y Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, Santiago, 18 de diciembre de 1832, *Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos referentes a los establecimientos de Beneficencia de Santiago 1832-1874*, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874, p. 7.

⁵⁷ “...tomando en consideración el gravísimo negocio de la salud pública i preservación de epidemia en todo el territorio del estado, se ha convencido íntimamente de la necesidad de crear una junta suprema de sanidad análoga a las luces del siglo, i al estado actual del país...”, Decreto estableciendo la Junta de Sanidad, Santiago, 30 de Julio de 1822, Vicuña M., Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Buenos Aires, Editorial Francisco de Aguirre, 1974, p. 245 (apéndice documental).

⁵⁸ También en el período se fundaron la Junta Propagadora de la Vacuna (11 de Junio de 1830) y la Junta Central de Beneficencia y Salud Pública (7 de abril de 1832). Respecto a esta última junta, se trataba de un cuerpo más numeroso dedicado a funciones de asesoramiento en relación a una mayor cantidad de obras de beneficencia, y algunos autores señalan que tuvo bastantes problemas de atribuciones con las demás Juntas del área. Cf. Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena...*, Op. Cit., 1993, pp. 297 y ss. En cambio, Enrique Laval plantea que la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos fue creada el 18 de diciembre de 1832 y “con el correr de los años pasó a constituir la Junta de Beneficencia de Santiago”, cf. Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (escrito mecanografiado inédito), p. 170. En el caso de esta investigación, no se encontró el decreto que acredita el inicio de la Junta Central de Beneficencia en las compilaciones de documentos legales de la época.

⁵⁹ Reglamento de la Administración y Junta Directiva de Hospitales y Casas de Expósitos..., Op. Cit., p. 9.

y tradicional (no pocas veces alguno de estos cargos los ejerció un eclesiástico)⁶⁰. Por tanto, es una institución semi-privada: donde los particulares son los encargados de la vigilancia de las inversiones de los recursos y del mejoramiento del orden administrativo, en tanto que el gobierno debe encargarse de la fiscalización de las medidas financieras y administrativas⁶¹.

Esta organización queda de manifiesto en el hecho de que el presidente de la Junta era el administrador del Hospital San Juan de Dios y el secretario era el Tesorero general de los hospitales, o sea, la presidencia recaía en el cargo más tradicional de la administración de hospitales, al ser dicho hospital el más emblemático de los antiguos hospitales coloniales, y el rol de secretario correspondía a la figura del funcionario técnico y especializado del gobierno⁶². Esta división responde a la necesidad de contar con una supervisión gubernamental, pero continuar con la dirección financiera de los particulares, puesto que son estos “ciudadanos filantrópicos” los indicados para dicha tarea; los bienes de la beneficencia son básicamente productos de las obras piadosas emprendidas por los miembros de la elite tradicional y mercantil, lo que implica que la beneficencia es parte de la voluntad moral (cívica y religiosa) de los grupos dominantes y no una obligación jurídica del estado: “[La beneficencia] es un derecho esencialmente moral; si bien no proporciona un título para exigir existencia material, va más lejos por que se dirige al alma, a los sentimientos de las personas (...) No puede tampoco ser ejercitado contra todos sino sólo contra aquél que puede dar. No es la reclamación de una deuda, sino la justa espera de un servicio. 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...”⁶³.

El segundo aspecto que se relaciona con el orden portaliano es la importancia que se asigna al rol del administrador en la dirección de los asilos. El administrador

⁶⁰ La Junta de Sanidad establecida por O’Higgins en 1822 se podría pensar que tenía una composición similar, lo cual en parte es cierto, pero por su supuesto carácter deliberativo presentaba otras “voces”. La composición era la siguiente: el jefe de policía urbana, un individuo integrante de la “convención Preparatoria”, uno de los generales del Ejército, el Obispo, un ministro de la cámara de Justicia, dos médicos, dos vecinos de la ciudad, y dos literatos instruidos en ciencias naturales y físicas. Véase Art. 2º Decreto estableciendo la Junta de Sanidad, Op. Cit., p. 245.

⁶¹ Esta lógica se va a mantener inalterada durante todo el siglo XIX, véase Reglamento para las Juntas de Beneficencia de la República, Santiago, 27 de Enero de 1886, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Op. Cit., 1889.

⁶² El presidente dejó de ser el administrador del Hospital San Juan de Dios en 1861. Véase Decreto sobre Junta de Beneficencia de Santiago, Santiago, 26 de Octubre de 1861, *Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos...*, Op. Cit., 1874, p. 39.

⁶³ Castillo V., Eduardo, *La beneficencia pública en Chile*, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 1937, p. 19.

también será un ciudadano de “notoria probidad y filantropía”, o sea un miembro de la elite mercantil y tradicional: un individuo cristiano y decente ante todo. Sus funciones incluyen sobre todo las decisiones de inversión de los bienes de su establecimiento y el resguardo del “orden económico interior” (gastos diarios, sueldos de los empleados y sirvientes, gastos de botica, etc.). Pero también es fundamental el poder que debe ejercer al interior de la “casa”:

*Art. 4º... Como inmediatos jefes les estarán sujetos todos los empleados subalternos, i podrán deponerlos sí a su juicio fueren ineptos, tuvieran mala versacion o no observaren escrupulosamente las obligaciones a que estuvieren sujetos*⁶⁴.

Situación que se amplía a todos los miembros de la Junta, independiente de que sean administradores.

*Art. 22º. Cada uno de los miembros que componen la junta puede visitar los establecimientos cuando lo crea conveniente, i los empleados deberán contestar en todo lo que fueren interrogados*⁶⁵.

Así, lo que define a la figura del administrador es, por un lado, su rol en las inversiones de los bienes y propiedades de la beneficencia, ya que como miembro activo de la elite dominante valora y conoce aquellos bienes que tradicionalmente han provenido del seno de su clase social, y por otro lado, al interior del asilo, presenta un poder social y doméstico que lo faculta para vigilar y controlar a los individuos subordinados, ya que como jefe de una familia de la elite dominante conoce y reconoce su autoridad dentro de la “casa” y respecto a la servidumbre: “El señor, amo o patrón, con su herencia del derecho de bando asociado al derecho de pater familia, tenía el poder sobre la vida y la muerte, derechos que se le fueron limitando en la medida en que otras figuras, instituciones o ideologías, hicieron de intermediarios entre las personas y detentaron los poderes en forma más abstracta como el Estado (...) El límite a este derecho, en la sociedad colonial y tradicional (si lo extendemos al siglo XIX), lo imponía el “deber ser noble” de hombres dominados por la mente, comedidos y prudentes...”⁶⁶

Por tanto, el poder del administrador dentro del orden discursivo que (re)establece la reforma portaliana en los establecimientos de beneficencia proviene de la *autoridad social* y no de una autoridad republicana, técnica, sanitaria o propiamente

⁶⁴ Reglamento de la Administración y Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, Op. Cit., p. 7.

⁶⁵ Ibid., p. 9.

⁶⁶ Araya, Alejandra, “Aproximación hacia una historia del cuerpo. Los vínculos de dependencia personal en la sociedad colonial: Gestos, actitudes y símbolos entre Elites y Subordinados”, Op. Cit., 2000, p. 89.

funcionaria. Esto determina que lo que se encuentra en la cúspide de la jerarquía de un asilo sea el “Jefe del establecimiento” o, dicho en términos precisos, el “señor de la casa”.

La reforma portaliana del Hospital de Mujeres

El Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile fue fundado en 1772 básicamente respondiendo a un problema de “moralidad” de las prácticas hospitalarias: “las mujeres enfermas no estuvieron separadas durante más de dos siglos, de los hombres, en el Hospital del Socorro y en el de San Juan de Dios, sino *por una débil puerta*. Pero lo que parecía más extraño y casi inverosímil hoy, aquellas fueron entregadas junto con los varones, macho y hembra, como en el ganado, a los padres de San Juan de Dios, pues todo cabía en su ancho capacho. Ahora sobre lo que se habló, se escribió y se murmuró sobre aquella promiscuación permanente de sexos, no es hoy tiempo de repetirlo. El capacho de San Juan de Dios se ha llevado toda esa leyenda a la eternidad, dejándonos en recuerdo sólo los pintorescos *capachitos* amarillos que en racimos engalan por octubre los barrancos, *los capachitos de San Juan de Dios*: las flores después del dolor y del delito...”⁶⁷.

Este ilustrativo relato de la situación en las salas del Hospital de San Juan de Dios ayuda a entender la necesidad de separar “los sexos” que se desarrolló, como problemática, en la elite ilustrada y la administración borbona, sobre todo cuando la sociedad colonial había alcanzado un nivel de consolidación económica que le permitía planear no sólo la separación de las mujeres enfermas, sino también construir un nuevo hospital (el segundo de la capital del reino): el Hospital de Mujeres fue inaugurado con 20 camas en 1782, que luego se aumentaron a 50.

El establecimiento del Hospital de Mujeres está, además, directamente relacionado con el discurso ilustrado de las administraciones borbonas, por lo que su lógica y organización presenta diferencias con el típico hospital colonial a cargo de la Orden de San Juan de Dios. En primer lugar, las gestiones para su fundación estuvieron a cargo de los funcionarios del Rey y de miembros de una elite tradicional pero comprometida con los cambios modernizadores del “despotismo ilustrado”, y no con las

⁶⁷ Vicuña M., Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Buenos Aires, Editorial Francisco de Aguirre, 1974, p. 128.

acciones directas de la Iglesia o las obras piadosas de un solo particular. La fundación del hospital coincide con la expulsión de los jesuitas de los dominios españoles, por lo que este fue el “empuje” necesario para concretar la idea: el Rey en una serie de reales cédulas firmadas en Aranjuez concreta la medida y asigna al nuevo hospital la “casa” del Noviciado de los jesuitas expulsos para que allí funcionare el establecimiento y gran cantidad de los bienes que administraba la Junta de Temporalidades, pertenecientes a dicha compañía religiosa expulsada, para su inicial sostenimiento (varias haciendas, chacras, un molino de la capital, etc.), además de una parte del noveno y medio. Por estas medidas de la Corona, el hospital fue decretado como “Real Hospital de Mujeres”, así se debía procurar que con “esmero” se exhibieran las “armas reales” en los frontis de las dos puertas principales, para que de esta forma la ciudad demostrara su gratitud con esta fundación benéfica del Rey⁶⁸.

Pero la diferencia más notable respecto del típico hospital colonial era su organización interna. La administración del establecimiento fue planteada y desarrollada, desde un comienzo, por civiles o laicos, bajo el esquema que predominó en el último período colonial americano. En este esquema la administración la debían desarrollar “corporaciones o Juntas de Beneficencia, que aunque gozaron de un carácter semi-privado, quedaron en forma implícita sometidas al control de las autoridades locales, desde el momento que siempre sin excepción figuraron entre sus miembros, y con cierta preeminencia los Virreyes, gobernadores o bien algún Oidor de la Real Audiencia o miembro del Cabildo”⁶⁹.

En el caso del Hospital San Borja su reglamentación administrativa seguía este esquema propio de una administración laica e ilustrada, y, además, utilizó como modelo para establecer sus lineamientos organizacionales al Hospital Santa Ana de Lima, los reglamentos establecidos para las Plazas y Ejército, y algunas disposiciones para la Isla de Cuba. La administración recaía en una corporación o “hermandad” compuesta por diputados, los que eran elegidos entre miembros del cabildo, individuos pertenecientes a la elite de la capital, y un Oidor de la Real Audiencia que actuaba con el título de “Ministro Protector”. Sobre la base de dichos miembros se elegía un Diputado de semana, que era el que actuaba como administrador concreto en cada semana,

⁶⁸ Sobre esta demostración, véase *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo Hospital San Francisco de Borja, Catálogo de Manuscritos, Biblioteca Patrimonial, Museo Nacional de Medicina, Universidad de Chile [en adelante Fondo HSFB], f. 1.

⁶⁹ Saez, Fernando, *Política y Legislación sobre Beneficencia Pública durante la Colonia*, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Colección de Estudios y Documentos para la Historia del Derecho Chileno, 1941, p. 32.

ejerciendo funciones de vigilancia y control administrativo y financiero. Pero en la práctica cotidiana del establecimiento era un “Mayordomo Mayor” el que desarrollaba el rol efectivo de administración, es decir, todo lo concerniente a la organización diaria del presupuesto, de los empleados y de la asistencia médica, por lo que la importancia de este papel determinaba *“que en ningun tiempo llegue a serse cargo objeto de codisia, o de otra pasion desordenada deviendolo serlo solo dela mas, pura y Christiana Piedad”*⁷⁰.

Lo que queda de manifiesto en la fundación y organización del Hospital San Borja es su vinculación con una problemática de “moralidad” y su integración a un orden administrativo laico, propio de un discurso ilustrado (racional). Pero, lo que es más interesante de relacionar, aunque a nivel de significaciones culturales, es que el orden tradicional que se buscaba en la *organización administrativa* de los “establecimientos piadosos” de la república de 1833, respondía a la configuración público – privada de las Juntas y corporaciones que se desarrollan en las administraciones borbonas y en la elite ilustrada dieciochesca, cuyo modelo era el hospital de mujeres, y no aquella organización administrativa de remembranzas medievales, cuyo modelo era el Hospital-Convento de los Hermanos de San Juan de Dios.

Sin embargo, este tema no es tan sencillo y directo, ya que en el caso del “Real Hospital de Mujeres” y su inserción en el orden político portaliano, se dejan entrever otros aspectos culturales, más allá de esta relación importante entre las cofradías piadosas de los hombres ilustrados y las Juntas directivas del período republicano donde los “notables” dirigían la “casa de objeto público” desde su “casa de familia”.

Cuando el 18 de diciembre de 1832 se creó la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, la primera medida que se tomó en relación al Hospital San Borja fue la remoción del Intendente del hospital, en aplicación de la regla de que este cargo debía ser ejercido por un Administrador, cargo que incluía una nueva definición. Este papel recayó en el Pbrº. Mariano Guzmán. Este eclesiástico – administrador del hospital fue designado por su “cristiano ejemplo” y su caridad que había demostrado como párroco de Melipilla, por tanto era el individuo filantrópico “llamado” para iniciar una “era” en el hospital que se iba a extender, en varios planos, hasta fines del siglo XIX (¿o más allá?).

⁷⁰ *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 5.

Cuadro N° 1: Mortalidad en el Hospital San Borja entre 1782 y 1837.

Quinquenio	Entraron	Fallecieron	De alta	Mortalidad
1782-1787	6.177	950	5.027	15,39%
1787-1792	5.716	1.089	4.627	19,10%
1792-1797	5.685	972	4.713	17,09%
1797-1802	5.902	1.114	4.788	18,85%
1802-1807	7.586	1.719	5.867	22,69%
1807-1812	7.635	1.640	5.995	21,48%
1812-1817	7.585	1.894	5.691	24,96%
1817-1822	6.926	2.811	4.115	40,58%
1822-1827	8.923	2.636	6.287	29,54%
1827-1832	11.796	3.204	8.592	27,16%
1832-1837	13.959	3.190	10.769	22,85%

Fuente: Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (escrito mecanografiado inédito), p. 195.

La instalación del orden portaliano en el ámbito de la beneficencia no sólo fue el reforzamiento de la autoridad de las Juntas y del poder de los jefes de establecimiento, sino también de la intervención al interior del hospital. Se concibió esta política como una forma de solucionar, como en el ámbito de la dirección, los “desórdenes” que habían producido la introducción de los discursos liberales que resultaron ineficaces como propuestas de orden.

El problema más urgente que se presentaba como evidente a las autoridades en la década de 1830 eran los altos índices de mortalidad que se registraban en el hospital (Ver cuadro n°1)⁷¹. Las autoridades y funcionarios republicanos adjudicaron la alta mortalidad al fenómeno mismo de la Independencia⁷². Se plantea que el Hospital de Mujeres tuvo durante los primeros siete quinquenios de su existencia una mortalidad alrededor del 15%, lo que se consideraba adecuado, pero desde el fin de esos

⁷¹ Es importante señalar que la extraordinaria tasa de mortalidad de cerca de 41% que se registra en el quinquenio de 1817-1822 responde a que durante esos años sirvió también como hospital militar y de sangre. Cf. Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo I y III, Op. Cit., y Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena...*, Op. Cit., 1993, pp. 275 y ss.

⁷² Para otros antecedentes de este planteamiento, véase Zárata, María S., *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007, pp. 350 y 351.

quinquenios la situación del hospital empeoró, lo que coincide con el inicio del proceso de Independencia.

Pero el octavo q. principia el año 1817 hasta 1822, es el cuadro mas horrible q. puede presentarse, pues q. de cada cinco morian dos, sin q. hubiera habido durante este tiempo epidemia alguna. Los facultativos q. servian en esa fecha, como q. debieron estudiar las dolencias i remover todo obtaculo pa. aplicar con acierto sus conocimientos, debian dar los motivos del sacrificio de tanta víctima i de esa desolacion espantosa sin ejemplo en los anales del hospital; estar informado q. ellos existen todavia i tambien q. los clamores del publico penetraron entonces hasta el folio de la autoridad q. diputó ciudadanos filantrópicos pa. q. pudiesen término a tantos males⁷³.

Así, el problema de la alta mortalidad coincidía con la Independencia, pero la causa de este estado del hospital se debía, según este diagnóstico, a una estrecha relación que se daba entre el progreso de la civilización, traído por el nuevo sistema republicano, y la enfermedad. Es decir, según este diagnóstico “escatológico”, el desarrollo civilizatorio y las luces del siglo llevaban necesariamente a una extensión y a una complejización de los “estados necrológicos”, tanto a un nivel individual como social.

[Las] costumbres mas puras i arregladas (...) la tranquilidad de q. gozaban [los antepasados coloniales] q. les hizo desconocer los males físicos i morales q. nos han afligido en la guerra de la Independencia (...) les formaba un físico fuerte i vien constituido a proposito pa. resistir con vigor el metodo de curacion, i pa. triunfar de sus dolencias (...) es evidente que la presente jeneracion es agoviada de males diversos, graves i de mucha trasendencia q. sirven de agentes pa. viciarla en su origen, devilitarla en su carrera i multiplicar sus achagues q. siempre se han de presentar con un caracter maligno i destructor, i por consiguiente hacer q. termine prematuramente su existencia⁷⁴.

Entonces, ¿qué se puede hacer frente a esta realidad ineludible de la civilización, cual ley de la historia?.

[La solución] ...no es ni por la cantidad de sirvientes, ni por el aseo, ni por la alimentación (...) nise puede decir q. los facultativos entonces [en la colonia] poseían mejores conocimientos, porq. los q. hoi tiene el establecimiento son los q. gozan de mas credito cada uno segun su profesion, i porq. la ciencia medica ha hecho progreso i descubrimientos en estos ultimos años⁷⁵.

⁷³ Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital San Francisco de Borja”, Santiago, 28 de Diciembre de 1837, Archivo Ministerio de Interior, vol. 73, fs. 294 y 294v.

⁷⁴ Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital...”, Santiago, 28 de Diciembre de 1837, Archivo Ministerio de Interior, vol. 73, fs. 295v. y 296.

⁷⁵ Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones...”, Op. Cit., f. 295.

La solución y la mejoría, entonces, al problema de la alta mortalidad no era una cuestión administrativa ni científica, aunque eso podía influir, sino que radicaba en la misma significación de la queja, el reclamo y el diagnóstico: la enfermedad y la muerte se producían por la *ausencia* de una época: es la *nostalgia* de un origen perdido, inocente y perfecto a la vez. Este lamento por la pérdida de la ingenuidad que significó el inicio de la república y las ideas modernas, que inexorablemente llevaba a continuas agitaciones y cambios ideológicos, es propio de los discursos del origen perdido y del estado de inocencia donde “falta algo, a saber, un centro que detenga y funde el juego de las sustituciones”⁷⁶, es decir, en la búsqueda del origen está la búsqueda también de un centro que de una tranquilidad estatuida y auténtica⁷⁷.

Por tanto, las prácticas que se debían asumir para salir de la crisis del Hospital de Mujeres, como se señaló, tenían que estar vinculadas con este orden discursivo. Y todo parece indicar que así fue, es decir, las prácticas del régimen portaliano frente a la crisis del hospital estaban encaminadas a recuperar la “pureza” de un “establecimiento piadoso”, es decir, (re)encaminarlo a la pureza de las costumbres de la sociedad colonial: la búsqueda del centro originario.

Esto en la práctica significó reforzar, reestablecer y recrear instituciones y normas coloniales como una *política generalizada* en el plano de la medicina y la caridad. Este aspecto incluyó, como ya se señaló, al Protomedicato, la reorganización de las Juntas en una lógica mercantil-ilustrada y otras regulaciones.

*Art. 1º. Los hospitales, hospicio, casa de corrección i espósitos, universidades, colejos i demas establecimientos públicos de beneficencia i educacion, establecidos con la autoridad del Gobierno, serán considerados como menores i pobres de solemnidad en cuanto a los derechos i privilegios que las leyes conceden a esta clase de personas*⁷⁸.

Pero también, como era de esperarse, implicó mejorar y solucionar los “desarreglos” que mantenían sumido al hospital en la anarquía administrativa y financiera. En 1817 se planteaba que la falta de recursos llegaba a tal extremo que

⁷⁶ Derrida, Jacques, “La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas”, *Dos ensayos*, Barcelona, Anagrama, 1972, p. 29.

⁷⁷ Este tipo de discurso sobre el “estado originario perdido” no parece ser exclusivo del proceso que vive el Hospital San Borja, sino tendría una generalidad en esta época. Así, en 1825 se señalaba: “*Por desgracia de la especie humana los vicios se aumentan en las sociedades en razón del incremento de su población y civilización, cuando no hay leyes que los repriman. Chile comienza a sentir este mal en la multiplicación de los delitos que se cometen por los ladrones y salteadores (...) Un gobierno benéfico debe ocuparse en dictar leyes que eviten los delitos...*”, Reglamento General de Alta y Baja Policía para el Estado de Chile, Santiago, 1825, Archivo Ministerio del Interior, vol. 69, f. 1.

⁷⁸ Ley que restablece los antiguos Privilegios de Pobreza de Solemnidad, Santiago, 24 de Julio de 1834, *Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos...*, Op. Cit., 1874, p. 10.

*...yá és indispensable serrar la casa, negar los oídos a los míseros lamentos de las infelices, i dejarlas perecer en la calle al impudico, antes de tocar en tan lastimoso extremo, trato de hacer los ultimos esfuerzos en el cobro de arribar dependencias.*⁷⁹

Después de Mariano Guzmán, el primer administrador que ejerció bajo la reglamentación de la Junta Directora de Hospitales, le sucedió Miguel Valdés y Bravo de Navega, un “ciudadano ilustre” pero que no cumplió las expectativas de mejoramiento que necesitaba el orden portaliano, por lo que por decreto supremo de 18 de febrero de 1837 se comisionó al Tesorero General de Hospitales y Casas de Expósitos, Ignacio de Reyes, para “que en un término de cuatro meses procediera a reorganizarlo”⁸⁰. Es el inicio formal de la reforma al Hospital San Borja, cuyo resultado más notable fue la redacción del “Reglamento del Hospital” en ese mismo año.

Este funcionario que fue oficializado como comisionado, o más precisamente, como *interventor* o *reformador* del hospital, podía actuar con “las facultades que crea necesarias”⁸¹. Como reformador portaliano ejerció su papel en base a la autoridad social, es decir, a partir del garrote simbólico, y quizás real. Sus medidas implacables se referían a distintos aspectos del hospital. Por ejemplo, el arreglo y redistribución del edificio, que ya en esa época se consideraba “ruinoso”, y la consolidación del poder social y funcional del papel del administrador, el cual era una pieza fundamental dentro del orden político que se instalaba. Este último punto era importante, ya que a pesar de que el administrador siempre tuvo un poder y origen social similar, ahora era más necesaria su autoridad por la constante amenaza de “desorden” que traía el avance continuo de la modernidad. Según el mismo comisionado, estas medidas fueron efectivas:

*...el orden regular, i mas notable a un q. sin haber acrecido mayormente sus rentas este establecimiento, haya podido sufragar los gastos extraordinarios de mucha consideración q. ha emprendido, ya en la reparacion de sus edificios ruinosos, i ya en mantener un numero casi triple de enfermas, sin haber contraido empeños. Esto manifiesta q. ha habido alguna economia, i q. la repugnancia q. generalmente se notaba para buscar este asilo mirado antes con el mayor horror, desaparecio desde aquel momento en que se dejo ver en el establecimiento una prolija asistencia i un orden regular que ha llegado hoy a su mayor perfeccion*⁸².

⁷⁹ Concesión, al Hospital, de los privilegios de pobres de solemnidad, Santiago, 1817, Fondo HSFB, f. 1v.

⁸⁰ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (inédito), p. 185.

⁸¹ Decreto de 18 de Febrero de 1837, citado en Laval, Enrique, *Hospital San Francisco...*, Loc. Cit.

⁸² Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital San...”, Santiago, 28 de Diciembre de 1837, Archivo Ministerio del Interior, vol. 73, f. 295.

Pero en cuanto a políticas de intervención se refiere, la más fundamental estaba enfocada al orden social que se daba al interior de la “casa”, es decir, a las relaciones e intercambios sociales que existían entre empleados, sirvientes y enfermas, por un lado, y entre aquellos y el “exterior” de la casa. Este aspecto era especialmente preocupante para el régimen portaliano, ya que si el orden discursivo reclamaba una vuelta a la “pureza” del estado originario de la caridad, esto debía empezar por la “moral de la casa”, sobre todo cuando, según lo que se ha analizado, la beneficencia se remitía básicamente (cuando no exclusivamente) a la existencia de una “casa”, a la vida en una “casa” y al lugar de la “casa” en el orden social.

*Los graves desórdenes que noté luego, los abusos y practicas perjudiciales sancionadas por el tiempo, la rutina del servicio siempre variada a la comodidad y antojo de los empleados y sirvientes, la falta de subordinacion y de respeto al jefe de la casa, la idea poco digna que se tenia de la caridad que debe ejercerse con la humanidad doliente, el mal uso arraigado ya con escandalo en la inversión de sus propiedades, que hacía mirar como un problema establecer la economia sin haberse penetrado que era un sacrilegio defraudar a sus dueños de lo mas pequeño, el bullicio de entrantes y salientes a que brindaba la distribución misma del local, y sobre todo la variacion frecuente de régimen a que ha estado sujeto el establecimiento segun el jenio, ó celo que impulsaba a los administradores que se sucedian, ha sido notoriamente perjudicial las mas veces y otros muchos motivos...*⁸³

Así, la situación social al interior del hospital, antes de su reforma, juntaba todos los “desórdenes” que podían aparecer como peligrosos ante quienes deseaban un orden social a través del orden tradicional: insubordinación, inmoralidad e intercambios sociales generalizados fuera de los papeles y ámbitos debidos. Por tanto, la reforma debía ser el retorno a la “casa señorial”, la que en el pasado había sido el fundamento del orden tradicional, en tanto que este orden es un modelo de sociedad caracterizado por ámbitos sociales de dependencia personal y por la preeminencia de normas y costumbres arraigadas culturalmente: “Tanto las jerarquías como las prácticas y ritos de vinculación personal tenían su punto de partida y llegada en la casa y la familia. Las jerarquías establecidas entre los miembros de la familia tenían un espacio de dominio que era un símbolo público: la casa”⁸⁴.

⁸³ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*, Santiago, Imprenta de la Independencia, 1837, “Introducción”, p. 3. Subrayados míos.

⁸⁴ Araya, Alejandra, “Sirvientes contra amos: Las heridas en lo íntimo propio”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristián (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile. Vol. I El Chile tradicional de la conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005, p. 164.

Además, se debía poner énfasis especial en la “moralización” de los empleados y sirvientes, los elementos más permanentes y constitutivos de la casa. Y esto implicaba que dicha moralidad tomaba un rasgo propio de la casa señorial: la base del honor y de las buenas costumbres se encuentra, en forma privilegiada, permanente y más auténtica, en la casa. Pero la reforma portaliana fue un paso más allá, al plantear que dicha moralización debía desarrollarse bajo una política estricta de “encierro”⁸⁵. Un encierro moralizador. Y doblemente moral, ya que los sirvientes y empleados realizan un papel en la caridad, cuando trabajan “encerrados” en la casa. Y también porque ellos mismos al estar y vivir en la casa deben “moralizarse”. Es decir, el medio más fundamental y estratégico para alcanzar el “estado puro” que buscaba el orden discursivo era el aislamiento del mundo cambiante y revolucionado que existía “afuera”.

*“Así por fin triunfó la justicia (...) en este Hospital el orden, la moral, la economía, el respeto, la subordinación y finalmente la caritativa asistencia de las enfermas, que si por desgracia no es ejercida allí con todo el celo que inspiran los principios religiosos, lo es al menos por las obligaciones que impone el reglamento”*⁸⁶.

La reforma portaliana del hospital llevó al extremo el planteamiento del reestablecimiento del orden tradicional, ya que se planteaba en términos de un estado moral originario que se había perdido y que sólo medidas coercitivas podrían retornar. Dentro del entramado enunciativo del orden político funcionaba de manera inversa que el planteamiento ideológico general (portaliano), puesto que hacía referencia como enunciado a dicho estado (sagrado) de la caridad. Dado que las propuestas normativas de hospital se muestran ineficaces (*por desgracia no es ejercida allí con todo el celo que inspiran los principios religiosos*), es decir, aquellas que provienen de la sociedad colonial y sus instituciones, de las obras piadosas de la elite mercantil y, en último término, de la racionalidad ilustrada dieciochesca, o sea de las múltiples fuentes de una “norma social”, se debe recurrir a todos los medios que ofrece la autoridad republicana y las leyes positivas para lograrlo (*lo es al menos por las obligaciones que impone el reglamento*).

⁸⁵ Este punto hace referencia a que en la “casa colonial” las separaciones, ya sean reales o simbólicas, que existían entre lo privado y lo público eran relativas. Cf. Salinas, Rene, “Población, habitación e intimidad en el Chile tradicional”, Sagrado, Rafael y Gazmuri, Cristián (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile. Vol. I El Chile tradicional de la conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005. Situación similar ocurría en los “conventos”. Cf. Millar, Rene y Duhart, Carmen, “La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones”, Sagrado, Rafael y Gazmuri, Cristián, *Historia de la vida privada en...*, Op. Cit.

⁸⁶ Informe del 27 de diciembre de 1837 de Ignacio de Reyes al Ministro del Interior, citado en Laval, Enrique, *Hospital San Francisco...*, Op. Cit., p. 186.

El hospital es un orden residual: un equilibrio precario entre un orden deseado en descomposición (lo tradicional) y un orden republicano y utilitario que es efectivo (lo moderno). De ahí que se desee que el hospital sea una “casa colonial” pero “en forma”. De ahí que encerrados y reglamentados haya “más pureza” en las gentes.

3. Los saberes del asilo: diagnóstico y curación

En el método arqueológico un nivel de la formación de discursos se refiere a las modalidades en que se forman los enunciados. Para Foucault un enunciado, más allá de ser un acto de lenguaje y un sentido adscrito a él, implica un juego específico de posiciones sociales para producir un acontecimiento que moviliza recursos culturales y tiene efectos en la estructuración de la realidad. Un enunciado es un acontecimiento estructural, que surge y se dirige en el campo discursivo. La formación de enunciados tiene relación con el estatuto, el lugar social y la posición observadora del sujeto, por tanto está en vinculación con los marcos institucionales, normativos y rituales que permiten y aseguran que ciertos lenguajes estén más cualificados y tengan un grado mayor de efectividad en el establecimiento de lo correcto y lo verdadero⁸⁷.

La política, la caridad y el espacio hospitalario forman parte de modalidades de enunciación. Ahora corresponde referirse a los enunciados que conforman los *saberes* del hospital. Las anteriores formas enunciativas también pueden considerarse saberes, pero la diferencia con las que se revisarán en este acápite radica en que son regularidades discursivas que entran en la llamada formación de objetos discursivos por medio de la “medicalización”.

⁸⁷ Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 2003, pp. 82-90.

La ojeada médica: cátedra y clínica

La medicina colonial, es decir, la de carácter premoderno en la sociedad chilena, es una medicina escolástica; esto significa que el saber médico predominante hasta bien entrado el siglo XIX era una reelaboración española medieval de un discurso médico de origen griego. La tradición de la medicina griega basada en Hipócrates y Galeno, es pasada por el filtro de la filosofía escolástica y su concepción de la naturaleza, generando una medicina básicamente doctrinaria, vale decir, donde se producía una división entre la teoría, que era especulativa y bastante rígida en torno a preceptos antiguos, y la práctica, que era muy tradicional ya que estaba basada en un método de observación de acuerdo a patrones predeterminados y no sistemáticos.

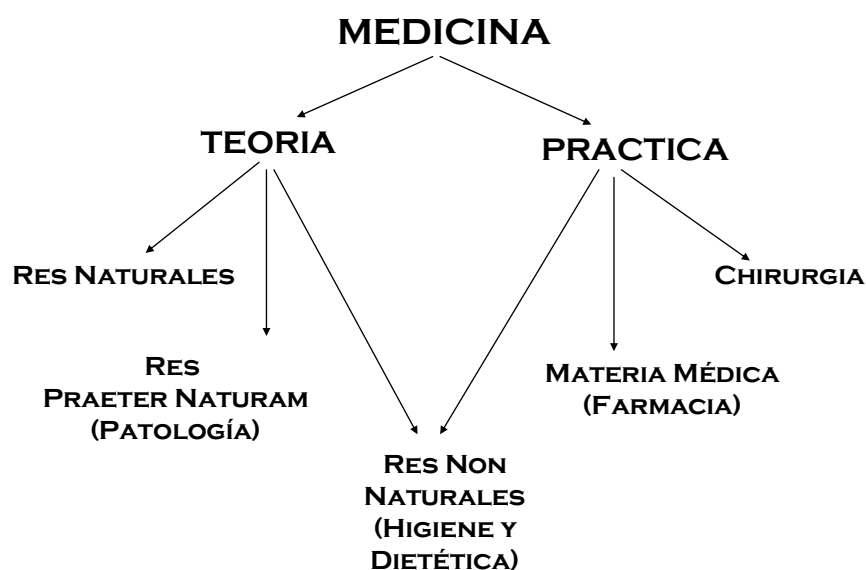
Esta situación del discurso médico produjo que durante varios siglos se mantuviera una misma objetivación sobre el cuerpo humano normal y enfermo: “En primer lugar, predominaban en casi todas partes las antiguas nociones de las cosas *naturales* (que incluían las complexiones y humores), las *no naturales* (regímenes de vida) y las *contranaturales* (o enfermedades). Casi todo el mundo entendía que el organismo se componía de una mezcla de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Los cuatro *elementos* antiguos –agua, fuego, tierra y aire- constituían los humores. Los humores a su vez tenían *cualidades*: la flema era fría y húmeda; la bilis negra era fría y seca; la sangre era caliente y húmeda; y la bilis amarilla era caliente y seca...”⁸⁸. Y en este contexto, la enfermedad era básicamente un desequilibrio individual de este sistema humoral que constituía la fisiología humana.

En Chile, los estudios médicos comenzaron en forma autónoma desde la fundación de la Real Universidad de San Felipe en 1756: “... para matricularse en la universidad, había que tener el grado de bachiller en Artes (...) Con el diploma de bachiller en Artes se podía optar al grado de bachiller en Medicina, después de efectuar otros cuatro años de estudios teóricos en la cátedra de Prima Medicina”⁸⁹.

⁸⁸ Lindemann, Mary, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*, Madrid, Siglo 21, 2001, p. 6.

⁸⁹ Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena...*, Op. Cit., 1993, p. 215. Interesante es señalar que el modelo original de estudios médicos se basaba en los planes de la Universidad de San Marcos de Lima, donde funcionaban las cátedras de prima medicina, la de vísperas y la de cirugía y anatomía. En Chile colonial sólo funcionó la primera.

Figura N° 1: La medicina escolástica⁹⁰.



Entonces, este discurso médico tradicional, al presentar este carácter rígido en torno a conceptos antiguos y re-conceptualizaciones medievales, estaba sustentado en el comentario de Textos, y no en la práctica regular, la cual se encontraba en un lugar secundario y desplazado en relación a la “especulación” sobre el cuerpo humano. Por esta razón, es adecuado diferenciar una medicina tradicional (doctrina) y una medicina clínica (mirada).

En Europa, esta medicina escolástica se comienza a derrumbar, lentamente durante los siglos XVI, XVII y XVIII, por algunos cambios en las observaciones y concepciones corporales y médicas: los descubrimientos anatómicos a partir del siglo XVI; el ataque paracelsista a la ortodoxia medieval; y el impacto de las concepciones físico-químicas del siglo XVII en el discurso médico, generando las llamadas medicinas “iatromecánica” y “iatroquímica”⁹¹.

En el caso chileno, los preceptos antiguos y doctrinarios comienzan a caer en desuso con el proceso de Independencia y la consiguiente llegada de médicos extranjeros. El tema del cambio de las concepciones médicas pasaba, en la discusión de

⁹⁰ Fuente: Kottow, Miguel, *El báculo de esculapio y el cáliz de Higiëia. Historia de una relación turbulenta*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1996.

⁹¹ Cf. Lindemann, Mary, Op. Cit., 2001, pp. 74 y ss.

la época, por el sistema de formación de los médicos, puesto que la medicina escolástica no se consideraba apropiada por los avances médicos que se desarrollaban en el viejo continente⁹².

La discusión sobre los planes de estudios médicos, tenían como mínimo común el problema de la enseñanza de la Anatomía, como factor principal de una posible transformación del conocimiento médico.

En 1813 el médico peruano Gregorio Paredes emitía un Informe a la Junta de Educación de Chile, donde, entre otras cosas, planteaba la necesidad de una enseñanza médica basada en la Anatomía:

*El estudio de los órganos debe necesariamente preceder al de las funciones, como el del recto ejercicio de estas, al de las lesiones que pueden experimentar en que consisten las enfermedades. La anatomía con la fisiología, su compañera inseparable en las aplicaciones prácticas al arte de curar, después de recorrer todas las partes de la economía animal, descubre las que son congéneres, o que tienen tendencias á su mismo fin; proporciona reducirlas á ciertas clases, coordinarlas con método, descubrir sus simpatías o correspondencias, y esparce una luz sobre la parte que tienen en la producción de los fenómenos morbosos que, al paso que conduce al profesor por el confuso caos de los síntomas al descubrimiento de la causa productiva, fija sus incertidumbres y lo asegura en sus dictámenes*⁹³.

En este texto de Paredes, presentado a las autoridades de educación de la Patria Vieja, ya vemos configurarse la noción discursiva de una medicina clínica, es decir, aquella práctica médica en donde la observación de los síntomas permite “leer” los signos de una enfermedad, pero pasando por un conocimiento exacto, en primer lugar, de la anatomía del cuerpo humano. Por dicha razón, el informe de Paredes pide a las autoridades, como prioridad, la construcción de un *Anfiteatro de Anatomía*.

Por tanto, desde 1813 se comienzan a dar diferentes planteamientos referidos a la importancia de la anatomía en los estudios médicos, por un lado, y para terminar con la separación entre teoría y práctica que mantenía el sesgo de la medicina escolástica, por otro lado. Dentro de los impresos, uno que causó mayor impacto fue del médico irlandés Guillermo Blest. Este médico planteaba, se podría decir, un programa anti-cátedra: la formación de los médicos debe desarrollarse casi exclusivamente en el lecho

⁹² Estos avances médicos fueron traídos, la mayoría de los casos, por médicos extranjeros que llegaron tempranamente a la joven república. Entre ellos podemos nombrar: Juan Miquel, Nataniel Cox, José de Passamán, Manuel Grajales, Francisco Lafargue, Guillermo Blest, y Lorenzo Sazie.

⁹³ “Informe de don Gregorio Paredes a la Junta de educación”, 1813, Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, Apéndice documental, pp. 318-319.

del enfermo. Blest lanza sus formulaciones cuando aún no existe en el Chile republicano una enseñanza médica formal.

Blest propone que se elijan a cuatro médicos como profesores de la especialidad y *“debía confiarse á cada uno de ellos un cierto número de enfermos de los hospitales públicos: ademas á cada profesor se le debían confiar dos jóvenes destinados á la medicina y obligados á un aprendizaje de cuatro años, no pudiendo entrar en él hasta que no hubiesen adquirido suficiente conocimiento de la lengua latina (...) Los profesores obligarian á sus discipulos que en el primer año limitasen sus estudios solo á la anatomia, fisiología y patología; pudiendose acomodar en el hospital San Juan de Dios un salon espacioso para la diseccion de los muertos (...) El segundo año del aprendizaje de los discipulos, debia dedicarse al estudio de la teoria y práctica de la medicina y cirugía. Cuando hubiesen empezado el estudio de estos ramos sus profesores debian obligarles á que tomasen una cuenta ecsacta del caso de la dolencia de cada paciente del hospital (...) El tercer año del estudiante debe ocuparse en la adquisicion de conocimientos químicos y botánica médica, y el cuarto año dedicado al estudio de materia médica y farmacia. Después que haya concluido su aprendizaje, y antes que le sea permitido pasar un ecsamen de su aptitud para egercer en publico su profesion, debia obligarsele á que asistiera por seis u ocho meses un parte de los enfermos de los dos hospitales ya mencionados [San Juan de Dios y San Francisco de Borja], debiendo recetar para sus pacientes del modo que juzgase mas conveniente, y exponer sus razones al profesor⁹⁴.*

Por tanto, desde el inicio del proceso de Independencia, distintas voces participaban de un debate que giraba en torno a la enseñanza médica y al conocimiento científico apropiado para el saber médico. Primaba la importancia del conocimiento anatómico y el método clasificatorio para el estudio de las enfermedades, que, en último término, se podría denominar *medicina nosológica*.

La *nosología* es por definición el intento por producir una clasificación de las enfermedades. Esta medicina es importante ya que proyecta un interés por identificar y designar las entidades patológicas y sus especificidades. En forma particular, la medicina nosológica planteaba que existían enfermedades diferenciadas unas con otras, y esta existencia de las enfermedades implica fundamentalmente una existencia ontológica. Existe un *ser de la enfermedad*. Es decir, más allá de los cuerpos

⁹⁴ Blest, Guillermo, “Observaciones sobre el actual estado de la medicina en Chile con la propuesta de un plan para su mejora” (1826), *Revista Médica de Chile*, Vol. III, N° 4, Abril 1983, p. 356. Agregado mío.

individuales, las enfermedades tienen una esencia patológica independiente y única, que permite que puedan ser insertas, según analogías y parentescos, en géneros y familias de enfermedades. Y como en la taxonomía de otros “seres”, como las plantas y los animales, esta clasificación de las enfermedades y, sobre todo, el reconocimiento de cada entidad o ser patológico, se basa en la descripción de rasgos propios y comunes de las distintas enfermedades. Pero, para este discurso médico, dichos rasgos no ofrecen tanto interés en el “espacio del cuerpo”, sino de preferencia interesan en el “cuadro nosológico”. El cuerpo humano, que ya había comenzado a describirse anatómicamente, no es aún objeto de una mirada que logre “espacializar” lo patológico propiamente tal, en las masas interiores de dicho “espacio del cuerpo”: “La enfermedad se percibe fundamentalmente en un espacio de proyección sin profundidad, y por consiguiente sin desarrollo. No hay más que un plano y un instante (...). La primera estructura que se concede la medicina clasificatoria es el espacio llano de lo perpetuo simultáneo”⁹⁵.

Esta medicina nosológica procedía, en general, de la siguiente forma:

*La historia de cada dolencia debía empezar por una relacion de las costumbres del paciente con anticipacion al ataque a su enfermedad; en seguida una relacion de los síntomas que presentó en el tiempo de su entrada al hospital y despues, y debía guardarse diariamente una noticia de los progresos de su enfermedad mientras permanezca en él, con expresión del estado de su achaque cada día; debía igualmente guardarse diariamente una nota de las medicinas recetadas por el profesor y de la operacion de ellas. Los profesores debian racionar sobre estos casos una vez a la semana, y estos discursos debian consistir en una clasificacion de la enfermedad de cada paciente. Luego debía cada profesor por una historia de los síntomas de cada caso, asignarlo a la clase y orden de enfermedad á la cual creyese que pertenecia en las obras nosológicas de los mejores escritores sobre medicina: en seguida, dar su propia teoría sobre estas enfermedades y las teorías de los mejores autores que han escrito sobre el particular; debe dar los motivos que ha tenido para recetar tales ó tales medicinas, y su propia opinion sobre la probable terminacion de cada caso, si cree que terminará en la muerte, en enfermedad crónica ó en perfecta salud*⁹⁶.

Pese a todo el debate, solamente es en el régimen portaliano cuando se logra establecer un plan de estudios médicos en el Instituto Nacional (1833)⁹⁷.

⁹⁵ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1995, p. 20.

⁹⁶ Blest, Guillermo, “Observaciones sobre el estado actual de la medicina en Chile...” (1826), Op. Cit., p. 356.

⁹⁷ Para un análisis de la importancia del Estado en la apertura del Curso de Medicina de 1833, y para la modificación del status político y social del médico en la sociedad chilena decimonónica, véase Serrano, Sol, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago, Editorial Universitaria, 1994. Sin embargo, los intentos y propuestas de planes de estudios son variados hasta 1830. Cf. Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904, pp. 330-332. Este fecundo debate

Por ejemplo, en 1835 se planteaba el siguiente plan de estudios médicos⁹⁸:

Primer año

Clase principal: La anatomía especulativa. Prof. Sr. Morán

Clase accesoria: La química aplicada a la farmacia. Prof. Sr. Bustillos.

Segundo año

Clase principal: La anatomía y la fisiología. Prof. Sr. Morán.

Clase accesoria: La anatomía práctica y la patología. Prof. Dr. Sazie.

Tercer año

Clase principal: Los principios y práctica de la Medicina. Prof. Dr. Blest.

Clase accesoria: La materia médica y la terapéutica. Prof. Dr. Sazie.

Cuarto año

Clase principal: La medicina clínica en los Hospitales y la patología médica. Prof. Dr. Blest.

Clase accesoria: La obstetricia y las enfermedades de las mujeres parturientas y de los niños. Prof. Dr. Sazie.

Quinto año

Clase principal: Los principios y práctica de la cirugía. Prof. Dr. Blest.

Clase accesoria: La cirugía operatoria y la cirugía clínica. Prof. Dr. Sazie.

Sexto año

Clase principal: Los principios de la Medicina Forensica y la Medicina Clínica en los Hospitales. Prof. Dr. Blest.

Clase accesoria: La higiene y la policía médica. Prof. Dr. Sazie.

Esta organización de los estudios médicos es, a pesar de las diferencias con la catedrática colonial, un programa de formación que dejaba de lado muchos de los planteamientos que animaron el debate desde la Patria Vieja hasta 1830, y esto por dos razones.

Primero: el conocimiento de la anatomía humana normal y patológica no ocupaba el lugar central que se necesitaba para una medicina considerada científica. En un principio las disecciones anatómicas carecían totalmente de las características sanitarias y científicas que exigía el estudio médico, ya que eran realizadas “en un rincón del cementerio”, lo cual más bien parecía un ejercicio a hurtadillas, que una cátedra que debía ser la base del conocimiento médico.

El mismo currículo entrega luces sobre el “lugar” del estudio anatómico: existe una separación entre una “anatomía especulativa” y una “anatomía práctica”. El

de las décadas de 1810 y 1820 permite dar cuenta que el plan de estudios de 1833 más que un impulso desde el estado, como plantea Serrano, es una imposición de un tipo de formación y de un tipo de formadores que estaban acordes con la ideología social del orden portaliano. Los profesores del curso fueron: Pedro Morán (flebotomista educado con Fray Chaparro) en la cátedra de Anatomía, Fisiología e Higiene, Vicente Bustillos (boticario autodidacta) en la cátedra de Química y Farmacia, Lorenzo Sazie (médico francés) en la cátedra de Cirugía y Obstetricia, y Guillermo Blest (médico irlandés) en la cátedra de Medicina, Terapéutica y Materia Médica.

⁹⁸ “Decreto que establece Plan de Estudios del Curso de Medicina”, Santiago, 1835, Archivo Ministerio del Interior, vol. 73, f. 43.

anfiteatro viene más bien a ser parte de una *condición de modernidad*, que una *necesidad de formación*. Así el profesor Morán, que era un flebotomista autodidacta, señalaba en la inauguración de dicho espacio para estudio de cadáveres⁹⁹, su importancia pero a la vez la precariedad como enunciado:

*Para el anatómico, puesto bajo mis débiles luces tomé por tipo á los profesores Chaussier, Bichat i Maigrier, i aunque es innegable que la anatomía ha llegado á mayor grado de perfección, á costa de incesantes trabajos, sin embargo, no han conseguido aún, las escuelas, fijar los métodos de enseñanza. Así es que para facilitar el mejor aprovechamiento de mis alumnos me he visto en la necesidad de emprender tareas, casi superiores á mis fuerzas, á fin de compilar los más escojidos preceptos. Fijados estos, estudiaron la osteología, ó historia de los huesos, recibiendo á un mismo tiempo conocimientos especulativos i prácticos sobre un esqueleto humano. Muy pronto, con inspirada novedad debido á la aplicación de mis discípulos, se tocó en la materia de cartílagos, ligamentos, periostio, sinovia, etc. Conocida como la denominación de conexión de huesos, i se practicaron disecciones de cadáveres para conocer estas organizaciones, ejercitándose como primero como discípulos i mostrándose después como maestros.*¹⁰⁰

La precariedad del enunciado “anatómico”, entonces, tiene relación a la ausencia de un método de enseñanza, a que dicha enseñanza separa una “anatomía especulativa” de una “práctica”, y que en esta última se da una primacía de la anatomía macroscópica (a diferencia de la tendencia europea de fijar el conocimiento anatómico a nivel de los tejidos, y no de los órganos o huesos).

Segundo: a pesar de que la división entre teoría y práctica que planteaba la medicina escolástica tendía a desaparecer, el programa de estudios del régimen portaliano no optó por una formulación anti-cátedra, como se expresaba en la propuesta original de Blest. Más bien continuó con una importancia exacerbada al aprendizaje por medio de *Cátedras*. Y esto por dos razones. La integración de los estudiantes a una formación clínica en los hospitales, durante este período, fue muy baja y poco continuada. Por otro lado, el mismo Blest respaldó la formación de médicos por medio de la enseñanza médica basada en la conformación de un conocimiento científico imitativo de Europa, pero sin la práctica sistemática de la mirada clínica en los hospitales.

Blest al inaugurar el curso de 1833, se planteaba desde los sistemas médicos, y las miradas médicas quedaban subsidiarias de aquellos:

⁹⁹ El 17 de septiembre de 1833.

¹⁰⁰ Discurso del Porf. Morán en la inauguración del Anfiteatro de Anatomía de 1833, citado en Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile...*, Op. Cit., 1904, p. 355.

El método que pienso seguir en ese curso es el siguiente: Dividiré las enfermedades en dos clases: en la primera trataré de las enfermedades agudas y subagudas, y en la segunda, de las enfermedades crónicas. En mi lectura sobre cada enfermedad, consideraré en primer lugar las causas remotas; en segundo, los síntomas; en tercero, la anatomía mórbida; en cuarto, las condiciones patológicas de que los síntomas dependen; en quinto, el diagnóstico; en sexto, el plan curativo, y en séptimo y último, el pronóstico. Después de haber concluido este curso general, daré otro que consistirá en observaciones particulares sobre cada una de las enfermedades agudas y crónicas sucesivamente, con referencia no sólo a los estados de los varios tejidos, como la membrana mucosa, serosa, etc., sino también a las mudanzas de los fluidos, particularmente las de la sangre¹⁰¹.

Entonces, lo que encontramos en la *medicina oficial* del período portaliano, es decir, la que se imparte en el Curso de Medicina que se inicia en 1833, es una medicina de los sistemas y no la sistematicidad de la mirada clínica.

Pero, al pasar el tiempo podrá este punto débil (la cátedra) lograr la fortaleza de la medicina moderna: “El diagnóstico casi no existía en los primeros tiempos de la república, poco se había adelantado del modo como se hacía en la colonia; pero desde la fundación de la escuela comenzó á adquirir verdadera importancia para dirigir el tratamiento...”¹⁰².

Lo que se encuentra, en un primer momento, es una medicina nosológica transitando a la medicina clínica, pero desde la impronta de las cátedras, lugar en que los sistemas médicos circularán en conjunto con los aumentos de los conocimientos anatómicos y las ejemplificaciones con los enfermos. Pero, en este primer momento, el diagnóstico más bien correspondía al establecimiento de una entidad nosológica que pertenecía a algún sistema médico (Brown, Culler, Broussais, etc.).

Sin embargo, las analogías de las enfermedades y los avances clínicos (auscultación y percusión, por ejemplo) llevaban a un camino donde finalmente triunfaría la medicina anatomoclínica.

Un ejemplo de este cambio de la mirada médica, que se comienza a consolidar desde la década de 1860, lo podemos encontrar en el Plan de estudios médicos de 1886 que entró en vigencia en 1889¹⁰³:

¹⁰¹ “Alocución del profesor de Medicina Dr. Guillermo Blest en la apertura de esta facultad”, *Revista Médica de Chile* N° 111, 1983, p. 362.

¹⁰² Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, p. 197.

¹⁰³ “Decreto que establece Plan de Estudios de Medicina”, Santiago, 30 de Octubre de 1886, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889, pp. 61-63.

Primer Año

Historia Natural
Química General
Física Médica
Anatomía

Segundo Año

Anatomía
Histología Normal
Fisiología Experimental
Química fisiológica y patológica y Toxicología experimental

Tercer Año

Patología e histología patológica generales
Patología Médica
Patología Quirúrgica
Farmacología

Cuarto Año

Patología Médica
Patología Quirúrgica
Terapéutica y Materia Médica
Anatomía patológica e histología patológica especial
Medicina Operatoria

Quinto Año

Clínica médica
Clínica quirúrgica
Oftalmología y clínica oftalmológica
Ginecología y clínica ginecológica
Higiene

Sexto Año

Clínica médica
Clínica quirúrgica
Obstetricia y clínica obstétrica
Clínica de enfermedades de niños
Clínica de enfermedades mentales y nerviosas
Medicina Legal y Toxicología

En este plan de estudios de fines del siglo XIX se encuentran las referencias básicas para una medicina clínica: la anatomía patológica, la histología, las clínicas y las especialidades. Pero para llegar a estos cambios en el discurso médico fueron necesarias algunas modificaciones en la posición social y observadora del médico en torno a la enfermedad, lo que constituye un lento camino a lo largo del siglo XIX: el abandono de los sistemas nosológicos y la apertura de una mirada especial sobre la enfermedad: la clínica.

Para que surja la medicina clínica, principalmente comprendida en sus inicios como método de diagnóstico, es necesario que se logre vincular la entidad nosológica, construida en base a la observación de síntomas “en el lecho del enfermo”, con la

realidad de lo patológico, determinada en base a la observación del “espacio interior” del cuerpo. La producción de este nuevo “umbral” del saber médico tiene que ver con cambios en la discursividad y su regularidad, y específicamente en el nivel de la modalidad enunciativa, ya que la medicina clínica es un régimen para la enunciación de la “verdad” del cuerpo enfermo. Así se debe entender “como el establecimiento de relaciones en el discurso médico de cierto número de elementos distintos, de los cuales unos concernían al estatuto de los médicos, otros al lugar institucional y técnico de que hablaban, otros a su posición como sujetos que percibían, observaban, describían, enseñaban, etc.”¹⁰⁴. En el caso europeo se dieron tres grandes transformaciones de estas posiciones enunciativas.

En primer lugar, el hospital pierde su carácter de centro de encierro de una masa indiferenciada de pobres, como lo fue en la edad media, y se comienza a transformar en un centro terapéutico especializado.

En segundo lugar, el discurso médico produce un proceso de desmontaje de las analogías sedimentadas en esencias patológicas que desarrolló la nosología. Y este proceso tiene que ver en cómo comienzan a identificarse y designarse nuevos objetos para el discurso médico. La lectura de los síntomas de la enfermedad fue el elemento central de esta modificación, es decir, los cuerpos enfermos son ahora interpretados de manera distinta, por tanto producen objetos que emergen para el saber médico. La lectura de los síntomas implica tanto una nueva forma de análisis de las manifestaciones patológicas como nuevas técnicas de exploración del cuerpo enfermo para hacer que se “manifiesten” estas manifestaciones. Se puede decir que el análisis clínico son reglas de observación e interpretación para transformar los síntomas (manifestaciones corporales) en signos (significados patológicos del cuerpo).

En tercer lugar, la práctica de la disección anatómica y de la autopsia comienza a reorientarse bajo las preguntas de la patología. Esto implica que se comienzan a abrir cadáveres para estudiar y localizar las causas de la enfermedad. La descripción de la materialidad del cadáver se enfoca en la determinación de “lesiones orgánicas”. A esto se llamó *anatomía patológica*, y su desarrollo estableció de forma más directa la relación del estudio anatómico de los cadáveres con la teoría y la práctica médicas.

Entonces, los elementos antes descritos van produciendo un cambio en la formación discursiva, que implica tanto objetos identificados como posiciones y lugares para la identificación, de tal manera que la medicina clínica es una modalidad para

¹⁰⁴ Foucault, Michel, *La arqueología...*, Op. Cit., 2003, p. 88.

producir enunciados sobre la enfermedad. Esta forma de enunciación verdadera sobre la enfermedad tiene una relación primordial con los esquemas perceptivos y de observación: el “nacimiento” de la medicina clínica implica una nueva objetivación que suponía una enunciación *más objetiva* en tanto dejaba “hablar” al cuerpo: lo escuchaba y lo miraba. Por tanto, en este cambio tiene fundamental importancia tanto las técnicas de exploración de síntomas (auscultación, percusión, palpación, temperatura, etc.) como las técnicas de la anatomía patológica: “... la experiencia clínica va a abrirse un nuevo espacio: el espacio tangible del cuerpo, que es al mismo tiempo esa masa opaca en la cual se ocultan secretos, de invisibles lesiones y el misterio mismo de los orígenes. Y la medicina de los síntomas, poco a poco entrará en regresión, para disiparse ante la de los órganos, del centro, y de las causas ante una clínica enteramente ordenada para la anatomía patológica”¹⁰⁵.

En el caso chileno, el paso de la medicina nosológica a la medicina clínica se produce también por los cambios en las modalidades enunciativas. Uno de estos cambios se relaciona con el status del médico en la sociedad, asunto que ya Blest mencionaba en 1828: tradicionalmente la profesión médica poseía un desprestigio social en la sociedad chilena¹⁰⁶.

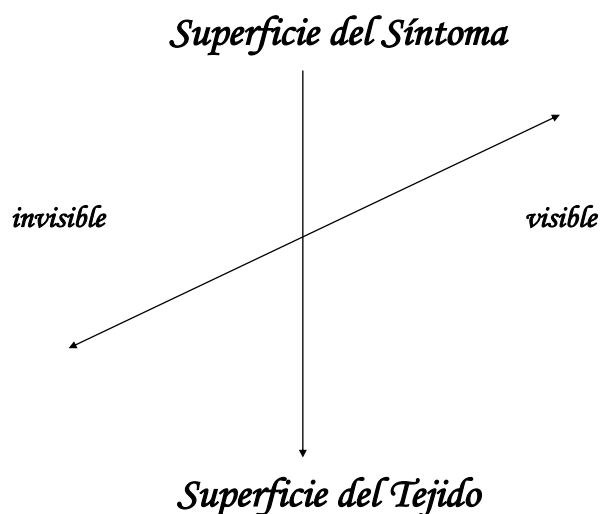
Uno de los primeros cambios tiene relación con la inserción de los médicos en la dirección de los establecimientos hospitalarios, en tanto parte técnica. Este cambio no es menor, ya que desde la época colonial los médicos figuraban como empleados de los hospitales, sin ningún tipo de atribuciones en la organización asistencial, más bien subordinados a las decisiones de los benefactores y miembros de las Juntas de Beneficencia. Así, en 1861 se determinó que “*El médico en jefe de los espresados establecimientos será en adelante miembro de la junta directiva de los establecimientos de beneficencia*”¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Foucault, Michel, *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1995, p. 176.

¹⁰⁶ Ferrer grafica este cambio de status por medio de la forma de transporte que ocupaba el médico para sus visitas: *a caballo, en birlocho y luego en victoria o en coupé*. Cf. Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904, p. 323.

¹⁰⁷ “Decreto sobre el Médico en Jefe de los Hospitales i Casas de Expósitos”, Santiago, 26 de Octubre de 1861, *Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos referentes a los establecimientos de Beneficencia en Santiago 1832-1874*, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874, p. 39.

Figura N° 2: *La mirada anatomoclínica*¹⁰⁸.



Por otro lado, se forma una Junta especial compuesta por los representantes del saber médico, independiente y paralelo del funcionamiento de la Escuela de Medicina y del Protomedicato.

Art. 1º. Se establece en Santiago una junta compuesta de los médicos de los establecimientos de beneficencia.

Los fines que la junta se propone son: examinar los sistemas curativos i declarar cuáles son los que deben adoptarse en conformidad con los adelantos de la ciencia i con las lecciones de la esperiencia; velar por el buen desempeño profesional de sus mismos miembros; i pedir a los administradores su destitucion por inobservancia de sus deberes.

Art. 3º. Son atribuciones del médico en jefe:

3ª. Presidir la junta i reunirla cada quince dias, haciendo ante ella las observaciones que le sugieran los métodos curativos adoptados por los médicos de los establecimientos i todo lo que crea conveniente reformar en el ejercicio profesional de los facultativos.

Art. 4º. Son deberes del mismo médico en jefe:

*1ª. Asistir diariamente a uno de los establecimientos por lo menos, a las horas en que los médicos pasen la visita a los enfermos, para indagar todo lo que crea conducente al mejor acierto de su curación, alivio o comodidad*¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Fuente: Elaboración personal a partir de Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica...*, Op. Cit., 1998

¹⁰⁹ "Reglamento que organiza una Junta compuesta de los médicos de los establecimientos de beneficencia de Santiago", Santiago, 18 de Noviembre de 1870, *Colección de ordenanzas...*, Op. Cit., 1874, pp. 43 y 44.

Estos casos, por tanto, plantean que existe un status adquirido por los médicos, que les permite asumir la parte técnica (terapéutica) de la organización asistencial. Aunque la organización interna de estas modificaciones siguen bajo la lógica “tradicional” de las Juntas de notables, por tanto muchos médicos continúan con su status adscrito y subordinado de ser simples empleados que están en un lugar “inferior”. A pesar de esta realidad que continúa y proviene del mundo colonial, los médicos comienzan un proceso que hará triunfar la clínica: los médicos, más allá de la subordinación social y política, son los “señores de su saber”. La clínica como práctica discursiva requiere de procesos reflexivos sobre la enfermedad: *es la soberanía de la conciencia lo que transforma el síntoma en signo*.

Al pasar a tener un status “superior” en los establecimientos hospitalarios y en la organización asistencial, en lo que respecta al saber técnico, los médicos constituyen los conocimientos de las enfermedades (*métodos curativos*) en sus propios “señoríos”: es el mundo que ellos pueden dominar y decir la última palabra. Pero para que estos “señores de la enfermedad” puedan lograr mejoras constantes de su status era imprescindible un “saber cualificado”: es el tema de la formación.

La clínica necesita de una formación específica: los hospitales deben participar de una pedagogía médica, deben ser campos de observación de enfermedades. Sólo es a “los pies del lecho del enfermo” cuando el médico aprenderá a “leer” los síntomas como signos de enfermedades específicas.

1º. Que el establecimiento de un internado en los hospitales de Santiago contribuirá eficazmente a dar una dirección práctica a los estudios de medicina; i

2º. Que el servicio de los mismos hospitales se mejorará notablemente encomendando a los alumnos internos las curaciones que se hacen en la actualidad por empleados menos inteligentes...

Art. 1º. Se establece en los hospitales de Santiago un internado que se compondrá por ahora de diez alumnos de los que cursan los ramos correspondientes al tercer año de estudios médicos i de diez de los que cursan el segundo. Estos últimos serán auxiliares de los primeros.

Art. 2º. Los alumnos se distribuirán en tantas secciones, cuantos sean los servicios, a saber: cirugía mayor, cirugía menor, medicina i estadística.

Art. 3º. Los alumnos estarán bajo la inmediata dirección de los médicos de sala en todo lo relativo al servicio médico, i bajo las del administrador del respectivo hospital en lo concerniente al orden interno de la casa.

Art. 6º. Son obligaciones de los alumnos:

1ª. Acompañar al médico de sala en la visita de la mañana, anotando las observaciones que el médico le ordene i dándole cuenta de lo que haya ocurrido en la visita anterior.

2ª. Ayudar al cirujano en las operaciones que practicare.

4ª. Practicar las autopsias que el médico de sala le ordene.

Art. 7º. Los internos se turnarán para hacer una guardia de 24 horas, de modo que siempre haya un alumno en el Hospital.

Durante la guardia el interno recibirá los enfermos en el Hospital, los distribuirá, según los casos, en los servicios de cirugía o medicina, aplicándoles las primeras curaciones en union con el médico de la casa¹¹⁰.

Esta formación de médicos con actividades de internado en hospitales da posibilidad a la clínica. El método clínico exige no sólo el ejemplo de una enfermedad, sino el cambio del lugar de la enfermedad: ya no es una esencia en un “cuadro nosológico”. Lo que el médico debe observar son casos y síntomas: mientras más casos observa, más síntomas escucha, mira, “lee”. De esta forma, se desatan los nudos esencialistas de la enfermedad, la formación por medio de un internado clínico permite al estudiante una pedagogía donde se le presentan casos múltiples, y que en cada enfermo se debe “explorar” rigurosamente sus síntomas (auscultación, palpación, percusión, temperatura, como ejemplos de medios de exploración) para así observar la realidad de una patología. Y esta formación clínica comienza a ser sistemática y a madurar en los hospitales sólo hacia la década de 1870.

Los nuevos enunciados sobre la enfermedad que presenta la medicina chilena, a partir de 1860, son producto de estos cambios en las posiciones sociales y observadoras de los médicos. Pero, en general, la clínica y su consolidación tienen relación con la recepción y adaptación que hace el campo académico de los avances médicos europeos.

Como ya se describió, en los inicios de la medicina republicana la anatomía se postuló como el punto focal de una medicina moderna. Pero antes de 1860 esta anatomía era básicamente descriptiva y macroscópica y no tenía la vinculación necesaria con la patología médica y quirúrgica. Los enunciados de una medicina clínica tienen relación directa en cómo los sistemas médicos (nosología) fueron desplazados por la importancia asignada a la anatomía pero vinculada rigurosamente a la patología: “La anatomía patológica llegó a ser considerada como una de las fuentes más útiles para el estudio de las enfermedades, contribuyendo poderosamente a ello la existencia de un museo anatómico (...) la investigación de la lesión orgánica, como causa precisa de la enfermedad, era ejecutada por todos los médicos chilenos y, debido a estas investigaciones, desterráronse para siempre las enfermedades llamadas esenciales, las que fueron a figurar solo en el cuadro de las afecciones nerviosas, aun no bien

¹¹⁰ “Decreto que establece un internado en los hospitales de Santiago”, Santiago, 8 de Abril de 1869, *Colección de ordenanzas...*, Op. Cit., 1874, pp. 40 y 41.

conocidas (...) La autopsia, sobre todo en clínica, tomó el rango que le corresponde en toda escuela regularmente organizada”¹¹¹.

Por tanto, la medicina clínica como modo de enunciación de la “verdad” de la enfermedad, consistió, en sus inicios, en un desplazamiento desde la superficie de la enfermedad (síntomas) hacia el interior de un organismo enfermo, es decir, hacia los órganos y sus lesiones, en un primer momento, y luego hacia los tejidos como los portadores primarios de la patología. Al estructurarse de esta manera la objetivación del cuerpo enfermo, se puede hablar con propiedad de un “diagnóstico clínico”.

Los cambios en las posiciones sociales y observadoras del discurso médico producen esta medicina “moderna”, que se ancla en el diagnóstico. Pero, los tratamientos de las enfermedades, independiente de la mirada anatomoclínica, todos confluían a un saber tradicional: la sangría y la sustancia medicamentosa.

Vale decir, la ojeada médica delega el tratamiento a un plano premoderno o sin este criterio positivo u objetivo. Así, el uso masivo de las sangrías y el uso de medicamentos tradicionales como métodos terapéuticos, provienen de las doctrinas humorales del cuerpo humano, y aún carecen de base fisiológica. Es el practicante o flebotomista y el boticario: los sujetos enunciativos tradicionales que se mantienen pese a las modificaciones de la posición científica del médico.

La botica: valor y símbolo

Un aspecto muy interesante de “develar” dentro del ordenamiento enunciativo del asilo, es el lugar que se le asigna a la *Botica*¹¹² en el discurso que habita en el hospital. Lugar que, indisolublemente, presenta una estructura binaria: económica y espacial.

En primer lugar, la botica debía tener una espacialidad adecuada para sus funciones en la “casa señorial”.

¹¹¹ Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, pp. 266 y 267.

¹¹² *Botica* es el antiguo nombre de lo que posteriormente se conocerá como “oficina de farmacia”: el lugar donde se preparan los productos medicinales y el lugar donde se dispensan (definición previa al desarrollo masivo de la industria farmacéutica). La palabra “botica” tiene un origen etimológico remoto en el griego bizantino *apothíki*, *apothetke*: “depósito”, “almacén”. De ahí que los primeros boticarios fueran llamados en la antigüedad y en la edad media “apotecarios”.

*...y di principio por trasladar muy luego la botica para quitarle la perjudicialísima comunicación que tenía con la calle...*¹¹³.

Esta espacialidad pasaba, entonces, por el traslado de la botica desde un “lugar” que permitía y establecía intercambios con el “afuera” hacia un “lugar” en donde su papel curativo se volcaba sólo en el “adentro”: el departamento de botica debía estar en el segundo patio o “patio funcional”.

Este espacio apropiado para la botica implicaba, en primer lugar, terminar con las pérdidas económicas que traía consigo la “comunicación” con el exterior, lo que determinaba que –en una terminología actual- una farmacia asistencial realizara “negocios” propios de una farmacia privada y, en segundo lugar, que el emplazamiento de la botica en el “patio funcional” permitía una vigilancia constante y sistemática de los procesos farmacéuticos, tanto a nivel de la elaboración y calidad como de gastos que se producían en el departamento de botica. Por tanto, el binomio económico – espacial funcionaba bajo el postulado de que una botica que se ubica espacialmente en el interior del hospital, presenta altas probabilidades de que el control de gastos farmacéuticos y de las sustancias medicamentosas sea efectivo¹¹⁴, por lo que las pérdidas económicas¹¹⁵ serán menores por la misma distribución espacial.

En el “patio funcional” no sólo se encontraba “la botica”, sino también la pieza donde habitaba el “boticario”¹¹⁶. Por tanto, la botica no es solamente un espacio delimitado (“departamento”) donde se almacenan, conservan, preparan y distribuyen los medicamentos, también es el ámbito hospitalario donde se ejerce un saber específico (“la farmacia”) por un empleado competente (“boticario o farmacéutico”) que es ayudado por un sirviente (“el peón de botica”).

¹¹³ Informe de Ignacio de Reyes al Ministerio del Interior, 27 de diciembre de 1837, citado en Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (inédito), p. 186.

¹¹⁴ Las preocupaciones de las autoridades republicanas por el control del ejercicio farmacéutico fueron tempranas, en 1827 se decretó un “Reglamento sobre el ejercicio de la Medicina y Farmacia”, que, entre otras cosas, planteaba la separación estricta entre la profesión médica y la farmacéutica, y el control minucioso de los medicamentos que se preparaban y dispensaban en las boticas. Para el texto completo de dicho reglamento, véase Gunckel, Hugo, *Desarrollo histórico de la profesión farmacéutica en Santiago de Chile durante el período hispánico – colonial (1541-1810)*, Santiago, Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile A.G., 1983, apéndice, pp. 38-39.

¹¹⁵ La gran cantidad de sustancias de origen animal, vegetal, mineral y químico, junto con los instrumentos y artefactos necesarios para las preparaciones farmacéuticas, determinaban que el departamento de botica tuviera gastos elevados. Así, las pérdidas económicas en este sentido eran objeto de preocupación. Por ejemplo, en 1834 los gastos del hospital (sin contar sueldos y cuotas de tesorería) eran de \$7.673 aprox. donde los gastos de botica eran de \$1.069 aprox., es decir, un 14% del total de los gastos del hospital.

¹¹⁶ En la búsqueda documental que se realizó para esta investigación de tesis no se encontraron los nombres de los boticarios que vivieron y trabajaron en el Hospital en el período histórico estudiado.

El boticario asumía en primer lugar un papel administrativo de alta demanda técnica y responsabilidad: (a) tener un libro foliado en que se lleve cuenta de las sustancias y medicinas compradas, el que será visado por el administrador al principio de cada mes; (b) formar una lista con las sustancias necesarias para preparar medicamentos, supervisada por los dos médicos y encargada al administrador y al mayordomo para su compra, pero *“siendo él solo responsable si los recibiese de mala calidad”*¹¹⁷; (c) avisar al administrador de todas las sustancias y materiales que ofrece el país para el surtimiento de la botica; (d) acompañar a los dos médicos en las visitas que realizan a las Salas de las enfermas, como asimismo en las operaciones quirúrgicas, para de esta forma *“llevar el recetario con el mayor cuidado, porque sera responsable de la mas pequeña desgracia que ocurriese por algun error que cointeniere”*¹¹⁸; (e) *“Preparar las medicinas interiores que hubiesen recetado los médicos para administrarlas a las cinco y media de la mañana, y a las cuatro de la tarde en verano: a las seis de la mañana , y a las tres y media de la tarde en invierno; y las de la noche las entregará a la madre en botellas, ó vasos cubiertos con papel si fueren líquidas, y envueltas si no lo fuesen; escribiendo en cada una de ellas la hora y el número de la cama de las enfermas que deben tomarlas”*¹¹⁹; (f) además, el farmacéutico deberá preparar medicamentos a los empleados y sirvientes del asilo que lo requieran, y entregar productos medicinales a las enfermas que no puedan entrar a medicarse ya sea por falta de camas u otra razón; (g) y tiene obligación de entregar un inventario exhaustivo de todas las existencias de la botica al administrador cada dos años.

Por tanto, el valor funcional de la botica pasaba, en gran parte, por las obligaciones administrativas y técnicas del boticario¹²⁰, para así lograr que el “enunciado portaliano” penetrara en los dominios de los medicamentos que, como se deja entrever, eran considerados “objetos preciados”. Pero estas “valiosas cosas” necesariamente debían postularse desde el orden (espacial) y la regulación (racional):

¹¹⁷ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*, Santiago, Imprenta de la Independencia, 1837, p. 23.

¹¹⁸ Loc. Cit.

¹¹⁹ Loc. Cit.

¹²⁰ Los controles y obligaciones de los boticarios ya eran asunto común en el siglo XVIII: “Asistira alas visitas del Medico y sirujano llevando en su reseptuario apunte individual, i claro delo q. ambos reseptan para q. le sirva de gobierno en el despacho sin permitir q. oficial alguno despache medisina interna porq. esta deve prepararse por su mano, i en su defecto por quien lo obtituya con aprobacion de dichos facultativos...” *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 20.

*Pero lo que es más, la botica que siempre se ha creído lo más difícil de sistemar, está en tal estado de arreglo que en breve momentos se puede demostrar el consumo y la existencia de los artículos que suministra*¹²¹.

Pero la disfuncionalidad de la botica no sólo debía ser encarada en términos del valor funcional. Sino que el problema de la botica tenía una relación directa con las mismas sustancias medicamentosas y medicamentos; es el problema del valor curativo de los productos que emanan de la botica¹²²: el boticario y “su arte”.

Para acercarse al “arte farmacéutico” de la época y, por extensión, al que se desarrollaba en el Hospital San Francisco de Borja, se deben comprender las regularidades discursivas que permiten constituir a la farmacia como un saber relevante para el asilo y su modelo curativo.

En el período histórico que corresponde a la primera mitad del siglo XIX la “farmacia”, en tanto saber, aún no lograba una separación clara entre su carácter científico y su carácter de “arte”: *“unos la han considerado como un nuevo arte; algunos la han definido con el mismo epíteto, agregando que era de aplicación científica; otros en fin han dicho que era un ramo de la química, que tenia por objeto la combinación i mezcla de las sustancias que sirven para medicamento”*¹²³

La farmacia, sin embargo, que existe en el período portaliano se encuentra transitando hacia esquemas más cercanos a los criterios de la química moderna. Bustillos¹²⁴ señala que la farmacia *“es la ciencia que enseña a conocer, elegir, preparar, reponer i conservar los medicamentos”*¹²⁵, y para este objetivo, el farmacéutico debe estudiar y conocer diferentes ciencias que lo apoyan en aquella misión: la física y, en primer lugar, la química, *“sin ella [la química] no puede apreciar [el farmacéutico] su pureza o estado propio [de las sustancias], ni conocer las*

¹²¹ Informe de Ignacio de Reyes al Ministerio del Interior, 27 de diciembre 1837, Op. Cit., p. 186.

¹²² Interesante es considerar que la Botica del Hospital San Borja recibió “como herencia” parte del instrumental, artefactos y textos de la famosa “Botica de los Jesuitas” del siglo XVIII, lo cual lleva a pensar que no debió estar en un estado muy precario. Cf. Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Op. Cit., 1993, pp. 200 y ss. Cf. Neghme, Amador, “Semblanza histórica del Hospital San Francisco de Borja”, *Revista Médica de Chile* N° 110, 1982, pp. 693-706.

¹²³ Bustillos, José V., *Elementos de Farmacia aplicada a la Medicina*, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1856, p.I.

¹²⁴ José Vicente Bustillos (1800-1873) estudio en el Instituto Nacional pero no concluyó sus estudios. Su formación fue autodidacta como farmacéutico, básicamente cuando trabajó como empleado en la botica de Nataniel Cox. El aumento de su fama y fortuna le llevó a regentar su propia farmacia, que además sirvió de centro de sociabilidad de “políticos pelucones”. Importante fue su amistad con Diego Portales Palazuelos. Fue un ferviente católico, y también diputado de la Asamblea Constituyente de 1833. Sobre el perfil biográfico de Vicente Bustillos véase, Aedo, Oscar, *José Vicente Bustillos. Padre de la farmacia chilena*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1987.

¹²⁵ Bustillos, José V., *Elementos de Farmacia...*, Op. Cit., 1856, pp. I-II.

falsificaciones a que están sujetos por la mala fe o por otros motivos, como ni tampoco prever, para aun impedir las alteraciones, que pueden experimentar mas tarde por la accion de agentes naturales que tienden incesantemente a destruirlos”¹²⁶. Entonces, la farmacia tiene su base fundamental en la química, que es la que le permite estudiar y preparar las sustancias.

Pero no sólo la química, ya que el farmacéutico debe aportar a la *materia médica*¹²⁷ con nuevos descubrimientos y observaciones, para eso estudiará fisiología, como también debe tener claridad de los “seres” de donde provienen las sustancias, debe conocer su origen sistemático, y para eso estudiará historia natural y mineralogía¹²⁸.

Entonces, el saber farmacéutico planteado por el boticario más *avanzado* del período portaliano, que, sin duda, marcaba la pauta para los *otros* boticarios, ya sea como miembro permanente del Tribunal del Protomedicato o como profesor de química y farmacia en el Instituto Nacional, establecía a la farmacia en una transición hacia los criterios modernos, pero que aún mantenía una parte en las artes de los apotecarios.

El criterio moderno se podría definir por la búsqueda de la *precisión discursiva*. El farmacéutico es el manipulador de las sustancias, es aquel profesional que desarrolla la capacidad de controlar, seleccionar, extraer, estudiar, preparar, envasar, conservar y administrar las sustancias (animales, vegetales, minerales y químicas). Por tanto, el boticario para producir los medicamentos debía conocer y (re)conocer las sustancias, las mezclas y los orígenes de ellas.

La farmacia se dividía en tres grandes ámbitos para el trabajo con las sustancias medicamentosas: (a) *Materia Farmacéutica*: “*que se ocupa del conocimiento, elección i conservación en jeneral de los medicamentos simples [sustancias extraídas directamente de la naturaleza sin tratamiento que las altere] i estudiar la historia de*

¹²⁶ Ibid., p. III. Agregados míos.

¹²⁷ “*Materia Médica*: ciencia que se ocupa del conocimiento de los medicamentos , de su acción en la economía animal y de su modo de administración”. Castells, José, *Diccionario de Medicina, Cirugía, Farmacia, Medicina Legal, Física, Química, Botánica, Mineralogía, Zoología y Veterinaria*, París, Librería de Rosa y Bouret, 1860, p. 393.

¹²⁸ Estos amplios conocimientos que Bustillos postulaba como necesarios para la profesión farmacéutica, en la práctica no tuvieron total concreción. Cuando en 1833 el gobierno decretó la apertura de un Curso de Farmacia en el Instituto Nacional, este tuvo escasa matrícula, carecía del instrumental básico y su plan de estudios era bastante simplificador: primer año, se estudiaba Química; segundo año, se estudiaba la Botánica y la Zoología que tuviera algún interés para la farmacia; y en tercer año, se desarrollaban los conocimientos propios de la farmacia. Para los detalles de este decreto, véase Gunckel, Hugo, *Desarrollo histórico de la profesión farmacéutica en Santiago de Chile durante el período hispánico – colonial (1541-1810)*, Op. Cit., apéndice, pp. 39-41.

cada uno de ellos”¹²⁹; (b) Farmacia Química: “*que es la que tiene por objeto preparar los medicamentos [compuestos], procurar su conservación, disponerlos al uso médico i conocer la cantidad i el modo como deben ser administrados*”¹³⁰; (c) Farmacia Galénica: “*todas las operaciones en las que de tal manera se complican las reacciones, que no es fácil apreciarlas, ya por el número de agentes que concurren, o por la ignorancia en que estamos en sobre su naturaleza i propiedades*”¹³¹.

La precisión de tendencia moderna implicaba, además, el manejo y el control de los procesos de la botica, pero entendida ésta como “laboratorio”:

“[el boticario] la ciencia la ha de acompañar con la exactitud i el orden; i por la primera se entiende esta probidad escrupulosa que no permite ningun cambio de cantidad, ni sustitucion de material, o este cuidado religioso en las preparaciones, que da productos siempre regulares i uniformes; i por órden el cuidado en la colocacion con lo que sin confusion alguna deben disponerse las sustancias, lo adecuado de los envases en que han de guardarse, los lugares propios en que han de colocarse i finalmente el sumo aseo que en todo debe observarse”¹³².

Entonces, las sustancias, objeto de la reflexión y práctica del farmaceuta, son estudiadas partiendo de un plan químico. Las sustancias constituyen, en primer lugar, cuerpos químicos, estructuras formadas por moléculas, ya sean moléculas simples o compuestas. De ahí todo el primer esfuerzo del saber farmacéutico de la primera mitad del siglo XIX por establecer las bases químicas de la naturaleza. Pero esta *precisión discursiva* implica, también, realizar los deslindes internos de la farmacia y, por cierto, clasificar las sustancias como parte del “cuadro de la naturaleza” (historia natural). Sólo así, la farmacia como ciencia de las sustancias medicamentosas, podía entregar elementos enunciativos (precisos) para el conocimiento de los efectos de los medicamentos en el cuerpo enfermo, es decir, llegar a un *logos* del *pharmakon* (Ver cuadro nº 2).

Cuadro N° 2: *Clasificación Fisiológica de la Materia Médica, por M. Duncan.*

NUTRIENDO EL CUERPO	ALIMENTOS
<i>Por la bebida</i>	<i>Potus</i>
<i>Cuando obran medicinalmente</i>	<i>Diluentes</i>
<i>Por la comida</i>	<i>Cibi</i>
<i>Cuando obran medicinalmente</i>	<i>Demulcentes</i>

¹²⁹ Bustillos, José V., *Elementos de Farmacia...*, Op. Cit., 1856, p. V. Agregado mío.

¹³⁰ Loc. Cit. Agregado mío.

¹³¹ Bustillos, José V., Op. Cit., 1856, p. VII.

¹³² Bustillos, José V., Op. Cit., 1856, p. IV. Agregado mío.

POR EVACUACION	EVACUANTES
<i>Insensiblemente por la cutis</i>	<i>Diaforéticos</i>
<i>Sensiblemente por la cutis</i>	<i>Sudoríferos</i>
<i>Por la membrana mucosa: De las narices</i>	<i>Esrrinos</i>
<i>De los pulmones</i>	<i>Espectorantes</i>
<i>Del estómago</i>	<i>Eméticos</i>
<i>De los intestinos</i>	<i>Catárticos (o purgantes)</i>
<i>Del útero</i>	<i>Emenágogos</i>
<i>Por la secreción glandular: De los riñones</i>	<i>Diuréticos</i>
<i>De las glándulas salivales</i>	<i>Sialógogos</i>
EXCITANDO EL PODER VITAL	ESTIMULANTES
<i>Principalmente de la parte aplicada</i>	<i>Tópicos</i>
<i>Aplicados exteriormente: Causando rubefacción</i>	<i>Rubefacientes</i>
<i>Causando secreción serosa</i>	<i>Vesicantes</i>
<i>Causando secreción purulenta</i>	<i>Supurantes</i>
<i>Administrados interiormente: Cuando alimentariamente</i>	<i>Condimentos</i>
<i>Cuando medicinalmente</i>	<i>Carminativos</i>
<i>Excitando el sistema en jeneral</i>	<i>Jenerales</i>
<i>Confusamente, pero más durable</i>	<i>Permanentes</i>
<i>Produciendo no un efecto obvio inmediato</i>	<i>Tónicos</i>
<i>Constriniendo las fibras i coagulando los fluidos</i>	<i>Astringentes</i>
<i>De un modo más evidente pero poco durable</i>	<i>Transitorios</i>
<i>Obrando sobre las funciones orgánicas</i>	<i>Calefacientes</i>
<i>Obrando sobre las funciones mentales</i>	<i>Embriagantes</i>
DEPRIMIENDO LOS PODERES VITALES	DEPRIMENTES
<i>Obrando sobre las funciones orgánicas</i>	<i>Refrigerantes</i>
<i>Obrando sobre las funciones mentales</i>	<i>Narcóticos</i>
POR INFLUENCIA QUÍMICA EN LÍQUIDOS	QUÍMICOS
<i>Acidificando</i>	<i>Ácidos</i>
<i>Alcalizando</i>	<i>Álcalis</i>

Fuente: Bustillos, José Vicente, *Elementos de Farmacia aplicada a la Medicina*, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1856.

Pero por otro lado, esta farmacia que tendía claramente a la precisión enunciativa, todavía tenía una configuración material y simbólica que la ligaba a su pasado antiguo y a sus raíces medievales: es el “arte” que nace de los especieros, apotecarios, droguistas y alquímicos en su búsqueda por extraer, estudiar y transformar

las sustancias de la naturaleza¹³³. Y esta consideración a una farmacia tradicional, que se aparta de los postulados más rígidos de la tratadística “científica”, sirve para hacer una conexión más realista con el papel que cumplía la botica del Hospital San Borja en el modelo curativo.

Lo primero que la botica del hospital debía poseer eran ciertas existencias materiales: las sustancias y el instrumental farmacéutico. Sobre lo primero, es decir, sustancias de uso medicamentoso, podemos nombrar algunas que aparecen en el inventario que confeccionó Mariano Guzmán cuando asumió como administrador¹³⁴:

Alumbre calcinado; Polbos de jalapa comptos; Goma Ammoniaco; Extracto de Lechugas; Polbos antimoniales; Sulfureto de potasa; Hypecacuana; Cloruro de cal; Sal Volátil de Antimonio; Sulfato de quinina; Sulfato de potasa; Nitrato de potasa; Coral Rubio; Alcanfor; Agua carmelitas; Cachanlagua; Sandalino Rosado.

Entonces, considerando las nominaciones de las sustancias medicamentosas la práctica de la farmacia en la botica del hospital distaba de aquél cuadro científico que aparecía en la tratadística. Pero ambas materialidades (sustancias y equipamiento) permitían el desarrollo del trabajo y la sapiencia tradicional del boticario: pulverizaciones, fusiones, liquefacciones, evaporaciones, rectificaciones, deflegmaciones, sublimaciones, soluciones, precipitaciones, fermentaciones, etc.

El boticario debe llegar a transformar las sustancias en un medicamento. El medicamento es toda sustancia, que aplicada de cualquier modo (o sea en forma externa o interna al cuerpo humano), concurre a curar las enfermedades. Existen medicamentos oficinales y magistrales¹³⁵, además de medicamentos simples¹³⁶ y compuestos. En los medicamentos compuestos, que corresponden al deslinde de la farmacia química, el boticario alcanza el más alto grado de realización de su saber¹³⁷: es la noción de

¹³³ Sobre estos oficios premodernos, véase Kottow, Miguel, *Intenciones y expectativas de la farmacoterapia. Historia del uso de sustancias exógenas para influir en el cuerpo humano*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 2000. Véase además Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*, Op. Cit., 2001, pp. 235-241. También véase Kottow, Miguel, *El báculo de esculapio y el cáliz de Higieia. Historia de una relación turbulenta*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1995.

¹³⁴ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (inédito), pp. 172-174. Cf. *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Santiago, año 1832, Fondo HSFB.

¹³⁵ *Medicamento oficinal*: los que preparados según las formulas jeneralmente recibidas i en la época mas conveniente del año, pueden conservarse largo tiempo sin alteración (...) *Medicamento magistral*: son los que se alteran mui prontamente i por cuya razón se confeccionan cuando son formulados por la prescripción de un médico, o poco antes de ser administrados a los enfermos. Bustillos, José V., Op. Cit., 1856, p VI.

¹³⁶ Véase supra. Materia Farmacéutica.

¹³⁷ Para antecedentes químicos sobre el desarrollo de la farmacia en el siglo XIX y XX, véase Cortina, María E., *Evolución de los medicamentos del tratamiento de las enfermedades y del concepto de enfermedad*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1996.

formulación donde los criterios modernos (cuadro químico y natural) y las prácticas tradicionales (saberes consuetudinarios de plantas y minerales, técnicas antiguas de preparación, etc.) se conjugan.

Cuadro N° 3: Fórmula de un medicamento compuesto.

SUSTANCIA MEDICAMENTOSA	MEDIDA DE CAPACIDAD DE LA FARMACOEPA ESPAÑOLA	ROL DE LAS SUSTANCIAS EN LA FORMULACION	DEFINICION DEL ROL DE LAS SUSTANCIAS
Bálsamo de Copaiva	1 onza	Base	Sustancia en la que se supone reside la principal virtud.
Eter nítrico	2 dracmas	Adyuvante	Ayuda, favorece o aumenta su virtud.
Jarabe de corteza de cidra	2 onzas	Correctivo	Corrije, disminuye o mitiga su actividad o acritud.
Agua	6 onzas	Escipiente	Vehículo o disolvente, i es la que concurre a unir, aglutinar, amasar, desleir o disolver las demas sustancias.
Huevos	2 yemas	Intermedio	Favorece la unión, suspensión o disolución con el escipiente.

Fuente: Elaboración propia a partir de Bustillos, José V., *Elementos de Farmacia aplicada a la Medicina*, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1856.

Para el epistemólogo Gastón Bachelard, la farmacia está emparentada con la alquimia como dos saberes tradicionales que plantearon el trabajo con las sustancias. Dichos saberes parten de una valoración de las sustancias. Este modelo sustancialista permite pensar las sustancias como un valor, que se encuentra en la profundidad o en la intimidad de la materia. Son valores profundos u ocultos, que se trabajan luego de varias maceraciones, destilaciones, pulverizaciones, para sacar a la luz la esencia, la virtud, la cualidad buscada, es decir, la sustancia¹³⁸ (por ejemplo, un jugo, un extracto, un polvo). La sustancia es un valor ya que es producto y reflejo de un trabajo, a la vez

¹³⁸ En términos etimológicos, “sustancia” es tomado del latín *substantia*, derivado de *substare* “estar debajo”.

material y simbólico (deseo, pulsión, significado). Entonces, todo trabajo con la lógica sustancialista es un ejercicio de simbolización y de valorización: “*la sustancia tiene un interior*, o mejor aún, *la sustancia es un interior*”¹³⁹.

Toda esta valorización funcional de la botica (económica, espacial, organizativa, técnica, jerárquica¹⁴⁰) tiene como finalidad en el orden discursivo producir el valor simbólico: las sustancias transformadas en medicamentos. La funcionalidad está al servicio de un boticario que debe trabajar (valorizar las sustancias) para sacar a la luz, para lograr desenterrar, para dar nacimiento al *símbolo*: surge una esencia de las sustancias: un secreto, un arcano, una cualidad oculta.

El valor funcional y simbólico de la botica está dado, entonces, en que el medicamento no es un solamente un producto medicinal comercial, sino que debe ser una obra del asilo: el medicamento es una bondad y una pureza: son las sustancias que curarán a las mujeres enfermas pobres; nutriendo el cuerpo, evacuando lo insano, estimulando el poder vital y, por cierto, curando en lo externo y en lo interno a “su humanidad doliente”¹⁴¹.

¹³⁹ Bachelard, Gastón, *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México, Siglo XXI, 2004, p.117.

¹⁴⁰ Este valor funcional de la botica en el modelo curativo ayuda a explicar porque en la jerarquía de empleados y sirvientes el boticario que ocupa el cuarto lugar en la administración, es sin embargo el que recibe el salario más elevado (\$33 mensuales), más alto incluso que los capellanes, médicos y mayordomo.

¹⁴¹ A este respecto es interesante recordar el epígrafe con que parte el libro ya citado de Bustillos: “Siendo las ciencias mas útiles para el individuo como para la sociedad, aquellas que por su medio se puede poner en ejercicio, no por cierto la soñada filantropía filosófica i fraternidad socialista, sino la caridad evajélica, la Farmacia es una de este jénero”.

4. Una morada de la enfermedad y la miseria

ENUNCIADO: Deriv. del lat. *nuncio* ‘emisario’,
‘anunciador’ y del lat. *en* (preposición) ‘dentro de’.

La noche que yo amo crece entre los despojos,
Que al puerto del fracaso arroja la ciudad...
La noche que yo amo no amanece jamás,
Negra noche no me trates así,
Negra noche espero tanto de ti...

Joaquín Sabina, *Negra noche*.

El énfasis que se ha hecho en el orden político radica en que es el sujeto enunciador más permanente y determinante del discurso del hospital entre 1830-1870. Esto quiere decir que las otras dos modalidades de enunciación, es decir, el discurso médico y el espacio arquitectónico, presentan menor continuidad, en virtud de las distintas modificaciones que sufrieron en sus formas. En el segundo caso es más manifiesto, ya que el hospital cambió sus edificios totalmente en 1859, por lo que el “espacio de hospitalización” transformó radicalmente sus estructuras. En el primer caso, las enunciaciones del saber médico transitan por diferentes posiciones sociales y científicas, lo que sólo hacia el final del período se concreta en una observación y un lugar con mayor centralidad dentro del hospital. Pero esto no quiere decir que, para ambos casos, en cada corte temporal o “umbral” no hayan jugado una función relevante en la formación de los discursos.

La importancia de situar el lugar que ocupa el hospital dentro del orden político implica, entonces, que se determina que el hospital está inserto en un régimen de formación de enunciados, en unos encadenamientos de enunciaciones, que son político-administrativas y que permiten dar una cierta regularidad social a las prácticas hospitalarias, lo que queda cristalizado en el “enunciado portaliano”. Al revisar algunas de las formas discursivas que toman estos planteamientos políticos, surge la siguiente pregunta histórica: ¿pudo ser distinto?

Este problema podría ser solucionado atendiendo a una lógica voluntarista, es decir, que la intervención en el hospital se basó en acciones voluntarias y racionales de parte de la autoridad política. Esta alternativa de respuesta no deja de ser correcta, pero

si se pone el centro en la cuestión de las condiciones sociales de posibilidad y en las limitaciones a las actuaciones políticas, vale decir, en las estructuras, se pueden tener más elementos para comprender la significación de este modelo de la “reforma portaliana”.

Es importante referirse a que las “casas de objeto público” no reciben de igual modo el orden republicano, lo que permite entender sus diferentes posiciones en el entramado discursivo. En este sentido, una diferencia fundamental se da entre el Hospital y la Casa Correccional.

En la década de 1820 se funda en Santiago la Casa de Corrección; esta institución se presenta como un proyecto político que se basa en ideas modernas sobre el castigo y el control social: en la fundación de este centro de reclusión se adoptan los preceptos utilitaristas e ilustrados de Jeremy Bentham. Esto significa que en Chile en las décadas de 1820 y 1830 ya eran conocidas las concepciones en torno al “Panóptico”, como el medio más adecuado de corrección moralizadora, según lo ha destacado Marcelo Neira: “Como destino de los inculpados, en el registro llevado por los escribanos de la policía urbana, en múltiples oportunidades se utilizó la categoría ‘panóptico’ o ‘panóptico’. Esta palabra, también es frecuentemente utilizada en documentos oficiales”¹⁴².

La idea de “panóptico” incluye una forma arquitectónica específica, pero en este caso dicha espacialidad no es tan relevante, ya que en la práctica ésta sólo se materializó a fines de la década de 1840. La importancia de las ideas modernas del panóptico radica en la organización interna que le dan al encierro cuando se adoptan (y adaptan) para la Correccional santiaguina. El discurso de la corrección de Bentham presenta una crítica a la administración pública, ya que, según sus planteamientos, los funcionarios públicos descuidan la administración puesto que no están en juego sus intereses privados. Por esta razón, se postulan como necesarios los contratos con particulares para la gestión de los recintos. Esta forma ideológica es aplicada en Chile de manera bastante rigurosa, ya que la Casa de Corrección es administrada por privados y el gobierno solamente se encarga de su vigilancia armada. Así, el “panóptico” se relaciona con criterios capitalistas, puesto que estos particulares deben enseñar un oficio a los reclusos, pero a la vez este trabajo debe generar una productividad que sea capaz de sustentar económicamente la internación de los delincuentes, y dejar una ganancia para el

¹⁴² Neira, Marcelo, “... palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, Universidad Católica de Valparaíso, 1998, p. 91.

empresario que se hace cargo de la casa y otro pequeño excedente para la mantención inicial del recluso cuando termine su condena: “El proyecto patriota, en el seguro rechazo al pasado y en un dejo de originalidad, condujo a la adscripción de ideas ilustradas. Modernas. Supuestamente distintas, cuando se enfatiza en la recuperación del delincuente por medio del hábito al trabajo”¹⁴³.

Por otro lado, en el mismo año en que se decreta el “Reglamento del Hospital San Francisco de Borja” (1837) como culminación del proceso de reforma, el médico español radicado en Chile Juan Miquel presentaba unos lineamientos distintos sobre la reforma hospitalaria. Miquel plantea su programa de cambios de la asistencia médica bajo la misma preocupación que los diagnósticos oficiales: los altos índices de mortalidad. Para este médico, los “pueblos civilizados” han establecido que cuando los hospitales están mal organizados terminan siendo más nocivos que útiles a la sociedad. Este es el caso chileno: la mortalidad de un tercio de los que se internan en los hospitales, como cifra mínima que se registra en forma permanente, expresa unos “estados necrológicos” similares a una región constantemente atacada por las epidemias más terribles de la humanidad, lo que implica que los hospitales así “*jamás podrán llenar su objeto*”. Por tanto,

1º. Que tal cual hoy existen nuestros hospitales, no solo son incompetentes á su objeto, sino moradas de destrucción, en virtud de ofrecer igual resultado que el cólera morbo.

3º. En los hospitales en que no exista una epidemia, si presentan estos una mortalidad de cerca de la tercera parte de los enfermos que entran, son de hecho contrarios á la humanidad, y no deben permanecer en un país ilustrado.

*4º. Los edificios que sirven para nuestros hospitales se hallan fabricados de un modo incompetente á su destino, insuficientes al número de enfermos que da la población, y situados en una posición perniciosa á éstos y al resto de la ciudad*¹⁴⁴.

El diagnóstico de Miquel, entonces, se centraba en que la causa de la mortalidad era la misma realidad hospitalaria: su organización asistencial y espacial. Y en ese sentido, su programa de reforma se dirigía al cambio casi total de la conceptualización del hospital en tanto “asilo”: “*Cualquiera hombre que tenga un hogar, una familia, un amigo, no necesita de hospital; y estará mejor asistido en su casa, si se le pueden proporcionar los socorros indispensables de médico, alimentos y medicinas (...) deben*

¹⁴³ Ibíd., p. 97.

¹⁴⁴ Miquel, Juan, *Proyecto de un nuevo establecimiento de Beneficencia*, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1837, p. 2.

los hospitales quedar solo para aquellos pobres destituidos de toda conexión y parentezco, ó para aquellas enfermedades contagiosas que seria peligroso se diseminasen”¹⁴⁵.

En lo concreto, esta idea de finalizar con la internación médica generalizada¹⁴⁶ y, por tanto, con la preeminencia del encierro en la definición de la caridad, se expresaba en el establecimiento del dispensario y los socorros a domicilio como la política fundamental de la beneficencia, lo que significaba un progresismo asistencial para la época, sobre todo si se considera *la extensión y las modificaciones* que incluía la propuesta de Miquel: terminar con la importancia de la “casa de caridad” conllevaba que la asistencia y la ayuda al “desamparado” se desarrollaba fuera de los márgenes del “asilo” y llegaba a los ámbitos sociales propios de la existencia del enfermo pobre.

El proyecto de Miquel consideraba distintas expresiones de estas “redes de caridad”, que se pueden resumir en cuatro formas principales. Primero, el funcionamiento del dispensario propiamente tal:

*Habrà un local en donde un médico cirujano con su practicante tomará á su cargo diariamente prescribir los remedios necesarios á toda persona pobre que se presente á pedirlos, ya sea en la parte de cirujia ó de medicina (...) Suministrar á estos pobres toda clase de medicina simple ó compuesta que necesiten para su curacion (...) Como asimismo los vendajes o apósitos propios de sus padecimientos*¹⁴⁷.

Segundo, el desarrollo de los socorros a los enfermos en sus domicilios:

*Habrà á mas tres profesores dos de medicina y uno de cirujia que tomará á su cargo la curacion de todos los enfermos que teniendo quien los asista en sus casas, no quieran pasar á los hospitales: estos serán visitados con la frecuencia y permanencia que su dolencia exija, y le serán por el establecimiento propinados todos cuantos medicamentos se les prescriban para su curacion (...) Se proporcionará á mas de lo dicho, á todo enfermo que se halle en cama en su casa los alimentos que exija su dolencia, en el caso que carezcan de ellos...*¹⁴⁸

Tercero, un área importante de estos socorros a domicilio se refería a la asistencia que debía ejercerse en las “casas”, tanto “de objeto público” como “de familia”:

¹⁴⁵ Miquel, Juan, *Proyecto de un nuevo...*, loc. cit.

¹⁴⁶ Estas ideas de Miquel están relacionadas con la medicina nosológica de fines del siglo XVIII que planteaba que el “lugar natural” de la enfermedad era, necesariamente, el “lugar natural” de la vida: el hogar y la familia. Cf. Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1995, pp. 36 y ss.

¹⁴⁷ Miquel, Juan, Op. Cit., p. 3.

¹⁴⁸ Loc. Cit. Subrayado mío.

*Estará á cargo del establecimiento el cuidado de los niños de la casa de huérfanos y de sus amas, como asimismo de las infelices que en dicha casa se recojen para verificar su parto (...) Será obligación del establecimiento visitar y cuidar de los pobres de la cárcel, de los del presidio, y casa de corrección (...) Será obligado el establecimiento á curar y dar de balde las medicinas que exijan las enfermedades de todos los sirvientes de las cásas, quedando solo á los dueños la obligación de los alimentos (...) Los pobres del hospicio serán visitados por cuenta del establecimiento (...) El establecimiento se obliga á curar de balde y darle las medicinas que sean de necesidad á todas las sirvientes de los conventos de monjas (...) Las monjas Capuchinas serán visitadas de balde por los médicos del establecimiento siempre que las dichas religiosas necesiten de sus conocimientos y asistencia...*¹⁴⁹

Y cuarto, los socorros a domicilio expresaban en sus diversas manifestaciones los distintos tipos de pobres que, más allá de la asignación a una “casa”, podían ser receptores de estas redes:

*A todos los milicianos pobres, cuyas enfermedades no exijan hospitalidad (...) A todos los clérigos pobres se obliga el establecimiento á proporcionarles un médico (...) Para todas las señoras pobres que estando enfermas, no quieran ocurrir al hospital (...) A todos los artesanos pobres, sus hijos y mujeres que teniendo familia que los pueda asistir y quieran preferir el ser curados en sus casas (...) Los pobres trabajadores ó peones de las chacras de los contornos, sus mujeres ó hijos que puedan obtener en la ciudad casa en que permanecer, y no quieran hallándose enfermos separarse de sus familias...*¹⁵⁰

Por tanto, esta caridad que se desarrolla en una lógica del “afuera” y no del “asilo”, al igual que el modelo de la reclusión con criterios capitalistas, comprendían modalidades enunciativas que propiciaban el cambio modernizador del control social de la “plebe”. Asimismo, ambos modelos comprendían una objetivación social diferente de las casas de caridad: en el caso del “panóptico”, emergía la figura del delincuente que puede prestar utilidad y llegar a ser “laborioso”, y en el caso de los socorros médicos, aparecía la idea de que el medio social propio del pobre puede ser un lugar legítimo para la “curación”, no siendo *necesario* el encierro que además moraliza.

Sin embargo, ni uno ni otro modelo pudieron penetrar en el “corazón” de las antiguas estructuras hospitalarias. Ni tampoco el poder político que salió triunfador de la guerra civil de 1829-1830 lo permitió ni lo propició. Cuando se analiza que en esta coyuntura histórica existían alternativas enunciativas, es posible, entonces, ver las acciones políticas como insertadas en un orden discursivo que le da significado y posibilidad cultural a la “estrategia racional”.

¹⁴⁹ Miquel, Juan, Op. Cit., pp. 3 y 4.

¹⁵⁰ Loc. Cit. Subrayados míos.

Tanto la autoridad republicana como la elite tradicional provienen de un mismo espacio social, como “lugar” de sus enunciaciones, que eran las clases mercantiles y hacendales, es decir, un poder colonial consolidado. Toda la tradición de las obras piadosas de la elite mercantil e ilustrada y el peso de la estructura social (*de la noche*), determinaban que el “orden señorial”, desordenado por la introducción del liberalismo, era el deseable¹⁵¹.

Pero, en el hospital de mujeres, la experiencia de algunos señores filantrópicos, eclesiásticos y funcionarios “pelucones” indicaba que en dicha “casa” el orden tradicional ya había caído en descomposición (producto de las mismas contingencias republicanas), por esto, el largo lamento y la sentida nostalgia por el fin de la piedad “pura”: es el rol de restauración que juega Ignacio de Reyes¹⁵² en la dirección técnica de la “reforma portaliana”.

Entonces, los rasgos ideológicos y culturales de la modernidad, como posibilidades enunciativas, quedan fuera. Quedan como “pálidos reflejos”. Por un lado, el utilitarismo que animaba los criterios capitalistas del “panóptico” resultaban impensables para aquellas mujeres enfermas que no podían producir por sus “dolencias”, pero tampoco se impuso el planteamiento de un hospital organizado internamente con una lógica de la empresariedad¹⁵³. Solamente, como un “pálido

¹⁵¹ Interesante es señalar que los primeros administradores del Hospital San Borja en el periodo colonial fueron Luís Zañartu y, a la renuncia pronta de éste, Diego Portales, abuelo del famoso ministro de la república triunfadora de Lircay.

¹⁵² *Ignacio de Reyes*: Filántropo y servidor público. Nació en Santiago en 1812. Fueron sus padres el magistrado colonial don Judas Tadeo de Reyes y Borda y la señora Ignacia de Saravia. Hizo sus estudios de humanidades y de matemáticas, para la carrera mercantil, en el Instituto Nacional. Se dedicó en sus primeros años juveniles al comercio. Algún tiempo después fue nombrado tesorero de los Establecimientos de Beneficencia de Santiago, empleo creado en 1832. En 1850, durante la Administración del Presidente Bulnes, fue nombrado ministro de la Tesorería General y poco más tarde director de la Contaduría Mayor, puesto en el cual jubiló en 1870. Fue sucesivamente, en varios períodos legales, presidente de la Junta de Beneficencia (...) Practicó con noble desprendimiento la caridad cristiana, siendo un ejemplar benefactor social. Su filantropía le ha conquistado, más que los servicios públicos, un nombre ilustre en la historia nacional (...) *Judas Tadeo de Reyes*: Ilustre magistrado de la colonia. Nació en Santiago en 1755 (...) Dotado de una selecta educación, desempeñó un rol brillante en la época de la colonia y aun en el periodo de la independencia (...) En el curso del dominio colonial, fue secretario y asesor de la capitanía general durante cuatro administraciones sucesivas. En ese elevado cargo fue el más activo cooperador de don Ambrosio O’ Higgins, sobre todo en sus trabajos de fundación de ciudades. Conservaba memoria de todos los acontecimientos notables de esa época de iniciativas administrativas (...) aparte de su carácter de funcionario y magistrado colonial, fue el fundador de una ilustre familia de patricios (...). Ver Figueroa, Pedro, *Diccionario biográfico de Chile*, Tomo III, Santiago, Imprenta Barcelona, 1901, pp. 41-43.

¹⁵³ Por ejemplo, concesionando la distribución de los alimentos o el servicio asistencial de las enfermas. Sin embargo, Marcelo Neira en su análisis da a entender que la idea utilitarista se habría generalizado en el ámbito de la beneficencia: “... queda demostrado que el ideario de Bentham y, a través de él, una particular forma de institución que vale tanto para escuelas, hospitales, prisiones, reformatorios, hospicios o fábricas, estaba siendo asimilada en Chile, desde la década de 1820. En el peor de los casos, el legado

reflejo”, se desarrollaba el “negocio” a cargo de la *ropera*, de los “expolios”, que básicamente tenía dos partes: la venta de ropa de las enfermas fallecidas a algunas personas menesterosas que las necesitaran y la generación de hilos y lanas a partir de los “expolios” que se prestaran para este fin. Negocio básico, pero que no dejaba de tener un control financiero de parte del Mayordomo y que, además, incluía el trabajo manual simple de algunas enfermas, por lo que las enfermeras debían

*...hacer que saquen hilas las enfermas de cirujía que no tengan inconvenientes para hacerlo...*¹⁵⁴

Por otro lado, el modelo de una caridad que se ejerce permanente y extensivamente en el “afuera”, bajo la lógica del dispensario y los socorros médicos a domicilio, resultaba inapropiado¹⁵⁵. No era compatible la moralización con los lugares sociales de la plebe, puesto que allí estaba la génesis y la reproducción de la enfermedad y el vicio, por tanto la moralización debía buscar el encierro y el retorno al asilo. Únicamente, como “pálido reflejo”, el Hospital San Borja podía incluir en su funcionamiento “moralmente resguardado” un esbozo de dispensario, pero sólo en términos subsidiarios a la centralidad de la internación.

*Art. 9º. Se darán diariamente en el Hospital las medicinas que recetaren los facultativos á cuatro de las personas que deben ser desechadas (...) incluyendose aquellas que fuesen despedidas porque no hubiere cama bastante para recibirlas*¹⁵⁶.

Así, el discurso del asilo, como búsqueda del “estado originario perdido”, conlleva una división simbólica y material entre un “afuera” y un “adentro”. Una separación permanente, y sin conexión, entre el avance civilizatorio moderno, que posibilita que la “pureza” se pervierta, y el orden social y discursivo que se da al interior en base al mundo colonial: se constituye una “morada”¹⁵⁷.

teórico referido al panóptico se conocía y esto incluye un esfuerzo de objetivar estas ideas”, Neira, Marcelo, Op. Cit., p. 93.

¹⁵⁴ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*, Santiago, Imprenta de la Independencia, 1837, p. 33.

¹⁵⁵ Según Salas Olano, en 1836 se funda un dispensario en el Hospital San Juan de Dios, el primero que existió en términos formales, pero tenía escasa extensión de sus servicios. En 1833 se funda el “Instituto de Caridad Evangélica”, a partir de una “manda” de antiguos patriotas, que tenía por objetivo la caridad privada a través de los socorros a domicilio y el establecimiento de dispensarios. Ambos ejemplos fueron más bien iniciativas marginales en la asistencia médica de este período. Cf. Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, p. 294.

¹⁵⁶ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 6.

¹⁵⁷ *Morada*: proviene del lat. *morari* ‘detener’, ‘entretenerse’, ‘quedarse, permanecer’. El latín *mora*, *ae* significa ‘retardo’, ‘tardanza’, ‘detención’, ‘demora’ y el lat. *morador*, *oris* ‘el que retarda’, ‘dilata’, ‘estorba’. Cf. Corominas, Joan, *Breve Diccionario etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid,

La “casa”: espacio señorial

A pesar del progresismo asistencial de Juan Miquel, cuando se refiere al hospital propiamente tal, su definición no dista mucho del significado tradicional que se le daba a estos establecimientos. Por ejemplo, en el siglo XVIII

*Son los hospitales sagrado asilo a q. se refugian los enfermos y Enfermas desvalidas en solisitud dela salud de sus cuerpos y Christiana preparacion de sus almas para presentarse devidamente, en el tremendo trivunal, si son llamados a este ultimo presiso destino...*¹⁵⁸

De esta definición dieciochesca se pueden desprender ciertos elementos significantes que permiten una aproximación más certera de lo que entendía culturalmente por hospital en aquella época:

Primero, que un hospital es un *sagrado asilo*, es decir, una casa de hospitalidad que en su totalidad está resguardada simbólicamente de las “contaminaciones” de lo mundano: allí se puede ejercer la piedad, la caridad y los altos valores espirituales. El carácter *sagrado* del asilo determina, siguiendo la definición de Durkheim, que el ejercicio de la caridad mantenga una pureza en razón de un límite: lo sagrado es aquello que a la vez atrae y repulsa, aquello que no permite un acercamiento simple y directo desde lo mundano¹⁵⁹.

Segundo, un hospital es el asilo o casa de hospitalidad para enfermas *desvalidas*, es decir, el hospital en la expresión cultural del período es claramente un establecimiento-para-pobres; cuestión que se mantiene inalterada desde los tiempos coloniales hasta toda la centuria decimonónica. Incluso este carácter de hospitalidad para pobres proviene de la tradición medieval: “Los historiadores han llegado a la conclusión de que la función más importante de los hospitales medievales y también en

Editorial Gredos, 2000 y *Diccionario Inter Latino-Español*, Barcelona, Editorial Ramón Sopena, 1981. La idea de referirse al hospital como una morada, tiene relación con que es una “casa” que detiene, demora y/o realiza una tardanza del avance civilizatorio moderno, lo cual está en relación con los planteamientos portalianos del equilibrio residual y desacelerado de poderes: “... el *peso de la noche* de que nos habla Portales es el que permite que el orden social siga moviéndose de no verse afectado por agentes externos del cambio. En ningún caso, él está aludiendo a un orden residual estático, sino más bien a un orden quieto (...) Portales no postula un orden, menos uno alternativo; lo que constata son los mismos componentes del orden –lo que queda del orden- pero sin su dinámica de aceleración, sin su potencialidad de alterar la tranquilidad”, Jocelyn-Holt, Alfredo, “El peso de la noche, la otra cara del orden portaliano”, Op. Cit., 1997, p. 153.

¹⁵⁸ *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 5.

¹⁵⁹ Véase Durkheim, Emile, *Las formas elementales de la vida religiosa*, Buenos Aires, Editorial Schapire, 1968, pp. 40 y ss.

buena medida de los primeros modernos no era curar sino cuidar. Reposo, ropa limpia, albergue y una buena comida eran los ‘tratamientos’ que ofrecían normalmente”¹⁶⁰.

Tercero, el hospital estaba dedicado tanto al *cuerpo* como al *alma* de los enfermas: doble objetivo, que no tiene que ver con la separación entre salud física y salud mental, sino más bien que simultáneamente se trabaja sobre el cuerpo para curarlo, se trabaja sobre el alma para redimirla, sobre todo cuando el hospital es por cierto *lugar de la muerte*; espacio donde el padecimiento y el dolor del cuerpo, el cuerpo corrompido, requiere necesariamente de una purificación carnal como espiritual, ya sea tanto para reintegrarse a la “vida terrenal” como para integrarse a la “vida celestial”.

Estos tres elementos son los que permiten definir al hospital no sólo como asistencia médica, sino en su calidad de “casa de caridad”. Y serán significados que se mantendrán en el orden discursivo durante el siglo XIX. Así Miquel señala que los hospitales son

*...moradas destinadas al consuelo y socorro del doble infortunio de miseria y enfermedad, son la primera de las instituciones sociales en donde los gobiernos paternales de los pueblos civilizados han tratado de ostentar su grandeza e ilustración...*¹⁶¹

En Juan Miquel y en Ignacio de Reyes aparecen dos formas de apropiarse de la noción de “asilo” en un contexto republicano-liberal. El orden discursivo mantiene, en gran medida, sus significaciones sobre el hospital, pero reconfigura sus enunciados a medida que sus posiciones observadoras cambian. Para el primero el hospital debe ser subsidiario de una medicina *extensiva, de redes asistenciales*. Para el segundo el hospital debe lograr *el retorno* (lo más verdadero posible) a la idea primaria de asilo. Lo importante es que para ambos, luego de la Independencia y la introducción de los discursos republicanos, el asilo se transformó en *morada de destrucción*.

¹⁶⁰ Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, p. 140.

¹⁶¹ Miquel, Juan, Op. Cit., 1837, p. 1.

El orden señorial: jerarquía y pacto social

Alejandra Araya ha realizado una completa investigación de los gestos, actitudes y símbolos entre la elite y la plebe, sobre todo en el ámbito de la “casa”, en tanto símbolo público de la autoridad de un “señor”. En el contexto de esta investigación de tesis, cuando se ha hecho referencia, en varias oportunidades, al retorno y reforzamiento de la “casa señorial” como salida a la crisis hospitalaria, se ha aludido a estos ámbitos de relaciones de dependencia personal que caracterizan al orden tradicional.

Uno de los aspectos de la investigación de Alejandra Araya es importante para los efectos del hospital: “Pero la debilidad del Estado como realidad continuó en la primera mitad del siglo XIX (...) el poder más concreto emanó de las personas, cuestión que se reforzó para subsistir, mantener privilegios o ganarlos, fortaleciéndose las relaciones clientelares y las autoridades personales. La vinculación personal de hombre a hombre fue una institución eficiente en términos de mantención de los privilegios por parte de las elites y funcionó como mecanismo de integración social para los individuos que eran excluidos del reparto del poder...”¹⁶².

Las relaciones de vinculación personal son, justamente, parte de la base tradicional que constituyó el peso de la estructura social que permitió el ordenamiento político desde 1830, pero, además, constituyen espacios específicos de poder, pactos sociales entre la elite y la plebe en el ámbito doméstico: “Era un mundo en el que los poderosos debían proteger a los desvalidos en un sentido paternal. Se debía devolver esa protección con servicios de todo tipo, pero también con símbolos que hacían concreto el poder: respeto, fidelidad, obediencia, sumisión y agradecimiento. Las relaciones entre sirvientes y sus amos, como aún se llamaba al patrón en la década de 1850, es la historia del encuentro y la tensión, de la armonía y el conflicto; es la historia de los ritos, gestos y símbolos que construían cotidianamente –en un mundo con difusos límites entre lo público y lo privado- los vínculos personales que sustentaban la cara visible de la ideología social”¹⁶³.

El análisis de Alejandra Araya plantea que este “pacto social”, y sus consiguientes gestos y actitudes en el ámbito doméstico, fue una de las estrategias

¹⁶² Araya, Alejandra, “Sirvientes contra amos: las heridas en lo íntimo propio”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la Conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005, p.164.

¹⁶³ Ibid., p. 162.

principales para la mantención del orden social desde el siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XIX, donde el símbolo predominante fue “la casa como linaje, como señorío, como bien heredable”¹⁶⁴.

Y esta realidad señorial vale también para los asilos, en tanto que son “casas” aunque de “objeto público”. Desde el *siglo de los asilos* los hospitales fueron concebidos como “casas de caridad”, por tanto donde también se aplica la noción de “pacto social” entre poderosos (ya sean administradores, diputados de semana, mayordomos, benefactores) y los empleados y sirvientes. Un hospital en tanto “casa” reproduce el modelo de relaciones de dependencia personal que existe en todo ámbito doméstico¹⁶⁵.

Así, las relaciones entre el Jefe del establecimiento, los empleados y los sirvientes entran en un universo de relaciones marcadas por los símbolos y gestos de la protección / autoridad y la fidelidad / subordinación.

Por ejemplo, en 1843 la veladora mayor Rosa Fuentealba realizaba la siguiente petición

*... auxiliandome con el alimento necesario y alguna pequeña suma (...) en consideración esta solicitud, á mi estado completo (...) de imposibilidad para continuar en el desempeño de veladora, que con tanta satisfacción y caridad he llenado por dicho termino de once años, hasta una edad octogenaria en que me encuentro, sin mas amparo que la benevolencia de la Junta ante quien me dirijo, al haber conducido sus dias sosteniendo el honor chileno en el Perú, el único hijo que tenía para mí socorro en conflicto tal, como en el que me veo, espuesta a perecer, si se me desoye mi súplica...*¹⁶⁶

Ante esta petición de protección y amparo de la vieja veladora mayor, propio de estos espacios de relaciones de poder personal, el administrador (*señor de la casa*) contesta que: “... *la equidad natural no permite, botarla, á pasear en la calle, ni negarle los pocos auxilios que necesita...*”¹⁶⁷.

En el Hospital, como una de las “casas” de la ciudad, los símbolos del poder se ejercen a la manera de un orden señorial. Pero la armonía de estos pactos sociales no bastaban por sí solos, con la “reforma portaliana” fue necesario reforzar este modelo de

¹⁶⁴ Ibid., p. 165.

¹⁶⁵ Ya se planteó en la parte 2 de esta tesis: un hospital es una “casa”, distinta a una casa de familia, pero una *casa* igualmente.

¹⁶⁶ *Solicitud de Rosa Fuente alba, veladora mayor del Hospital de San Borja*, Santiago, año 1843, Fondo HSFB, f. 1.

¹⁶⁷ Ibid., f. 1v.

relaciones de vinculación personal, como una manera de detener, contener, retrasar, reposar la “crisis del asilo”.

Para ello se recurre a los instrumentos racionales y a los poderes modernos; es el reglar, regular: es el “Reglamento” de 1837¹⁶⁸. En dicho texto normativo se intenta (re)establecer un modelo de relaciones de poder que sería adecuado a una caridad que miraba al orden señorial y colonial¹⁶⁹.

En primer lugar, conjurar los problemas cometidos en la misma época colonial, que quedan como marcas de ignominia que la acción racional debe borrar para llegar a dicho centro tranquilo, quieto, estatuido: es lograr la claridad de la separación de los antiguos límites borrosos entre lo público y lo privado de la época colonial, terminar con la bruma que las casas de objeto público habían construido a su alrededor, entre lo interior y lo exterior.

Art 17°. 2°. [Los empleados deberán] Habitar en el Hospital, á excepcion de los médicos cirujanos, sin que les sea permitido pernoctar fuera de la casa bajo ningun pretesto sin espresa licencia del administrador.

*Art. 17°. 5°. En las horas destinadas para el desempeño de sus obligaciones no podrán separarse del Hospital sin licencia del administrador: ni admitir visita de persona alguna, sino los domingos y jueves de cada semana*¹⁷⁰.

Entonces, una acción racional para salir de la “crisis del asilo” es el encierro de los empleados y sirvientes, que su vida transcurra al interior del hospital: el encierro moralizador de quienes trabajan para producir el estado caritativo perdido.

En segundo lugar, hay un reforzamiento de la autoridad social del Administrador. Aparte de sus atribuciones legalizadas en 1832, y en general las tareas mercantiles-financieras como Jefe del establecimiento, los instrumentos racionales (re)creaban, hasta el paroxismo, los papeles sociales que determinaban que se dieran los

¹⁶⁸ En esta investigación se tuvo acceso a dos Reglamentos específicos del Hospital San Borja: el de 1782 y el de 1837. Según Ferrer, el mismo Juan Miquel habría escrito un *Reglamento interno, de arreglo, distribución y policía del hospital de San Francisco de Borja* en 1821, pero el cual no fue encontrado en las fuentes documentales consultadas. Cf. Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904, p. 434.

¹⁶⁹ Sería interesante realizar un estudio sobre la relación entre las prácticas sociales que existen en el Hospital y la aplicación real de los instrumentos racionales que pretende la reforma, algo en que insiste Marcelo Neira en su investigación cuando plantea la dicotomía entre ideas v/s realidad. Sin embargo, para los efectos de esta tesis, dicho orden resultante constituye un orden discursivo, que más allá de las prácticas reales, conforma unas disposiciones simbólicas que mediatizan y se imponen construyendo de manera activa la realidad de las prácticas. Este planteamiento es similar a lo postulado en el estructuralismo donde las categorías del pensamiento forman una “lógica simbólica” que estructura la realidad de manera inmediata y permanente. Sobre este tema, véase Lévi-Strauss, Claude, “Introducción a la obra de Marcel Mauss”, Mauss, Marcel, *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos, 1971.

¹⁷⁰ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, pp. 12 y 13. Agregado mío.

gestos, actitudes y símbolos de la relación entre el “señor de la casa” y los subordinados: él es que debe velar sobre la conducta de los empleados y sirvientes, y sobre el “exacto cumplimiento del reglamento”.

Art. 15°. 1ª Nombrar á todos los empleados y sirvientes del establecimiento.

2ª Deponerlos si á su juicio fueren ineptos, tuvieren mala versacion, ó no observaren escrupulosamente las obligaciones á que estuvieren sujetos.

Art. 16°. 2ª Asistir diariamente al Hospital si le fuere posible en las horas que encontrare conveniente¹⁷¹.

Entonces, el “señor de la casa” posee un doble privilegio: por un lado, su administración se desarrolla cómodamente, como uno de los tantos negocios que acostumbra llevar un jefe de una familia patricia, pero, por otro lado, posee al interior del asilo un poder social de carácter señorial. Esto queda más explícito cuando nos vinculamos a los aspectos punitivos y morales, que (re)producen el universo simbólico del “pacto social” de respeto y sumisión de la plebe hacia la elite, en este caso de los sirvientes y empleados hacia el “señor de la casa” y, por extensión, al resto de los benefactores y miembros de la Junta Directora, es decir, hacia una clase social dominante.

Art. 15°. 9ª Ultimamente las atribuciones del administrador se estienden á cuanto tenga por objeto la economia y conservación del órden del establecimiento de su cargo, con facultad de imponer penas á los empleados ó sirvientes, pecuniarias, de arresto en el mismo Hospital, ó al presidio, ó casa de corrección, hasta por el termino de un mes, por las fallas que cometieren en el desempeño de sus obligaciones, y principalmente por insubordinación, reincidencia, embriaguez ó actos lubrigos que cometan.

Art. 16°. 4ª Despues de esta visita se retirará a su pieza para exigir del Capellan de semana, el mayordomo y la madre la razon que deben darle de las ocurrencias y gastos de aquel dia: y no econtrando reparos que poner á la planilla que debe presentársele, despues de haberlos interrogado sobre su inversion y lejitimidad, le pondrá el visto bueno...

5ª No podrá eximirse bajo la mas estricta responsabilidad del deber de remitir al Juez del crimen, con su parte correspondiente, á todo empleado ó sirviente de la casa que cometiere algun grave delito, lo permitiere, ó lo supiere y no lo denunciare en el momento, principalmente si robare, vendiere ó prestare cualquier especie perteneciente al Hospital, sea cual fuere su valor, ó convirtiese en su provecho alguna cantidad con perjuicio de los intereses del establecimiento de su cargo.

Art. 17°. 8ª [Los empleados] Serán considerados como delincuentes por cualquier acto de impureza ó lubricidad que cometan, ó por plabras torpes ú obcenaz que profieran en el establecimiento.

9ª Estarán [los empleados y sirvientes] obligados á contestar en todo lo que fueren interrogados por cualesquiera de los Señores de la Junta directora de de hospitales y casa de Expósitos que quisieren visitar el hospital.

¹⁷¹ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, OP. Cit., 1837, p. 8.

11ª *Respetar y obedecer ciegamente al administrador en todo lo que mandare*¹⁷².

Los anteriores artículos sirven para comprobar el ya citado modelo de “reforma” que impuso el régimen portaliano en el Hospital de Mujeres: es el orden señorial (tradicional) llevado al extremo. Y este paroxismo se produce por el siguiente mecanismo: la bruma de lo interior y de lo exterior, el límite difuso y de poco espesor que el asilo poseía entre lo privado y lo público en el período colonial, la *mezcla*, el *bullicio*, los intercambios de *entrantes* y *salientes*; todo aquel mundo colonial de pocos límites ahora reciben una arquitectura definitiva: es el texto portaliano que con la instrumentalidad del orden (razón) político aplica límites, espesores, rejillas, que alejan el “adentro” del “afuera”.

Este texto portaliano (reglamento) produce, en términos de las relaciones e intercambios sociales, un “adentro” que posee dos sentidos: primero, reproduce el “pacto social” que culturalmente define un orden señorial propiamente tal, es decir, genera un universo simbólico cargado de obediencia, gestos y signos de la relación entre la elite y la plebe, y segundo, al tratarse de un texto racional-legal, impuesto por poderes modernos, produce una formalización del universo simbólico antes descrito, una formalización y una legitimación: en el “adentro” del hospital se ha cristalizado una estructura de dominación entre la elite y la plebe; cristalización que desde lo moderno invoca lo tradicional: el orden señorial más que lo colonial a secas.

Sin embargo, esta “plebe” que está cristalizada en el universo del adentro no se encuentra indiferenciada: existía una jerarquía estricta entre los subordinados. La primera división es la más evidente: *empleados* y *sirvientes*. Y cada empleado y cada sirviente tenían papeles sociales y laborales específicos y definidos. Se podría decir, según Michel Foucault, que existe una vigilancia jerárquica¹⁷³.

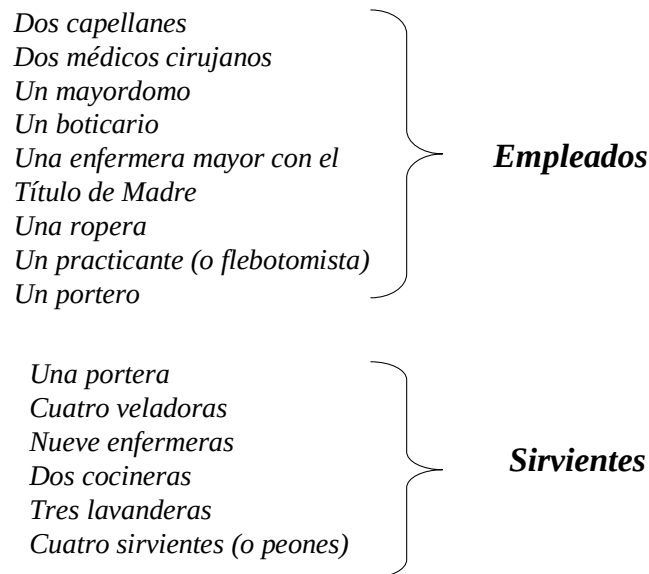
La *vigilancia jerárquica* implica un régimen de observación constante de parte de los funcionarios hacia los estamentos inferiores y hacia los internos de este asilo. Este tipo de inspección es jerárquica, porque nace desde lo más alto de la línea de mando y culmina en los puestos más subalternos.

Se podría reconstruir la jerarquía como sigue¹⁷⁴:

¹⁷² Ibíd., pp. 9-10 y 13. Agregados y Subrayados míos.

¹⁷³ Cf. Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión*, México, Siglo XXI, 1998, pp. 170 y ss.

¹⁷⁴ Interesante es destacar que la jerarquía y el nombre de los “cargos” no varió mucho desde la época colonial. En el siglo XVIII existían capellanes, médicos, cirujanos, boticario, ropera, enfermera mayor,



Los tres patios: reconstrucción del “espacio señorial”

Este universo simbólico del “adentro”, tradicional y racionalmente cristalizado, debía tener una existencia material. Y esta materialidad, es decir, este hospital visto como espacio concreto, construido, como una arquitectura definitiva, resultaba intrigante para esta investigación de tesis.

Era intrigante por dos razones. Primero, porque no había registro histórico de esta espacialidad ni tampoco estudios que plantearan el tema del espacio hospitalario del Hospital San Borja como un problema¹⁷⁵. En este sentido, los historiadores de la medicina han concebido al espacio hospitalario como una anécdota o un dato menor que

enfermeras menores, sangrador, portera, submayordomo, sacristán, etc. Cf. Saez, Fernando, *Política y legislación sobre Beneficencia Pública durante la Colonia*, Op. Cit., 1941. Cf. Tb. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB.

¹⁷⁵ Sólo en los últimos años en el ámbito de la historia de la medicina han surgido estudios que incluyen el problema del espacio. Véase por ejemplo, Leyton, César, *La ciudad médica – industrial: melancólico, delirante y furioso; El Psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*, Tesis de Magíster en Historia, Universidad de Chile, 2005. Sin embargo, la excepción más notable por su originalidad y consistencia es una tesis de magíster, pero del área especializada arquitectónica. Véase Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, P. Universidad Católica de Chile, 1998. También existe otro tipo de estudios sobre el espacio hospitalario pero que presentan un carácter propiamente técnico, referido a las distintas tipologías que han existido, cf. Prieto, Alvaro, “Breve historia de los Hospitales Chilenos”, Montoya, Carlos y Astorga, Ignacio (eds.), *El Hospital Público en Chile*, Santiago, MINSAL, 2002.

no entrega mayores informaciones sobre el tema de estudio, salvo cuestiones relativas a sus dimensiones, forma o tipología, en el contexto de que ahí, en dicho espacio, pasaban los médicos, se practicó la primera cirugía de tal órgano, se trató la epidemia de un año particular, etc.

De las historias que se han escrito sobre el tema médico y, específicamente dentro de esta historiografía, sobre el Hospital San Borja, el espacio que constituye el hospital, su materialidad construida y concreta, digamos sus edificios o sus arquitecturas, ha sido prácticamente olvidado, salvo variadas y débiles referencias en los diferentes artículos y libros que se han dedicado a relatar los distintos aspectos que incluye la realidad de dicho hospital. Pero el problema mismo del espacio arquitectónico no se ha incluido aún en algún nivel de elaboración conceptual de parte de los historiadores.

Entonces, en primer lugar, hubo que realizar una operación de reconstrucción¹⁷⁶. Para esto se utilizaron algunas fuentes documentales¹⁷⁷ que entregaban información de “nivel estratégico” para una posible visualización más concreta del espacio arquitectónico. Este proceso concluyó con una esquematización arquitectónica¹⁷⁸, que sin tener la exactitud de un plano arquitectónico, da cuenta de la distribución espacial en forma relativamente específica del Hospital San Borja.

En segundo lugar, era importante realizar una operación de interpretación arquitectónica. Generalmente, los espacios arquitectónicos son interpretados atendiendo a su valor funcional, es decir, en relación al binomio forma-función del espacio construido, lo que confluye en un análisis de los “regímenes comunicacionales” que producen las formas espaciales en las relaciones sociales. Este plano en sí mismo es muy interesante de aplicar al hospital. Pero también la espacialidad puede ser analizada como un significante que expresa social y culturalmente otras dimensiones simbólicas.

El producto arquitectónico puede ser definido como “historia congelada, pasado fijado en materiales *significantes* cuya permanencia impide una transformación fácil,

¹⁷⁶ Esta actividad fue posible gracias a la asistencia técnica del Licenciado en Arquitectura en proceso de titulación, sr. Marco Escobar Romero.

¹⁷⁷ Aparte del Reglamento de 1837 y otros documentos administrativos, en la reconstrucción del espacio hospitalario fue fundamental: Castagnola, Esteban, *Planos de Santiago*, Santiago, Archivo de la Arquitectura Chilena, Universidad de Chile, 1854; Torrico, Jorge, *Los Planos de Santiago*, Seminario de Investigación Departamento de Historia y Teoría de la Arquitectura, Universidad de Chile, 1959; Plaza, Alcibíades de la, *Tasación del terreno y edificios del Hospital San Borja*, Santiago, enero 26 de 1853, Archivo Ministerio del Interior, vol. 312. Los dos primeros documentos fueron fundamentales para establecer los deslindes del edificio, lo que fue completado con las descripciones textuales del tercer documento. Ningún documento contenía un plano arquitectónico.

¹⁷⁸ Véase Anexo Arquitectónico N° 1.

cuya perdurabilidad exige una acomodación a ‘lo dado’. Pero en todos los casos se trata de la ‘realización’ o ‘materialización’ (congelamiento) de sistemas de intereses, criterios estéticos y aspiraciones funcionales, amén de proyectos a partir de los cuales la arquitectura se define como la cristalización, en un momento dado, de instancias históricas”¹⁷⁹.

Por tanto, la materialidad arquitectónica produce significaciones históricas, y lo hace en dos sentidos. Primero, los individuos pueden establecer con el espacio *relaciones imaginarias*, lo que tiene que ver con los aspectos subjetivos y cotidianos del habitante que está inmerso en un espacio construido que termina por parecerle natural: “Ve pero no mira, no discrimina pues está absorbido por su realidad”¹⁸⁰. Segundo, el producto arquitectónico presenta *relaciones sígnicas*, es decir, esta historia congelada está compuesta de signos que poseen una historicidad, que van modelando un lenguaje espacial: son efectos de sentido más profundos para el individuo habitante que “capta así el espesor significativo de la práctica arquitectural como productor de sentidos nuevos”¹⁸¹. Por esto, es posible hablar de que existe un *discurso del espacio* en el producto arquitectónico.

El segundo aspecto que era intrigante en el espacio del Hospital San Borja, era la relación que se podía establecer entre la cristalización simbólica del pacto social en el asilo y la cristalización material del espacio arquitectónico del asilo. Este aspecto era sumamente intrigante históricamente, ya que en las evidencias más básicas y generales el hospital tomaba la forma de una “casa colonial”.

Art. 1º. En el primer patio habrá una pequeña sala de recibo dispuesta con la comodidad que sea posible, con comunicación al interior del Hospital, para que estén provisoriamente las enfermas que deben entrar a medicarse. Estarán las piezas de habitación de uno de los capellanes, el mayordomo y portero.

Art. 2º. En el segundo patio estarán las habitaciones del otro capellan, boticario, practicante y sirvientes; y los departamentos de botica, despenzas y caballeriza.

Art. 3º. En el tercer patio con los demas accesorios de cocina y labadero será para las enfermas y empleadas de su sexo: y en él estarán habilitadas con ciento trece camas las salas de San Borja, del Rosario, del Salvador, de la Sma. Trinidad y la de San Lázaro; las dos primeras destinadas para cirujia, y las tres restantes para medicina. Las de San Juan de Dios y de Santo Tomás deberán estar siempre preparadas con cuarenta camas proveidas de todo lo necesario para los casos de epidemia.

Art. 4º. También habra un Oratorio, adornado con la mayor decencia que sea posible donde esté depositado el SSmo. Sacramento para viático de las enfermas, y piezas para

¹⁷⁹ Glusberg, Jorge, *Sociosemiótica de la arquitectura*, Buenos Aires, CAYC, 1978, p. 21.

¹⁸⁰ Loc. Cit.

¹⁸¹ Loc. Cit.

el administrador, la madre y la portera; una ropería, un almacén para depósito de la lana y otros muebles de la casa, una despensa pequeña, dos dormitorios y comedor para las sirvientes.

*Art. 5°. El sitio que antiguamente tenía destino de cementerio servirá para formar una huerta de árboles y plantas útiles al establecimiento, y para que permanezca siempre donde está situado el depósito de cadáveres.*¹⁸²

Esta descripción muestra algo básico del discurso del espacio hospitalario. El edificio, como ya se mencionó, fue primitivamente la “casa” del Noviciado de los Jesuitas, ubicado entre las calles Castro y Dieciocho, y al pasar a constituir el edificio del hospital recibió variadas intervenciones espaciales para adaptarlo a su nueva función, lo cual se inicia en 1777 cuando se aprueba el presupuesto de una nueva planta. Por tanto, en sus orígenes la “casa” tenía relación con una “forma conventual”, pero en 1837 el texto portaliano aplica una lógica de “casa colonial”: “El espacio externo se iniciaba en el frontis y llegaba hasta el primer patio empedrado, donde se encontraba el zaguán por el cual se entraba a la casa (...) se ubicaba la puerta que correspondía a la pieza del cuidador o portero. Además, estaban las habitaciones destinadas al almacenaje de las provisiones y otras piezas que eran arrendadas o utilizadas para el establecimiento de negocios.

“En el primer patio se desarrollaban las actividades públicas de la casa, es decir, actividades propiamente económicas, como los negocios del propietario (...) También en el primer patio se desarrollaban labores tales como preparar charqui o secar frutas, y se herraban los animales (...) El señor de la casa dirigía todas estas actividades desde un despacho que daba a la calle (...) Al final del primer patio se levantaba una edificación transversal que conducía al segundo patio y era el salón de recibo o cuadra; aquí comenzaba el espacio interno de la casa.

“Alrededor del segundo patio, y con ventanas y puertas que deban al mismo, se encontraban las habitaciones privadas y dormitorios con su respectivo mobiliario (...) Al final del segundo patio se encontraba la cocina, que se emplazaba de forma similar a la cuadra.

“El tercer patio estaba rodeado por construcciones dedicadas a las actividades domésticas, al almacenaje de las provisiones de la casa y a las habitaciones de la servidumbre. También estaban ahí los gallineros, corrales, pesebreras y talleres”¹⁸³.

¹⁸² Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, pp. 5 y 6.

¹⁸³ Salinas, René, “Población, habitación e intimidad en el Chile tradicional”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.) *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la Conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005, pp. 24 y 25.

Entonces, la misma espacialidad nos entrega ciertos signos de la historicidad del espacio concreto del Hospital San Borja; existe correspondencia entre la cristalización simbólica y la cristalización material: el hospital muestra una espacialidad similar a una “casa colonial”¹⁸⁴, es decir, la correspondencia permite hablar de un “espacio señorial”: en el “adentro” el pacto social y el espacio se cristalizan por medio del enunciado portaliano.

Sin embargo, hay diferencias espaciales con la típica casa colonial:

- i) La distribución de los patios es paralela a la calle principal, en este caso la Alameda, y no perpendicular a la calle donde se encuentra la puerta principal de la casa.
- ii) Al oriente existe adjunta una Iglesia al hospital, lo cual es herencia del origen conventual del edificio.
- iii) Al tratarse de una “casa” pero “de objeto público”, es decir, un asilo, existe una reasignación funcional y simbólica de los dos primeros patios. Es decir, los signos que entrega el espacio producen significaciones culturales diferentes a la “casa de familia”.
- iv) El primer patio se podría denominar *patio simbólico*, en el sentido que allí no se producen las actividades públicas de la casa, ni tampoco los “negocios” o actividades económicas, sino tan sólo es una “imagen pública”: el primer patio no incluye actividad, salvo recibir a las enfermas, el resto es tan sólo una imagen que al lado de la Iglesia habla de la dignidad de la casa, de su orden y su “cara visible”.
- v) El segundo patio se podría llamar *patio funcional*, ya que es allí donde se desarrollan las actividades económicas y técnicas que permiten al hospital cumplir su función asistencial: el segundo patio no forma parte de la “cara pública”, sino en sus dimensiones se desarrolla toda la actividad funcional para que se desarrolle la caridad.
- vi) En uno encontramos la *puerta principal*, que simbólicamente se abre para quienes buscan asilo o para quienes son benefactores, y en el otro la puerta secundaria se abre y se cierra cada vez que una función de la caridad lo requiera, pero nunca se abrirá para quienes simbólicamente está planteado el asilo.

¹⁸⁴ Véase Anexo Arquitectónico N° 1. Laminas 2, 3, 4, 5 y 6.

En el patio de la servidumbre: el confinamiento

En el caso del hospital se da, entonces, una correspondencia entre la unidad social y la unidad espacial. Este “espacio señorial” tiene rasgos comunes a toda “casa colonial”, pero también particularidades. Y es en el tercer patio donde los rasgos propios como “espacio señorial” se tornan más específicos para definir culturalmente a este asilo.

El tercer patio mantiene el carácter tradicional de ser *el lugar* de la servidumbre. Allí se realizan las actividades domésticas y el servicio de la casa, además de estar las habitaciones de los sirvientes. Se produce lo que Norbert Elias acertadamente señala: “una expresión de la simultaneidad de constante cercanía espacial y permanente distancia social, de contacto íntimo en una capa y distanciamiento estricto en otra”¹⁸⁵.

En este sentido, se presenta la característica de la “casa colonial” de que a medida de que se avanza por los patios hacia el tercer patio, se pasa de lo “público” y lo “masculino” hacia lo “doméstico y privado” y lo “femenino”¹⁸⁶. Esto es manifiesto en el hospital cuando se declara que el tercer patio es para “las enfermas y empleadas de su sexo”. Por tanto, en el tercer patio conviven las enfermas con la cocina y las cocineras, las lavanderas, las enfermeras que son todas mujeres, gallineros, ropería, negocios de los expolios, sirvientas que asean y limpian: todo el mundo doméstico y femenino en el tercer patio.

Pero en el caso del hospital, el tercer patio no solamente es el patio de la servidumbre femenina y la enfermedad femenina, también allí está la oficina del administrador y circulan empleados de alta jerarquía (capellán de semana, médico de visita, boticario y mayordomo). Estas presencias y papeles sociales que confluyen al tercer patio plantean nuevamente el problema de la cristalización simbólica y espacial del pacto social: al tratarse de un hospital, la autoridad debe estar en el lugar de las enfermas y sirvientas para procurar que se reproduzca el “adentro” deseado del asilo.

Por lo que el tercer patio presenta una triple significación: es el lugar de la servidumbre, es el mundo simbólico y espacial que se debe vigilar y controlar desde la autoridad social, y es también el *espacio de hospitalización*: allí las enfermas son

¹⁸⁵ Elias, Norbert, *La sociedad cortesana*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996, p. 69.

¹⁸⁶ Cf. Salinas, René, “Población, habitación e intimidad en Chile tradicional”, Op. Cit., 2005, pp. 34 y ss.

asiladas y reciben tratamiento. El “espacio de hospitalización”¹⁸⁷, como espacialidad, es el lugar de permanencia de los cuerpos enfermos¹⁸⁸: según el período histórico y la cultura científica aquellos cuerpos recibirán diferentes “modelos curativos”.

El espacio de hospitalización en este caso se integra con el patio de la servidumbre. En dicho tercer patio se encontraban las Salas de las enfermas, y específicamente las Salas del Rosario, de San Borja y del Salvador conformaban un *crucero*¹⁸⁹.

El crucero es una tipología arquitectónica que nace en la época medieval, donde básicamente grandes salas se intersectan en forma de cruz, para facilitar los servicios religiosos y asistenciales¹⁹⁰: “En Chile, la tipología sufrió algunas modificaciones, en donde la forma de cruz se vio mutilada para dar origen a formas en ‘T’, o en ‘L’ (...) Sin embargo respetando o no este esquema, la presencia de un altar o de un templo religioso en la mayor parte de los casos ocupaba un papel preponderante en el conjunto”¹⁹¹.

Esta espacialidad de origen monacal o conventual genera una vinculación con una cuarta significación cultural del tercer patio: la clausura. Para que el universo simbólico funcione, el espacio debe estar cerrado sobre sí mismo, y sobre todo en el tercer patio: la puerta del tercer patio que da a la calle siempre cerrada y en estricta vigilancia por la portera, días de visita para los parientes o amigos muy reglamentados, ventanas a la calle con prohibición. Así se daba lo que Salinas llama la *ideología de la cerradura*, y no podría darse la situación colonial donde “la puerta de la casa o la ventana que daba a la calzada se transformaron en un área eminentemente femenina,

¹⁸⁷ Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, P. Universidad Católica de Chile, 1998, pp. 10-16.

¹⁸⁸ En general, estos espacios, donde se encuentran los cuerpos en los asilos, puede denominarse “Espacio del hospes”, en tanto que “dar hospitalidad no es otra cosa que hospedar”, Cf. Baros, Mauricio, “Arquitectura para la Reclusión”, ARQ N° 33, Agosto 1996, p. 16.

¹⁸⁹ El crucero del hospital San Borja es poco nombrado y casi no estudiado por la historia de la medicina, a diferencia, por ejemplo, del crucero de Avilés, cf. Laval, Enrique, *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949, esp. Cap. VI. La reconstrucción arquitectónica realizada en esta tesis es un aporte documental. Véase Anexo Arquitectónico N° 1. Láminas 7 y 8.

¹⁹⁰ Generalmente, en la intersección se colocaba un altar. Cf. Leistikow, Dankwart, *Edificios hospitalarios durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*, Alemania, C.H. Boehninger Sohn, 1967, pp. 67 y ss.

¹⁹¹ Baros, Mauricio, “Arquitectura para la Reclusión”, ARQ N° 33, Agosto 1996, p. 17.

donde las amigas se reunían a observar el barrio, intercambiar secretos y recibir cortejos”¹⁹².

De esta manera, se vuelve al problema del encierro moralizador, en este caso, de las principales habitantes del tercer patio: las sirvientas y las enfermas. Es una forma de reclusión forzada, pero que se mezcla con el significado religioso, que está presente cotidianamente y espacialmente en el tercer patio (Oratorio y Altar del crucero).

Por tanto, en este sentido, se puede pensar en una clausura. La enferma entra por la puerta principal del patio simbólico hasta llegar, sala de recibo de por medio, a las profundidades del espacio de hospitalización en el tercer patio, manteniéndose en un “adentro” sin conexión con el “afuera”. Y la sirvienta que trabaja, también se mantiene en el tercer patio, sin llegar a la “imagen pública” que ofrece el patio simbólico.

Entonces, lo que ofrece esta doble cristalización del “adentro” para el mundo femenino y doméstico del tercer patio, junto a la clausura, es el *confinamiento social*¹⁹³. Las mujeres están confinadas en el tercer patio: lugar natural de la servidumbre, lugar de la vigilancia de la autoridad social, espacio de hospitalización y significado religioso de la clausura.

Y esto último, como discurso del espacio, es lo que permite que el confinamiento sea concreto: se pasa del “afuera” a un “adentro” donde no hay salida. Desde el mundo tradicional “el signo mayor de apropiación, de la *privacidad*, no era el estandarte sino la barrera, la clausura, la cerca, un signo de muy elevado valor jurídico (...) porque la paz no es de idéntica naturaleza de un lado y de otro de este límite; del lado exterior es pública, y del interior es privada”¹⁹⁴. En el caso del Hospital San Borja, el símbolo de la clausura es aquel patio casi inutilizado, donde las enfermas deben esperar para traspasarlo, y que es la “cara social” de la caridad.

¹⁹² Salinas, René, Op. Cit., 2005, p. 37.

¹⁹³ *Confinamiento*: etimológicamente proviene del lat. *finis* “límite”, “fin”, “lindes” y del lat. *confinis* “contiguo”, “limitrofe”, “vecino”. Cf. Corominas, Joan, *Breve Diccionario etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid, Editorial Gredos, 2000 y *Diccionario Inter Latino-Español*, Barcelona, Editorial Ramón Sopena, 1981. La noción de un “confinamiento social” tiene relación con la idea de que en el tercer patio las mujeres habitan apartir de “límites”: entre lo privado y lo público, entre el adentro y el afuera, entre lo interior y lo exterior, entre lo mundano y lo sagrado, entre la vida y la muerte. Pero estos límites tan marcados del encierro, a la vez, son contiguos, vecinos y lindan con la realidad del exterior, es decir, los pesados límites sociales que marcan el confinamiento están emplazados en un mundo que su único límite real es el espacio construido. El confinamiento social es una realidad simbólica de la lejanía y la separación, pero materialmente debe su existencia a los espesores espaciales que son limítrofes de todo un universo exterior que es vecino y contiguo.

¹⁹⁴ Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, P. Universidad Católica de Chile, 1998, p. 47.

La verdad y la norma sobre la mujer enferma pobre

En términos de las relaciones imaginarias que produce el espacio del tercer patio en las mujeres sirvientas que trabajaban en el hospital, es importante señalar la *naturalidad* con que debe haber sido percibido dicho espacio, es decir, como un lugar identitario de este género femenino y de esta capa social. Toda la servidumbre femenina trabaja y habita el tercer patio y no puede salir de dichos márgenes, a excepción de la enfermera mayor o alguna suplente –incluso en la noche la enfermera mayor cierra todas las instalaciones del tercer patio–, por tanto existe una familiaridad con este espacio que tradicionalmente se asignó a las personas del servicio, pero sobre todo a las mujeres sirvientas. Entonces, la naturalidad y la familiaridad que se da entre las sirvientas y el tercer patio está vinculada a una historicidad del género femenino, es decir, a toda una historia de las sirvientas que se remonta a los siglos coloniales y que se relaciona con el pacto social de la elite y la plebe: “En este mismo patio se secaba la fruta, se preparaba charqui, se faenaban las gallinas y cerdos, se preparaban las longanizas, se ponían en vinagre cebollas y ajíes, se hacían bebidas como la chica, y con el maíz cocinaban humitas y hacían mote”¹⁹⁵.

En cambio, en el caso de las mujeres enfermas, a pesar de pertenecer a la plebe, no existe tal naturalidad, puesto que dichas mujeres perciben el “espacio de hospitalización”; el tercer patio emerge con la historicidad del hospital, es decir, el lugar de la muerte: “Pese a los numerosos testimonios sobre la insuficiencia de los hospitales y el alto número de enfermos que no eran admitidos, parece probable que existiera un vigoroso rechazo popular hacia hospitales y lazaretos. Los pobres pensaban que iban al hospital a morir, y la elevada mortalidad –especialmente si se trataba de cirugía– justificaba esa opinión. En tiempos de peste, los temores eran mayores aún”¹⁹⁶.

Lugar natural y lugar indeseado: en este acápite fijaré la mirada en las regularidades sociales que se producen en el tercer patio. Y este interés historiográfico remite a dos marcos conceptuales para entender las objetivaciones que se hacen del asilo y la mujer enferma o, más bien, de la mujer enferma en el asilo.

¹⁹⁵ Salinas, René, “Población, habitación e intimidad en el Chile tradicional”, Op. Cit., 2005, p. 26.

¹⁹⁶ Romero, Luís A., *¿Qué hacer con los pobres? Elite y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1997, p. 148.

En primer lugar, remite al nivel más básico de una formación discursiva, la llamada formación de objetos. Es el régimen social que permite el surgimiento de determinados objetos de los que el discurso hará una enunciación “verdadera”. Objetos que, por cierto, pueden ser también sujetos individuales o sociales. El régimen de formación de los objetos discursivos es la condición social de posibilidad de todo el entramado discursivo mayor, son los mecanismos que actúan a la base del discurso: “... no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo; no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos, y que al ras del suelo lancen su primer resplandor”¹⁹⁷.

Este régimen de formación de objetos discursivos está compuesto de tres mecanismos específicos que se relacionan, a saber:

a) Las “superficies primeras de su emergencia”, que son los ámbitos sociales donde en cierto momento histórico y bajo ciertos preceptos discursivos precedentes pueden ser identificados ciertos objetos para el discurso o una transformación discursiva posible, por tanto se refiere esta instancia a los espacios sociales y culturales de donde provienen relacionamente y donde han sido identificados bajo cierta lógica social los nuevos objetos.

b) Las “instancias de delimitación” que se pueden definir como las instituciones y conjuntos sociales que aíslan, designan, nombran e instauran los objetos sociales en objetos discursivos.

c) Las “rejillas de especificación” que son “los sistemas según los cuales se separa, se opone, se entronca, se reagrupa, se clasifica, se hacen derivar unas de otras las diferentes... [objetivaciones sociales]”¹⁹⁸.

En segundo lugar, remite a la categoría conceptual de *género*. El género es una categoría “que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas; si los términos adecuados para el sexo son ‘varón’ y ‘hembra’, los correspondientes al género son ‘masculino’ y ‘femenino’, y estos últimos pueden ser bastante independientes del sexo (biológico)”¹⁹⁹.

¹⁹⁷ Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 2003, p. 73. En este mismo párrafo Foucault se refiere a que esta posibilidad de hablar “de algo” en un momento histórico determinado, tampoco está relacionada con obstáculos al pensamiento que habría que disipar para que surjan los objetos nuevos o la interpretación verdadera, en una referencia crítica pero no designada claramente a la filosofía de Gastón Bachelard. Cf. Bachelard, Gastón, *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*, México, Siglo XXI, 2004.

¹⁹⁸ Foucault, Michel, Op. Cit., 2003, p. 68. Agregado mío.

¹⁹⁹ Oakley, Ann, *La mujer discriminada. Biología y sociedad*, Madrid, Tribuna Feminista, Editorial Debate, 1977, p. 186.

El género, entonces, se refiere a los procesos por los cuales una cultura determinada procesa, modifica y socializa las diferencias sexuales: “Estos papeles, que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femeninos o masculinos”²⁰⁰.

Estudiar la construcción del género en un espacio social implica pasar de la diferencia sexual a la desigualdad social: las mujeres en las distintas sociedades históricas tienen un papel subordinado frente al mundo masculino²⁰¹.

Según Joan Kelly, la introducción del concepto de sexo como categoría social (género) puede ayudar a renovar la visión de los estudios históricos. Es un ámbito social descuidado por la historiografía, tan importante de analizar como las relaciones de clases. Cuando se analizan las relaciones entre los sexos se puede analizar cómo una sociedad determinada adjudica *esferas sociales* que se corresponden con las normas sociales y culturales que, para dicha sociedad, son propias de cada género. Para Kelly, la división sexual del trabajo sería la base para que en las sociedades históricas las mujeres estén normativamente vinculadas a la esfera de la *reproducción social* y los hombres en la esfera de la *producción social*. Por tanto, la construcción social del género es fundamental para un análisis completo de la sociedad y sus dinámicas de cambio: lo doméstico y lo público²⁰².

La reproducción social que se da en la esfera doméstica es fundamental para comprender la historia humana. Si bien las mujeres tienen un papel asignado a dicha esfera, y que es subordinado al mundo público de los hombres, producto de una normatividad que nace de las diferencias sexuales, es en dicha esfera por donde pasan, justamente, cambios en las normas sociales y culturales: “Si bien lo que constituye lo *doméstico* y lo *público* varía en las distintas culturas y su demarcación también es diferente, si se colocan las sociedades en una escala, en uno de cuyos extremos se ubican los ejemplos en que las actividades familiares y públicas se mezclan bastante y

²⁰⁰ Lamas, Marta, “La antropología feminista y la categoría ‘género’”, *Nueva Antropología*, Vol. VIII, N° 30, 1986, p. 174.

²⁰¹ Para más antecedentes del surgimiento de la categoría “género”, véase Scott, Joan, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, Navarro, Marysa y Stimpson, Catherine (comp.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, México, FCE, 1999. Para un análisis de las dimensiones simbólicas de las diferencias sexuales, véase Bourdieu, Pierre, *La dominación masculina*, Barcelona, Editorial Anagrama, 2000.

²⁰² Otro punto de vista es la asignación cultural de lo femenino y lo masculino según el binomio naturaleza/cultura, para este punto véase Ortner, Sherry, “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”, Harris, Olivia y Young, Kate (comp.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1979.

en el otro aquellos en que las actividades públicas y domésticas están drásticamente diferenciadas, surgen pautas regulares”²⁰³.

Y por esta razón es tan fundamental para esta investigación de tesis indagar en el mundo femenino y confinado del tercer patio. Allí en lo doméstico está la base de la objetivación social, es decir, del entrecruce de la verdad y la norma de la mujer enferma pobre.

En la Sala: enfermeras y enfermas

Al crucero se ingresaba por la Sala del Salvador, donde probablemente al inicio se encontraba el Oratorio. La Sala del Salvador estaba dedicada a la medicina: era un amplio espacio de 21 1/6 varas largo, 7 5/6 claro ancho y 6 1/3 varas alto²⁰⁴, tenía cinco ventanas de reja de fierro y en 1832 contaba con 25 catres, 36 cueros para las camas y 10 basenicas pequeñas para las enfermas²⁰⁵. Al final de esta sala, yendo de oriente a poniente, se encontraba el altar principal del crucero, ya que justo allí esta sala se intersectaba perpendicularmente con las Salas del Rosario y de San Borja.

Las Salas de San Borja y del Rosario estaban dedicadas a la cirugía, y comprendían un gran bloque de 78 varas de largo y 6 1/3 de ancho y alto²⁰⁶. La sala de San Borja tenía en 1832 una ventana con reja de fierro y seis ventanas de reja de palo, contaba con 30 catres, cuatro cueros, un farol y dos basenicas. La sala del Rosario tenía una ventana de reja de fierro y tres ventanas de reja de palo, contaba en 1832 con 26 catres, 20 cueros para las camas, un farol, dos basenicas y once basenicas pequeñas. Por encima de esta sala existe “*otro piso que sirbe de abitacion a las enfermeras con unas bentanitas pequeñas y una escala muy ordinaria*”²⁰⁷.

²⁰³ Kelly, Joan, “La relación social entre los sexos: implicancias metodológicas de la historia de las mujeres”, Navarro, Marysa y Stimpson, Catherine (comp.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, México, FCE, 1999, pp. 28 y 29.

²⁰⁴ Aproximadamente 18 metros de largo, 6.5 metros de ancho y 5 metros de alto. Este cálculo se basa en la vara castellana, la más extendida, que medía 83,59 cm.

²⁰⁵ *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Santiago, 1832, Fondo HSFB, f. 2v.

²⁰⁶ Aproximadamente 65 metros de largo y 5.5 metros de ancho y alto.

²⁰⁷ Plaza, Alcibíades de la, *Tasación del terreno y edificios del Hospital San Borja*, Santiago, enero 26 de 1853, Archivo Ministerio del Interior, vol. 312.

A este equipamiento, hay que agregar que en 1832 para las salas existían 288 sábanas, 355 camisas para las enfermas, 250 frazadas, 117 fundas de almohadas, 149 telas de colchones y tres cordeles para colgar ropa²⁰⁸.

Este es un ejemplo y un panorama en bruto de cómo eran las salas del Hospital San Francisco de Borja²⁰⁹. Pero éstas no eran las únicas salas existentes. Además, existía la Sala de la Santísima Trinidad que estaba dedicada a la medicina, la Sala de Santo Tomás que en 1837 se destinó a las epidemias, y desde 1835 a 1837 se crearon las Salas de San Juan de Dios, también para epidemias, y la de San Lázaro, que se destinó a las enfermas variolosas que endémicamente existían en la capital.

La Sala de San Lázaro se ubicaba de manera especial: según la reconstrucción realizada se encontraba en un pequeño patio adyacente a las salas de epidemias, donde tenía cercanía a las caballerizas y al depósito de cadáveres creado en 1835 en el antiguo cementerio. La lógica de la peste se imponía: las salas de epidemias y de endemias variolosas están cerca del lugar de la muerte y del medio para llevarlas al panteón común del pobre, es decir, cerca del depósito de cadáveres y de las carrozas y caballos.

Este conjunto intrincado de grandes bloques con nombres religiosos, que eran las salas, constituye el lugar de permanencia y asistencia de los cuerpos enfermos²¹⁰. Son, más bien, pasillos de amplias dimensiones en donde en cada línea paralela de su anchura, y a lo largo, se encontraban las camas de las enfermas, dejando en medio un lugar de tránsito. El espacio de hospitalización entrega los signos básicos de la historicidad asistencial del período: lo intrincado, lo oculto y la simpleza que llega a lo brutal.

Este panorama en bruto y esta precariedad quedan demostrados cuando se anota que en 1832 para el servicio médico de todas las salas existen tres jeringas “para agudas”, dos jeringas más pequeñas, dos aparatos para purgatorios y cuatro mesas²¹¹. Lo demás está en la caja del cirujano y del flebotomista, pero no pertenece a la realidad asistencial de las *salas*. Son simples salas que su precariedad solamente es llenada por los habitantes del tercer patio.

Las habitantes por definición del espacio de hospitalización son las enfermas y las enfermeras. Como ya se señaló, para unas, lugar indeseado; y para las otras, lugar

²⁰⁸ *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Op. Cit., fs. 2v y 3.

²⁰⁹ Véase Anexo Arquitectónico N° 1. Láminas 8 y 10.

²¹⁰ Véase Anexo Arquitectónico N° 1. Láminas 7, 8, 9, 10 y 11.

²¹¹ *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Op. Cit., f. 2v.

natural. En el encuentro que se daba de mujeres y de lugares nacerán los niveles más elementales de la discursividad del asilo.

En el caso de las enfermas, el texto portaliano de 1837 también produce una doble cristalización simbólica y material. Primero, la cristalización simbólica hace referencia de que el hospital no es asilo para cualquier tipo de enfermas.

*Art. 8º. No serán admitidas en el Hospital para medicarse las personas locas, ó dementes, ni las que padezcan de alguna enfermedad incurable, ni tampoco aquellas cuya dolencia sea de poca consideracion que fácilmente pueda repararse con los medicamentos que se les suministren para curarse por sí mismas en sus casas, sin necesidad de los demas auxilios que presta el establecimiento*²¹².

El Hospital sirve de “morada” para ciertas enfermas y no otras: estas enfermas que se admiten no deben ser locas o dementes ni mujeres incurables ni fácilmente curables: sólo se admiten mujeres enfermas que se pueden vincular simbólicamente con el orden simbólico del “enunciado portaliano”.

Este aspecto, además, está relacionado con el proceso de diferenciación que vive la beneficencia en el siglo XIX: entre indigente, pobre y enfermo, y entre los diferentes tipos de enfermos: “La atención médica y sanitaria disponible para los pobres estaba prácticamente limitada a cuatro dispensarios y a dos vetustos hospitales existentes desde tiempos coloniales: San Juan de Dios para los hombres y San Francisco de Borja para las mujeres. Eran en parte públicos y en parte privados: los administraba la Junta de Beneficencia, junto con la Casa de Huérfanos y el Hospicio, que contaba con recursos del gobierno y también con donaciones, capellanías y otros aportes privados. Confusión similar existía en sus funciones, entre las específicamente médicas y las más propias de la beneficencia o la caridad. De ahí la superposición entre los conceptos de pobre, enfermo e indigente, entre enfermo y loco, y aun entre distintos tipos de enfermos. El avance en la constitución de la corporación médica y su influencia creciente en la sociedad tuvieron como consecuencia una progresiva clarificación”²¹³.

Las mujeres enfermas que son simbólicamente admitidas son aquellas que pueden cumplir el límite que impone este “sagrado asilo”: el confinamiento social. Una mujer loca traerá bullicio y movimiento. Una mujer incurable traerá una interminable

²¹² Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 6.

²¹³ Romero, Luís A., *¿Qué hacer con los pobres? Elite y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1997, p. 143. Interesante de destacar es que, en este caso, la clarificación entre tipos de enfermos proviene de un funcionario gubernamental y en fecha temprana del siglo XIX.

tarea que también es bullicio y movimiento. Una mujer fácilmente curable implica mucho movimiento y, por tanto, desorden y bullicio. Para ellas está la casa particular o el Hospicio (y más adelante la Casa de Orates desde 1852).

Las mujeres enfermas pobres que se admiten son aquellas que sus enfermedades les permiten pasar un tiempo, simplemente, en una cama del espacio de hospitalización, sin locura, sin bullicio, sin mayor movimiento, sin tareas que desordenen. Ya sea que ese tiempo concluya en la curación de la dolencia o en la muerte. Son las enfermas más adecuadas para ser admitidas en ese “adentro” cristalizado²¹⁴.

Se cumplen así las prescripciones básicas de un espacio de hospitalización “en forma”: “la cama es en sí misma el espacio mínimo de la hospitalización. Esencialmente, es el mínimo espacio para el cuerpo enfermo; es la medida humana en una dimensión extrema de intimidad (...) La cama no sólo representa las dimensiones del cuerpo sino que además refleja una alteración de su posición normal”²¹⁵.

Por tanto, la mujer enferma en su “lecho” es la cristalización simbólica que busca el “enunciado portaliano”, lo que necesariamente está acompañado de la cristalización material. El lecho como unidad mínima del espacio de hospitalización, pero, en general, es la realidad del confinamiento social. Las enfermas para llegar al lecho que se le asignará deben pasar las barreras de la clausura.

Las enfermas pobres deben presentarse a la puerta principal del asilo, nunca directamente a la puerta del tercer patio. Allí, en el primer patio, esperarán ser reconocidas por uno de los médicos en la sala de recibo. Si dicha enferma cumple la categoría simbólica de enfermedad que busca el orden interno, pasarán al espacio de hospitalización. Unos toques de campana anunciarán que una enferma llegará al tercer patio, llevada por la Madre o alguna enfermera suplente, que las internará por el segundo patio personalmente. De esta forma, el confinamiento comienza a funcionar

²¹⁴ Por esta razón el Reglamento de 1837 es más punitivo con los empleados y sirvientes que con las enfermas. En cambio, en el siglo XVIII aparece mayor control sobre las enfermas: La enfermera mayor “no permitirá q. con pretexto de Parientas amigas, o Paisanas se acuesten dos enfermas en una misma cama, ni q. las q. tienen permiso de vestirse formen corrillos, ni q. vendan den o canvien las raciones q. se ministran...”. El diputado de semana “no permitirá q. las enfermas q. tuvieren permiso de vestirse formen corrillos (...), ni q. con su inmoderación, bullicio perjudiquen alas demas (...) Prohibira en todas el extremoso visio del sigarro...”. *Reglamento del Hospital de san Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, fs. 10 y 21v.

²¹⁵ “El lecho de hospitalización es el lugar constante en la evolución de los modelos curativos. A través de la historia de la asistencia pública de la salud este elemento ha permanecido inalterable, no en términos formales, materiales, ni técnicos, sino como una unidad básica del espacio”. Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, P. Universidad Católica de Chile, 1998, p 275.

hasta llegar a una *cama* de una *sala*. No podrán recibir visitas salvo dos días al año (el día de Cuasimodo y el de San Francisco de Borja), y sus parientes o personas interesadas en su salud podrán preguntar por ellas los martes y viernes de cada semana por intermedio de la portera en la puerta del tercer patio, mientras ellas yacen en sus lechos en las intrincadas salas del hospital, en la profundidad del tercer patio.

Las enfermas en el tercer patio se encuentran en un mundo tradicionalmente femenino: allí trabajan también confinadas las cocineras y las lavanderas, pero también quienes deben cuidarlas. En una mezcla de lo doméstico y lo asistencial, las enfermeras realizan sus papeles de género. Más que cualquier otro funcionario o sirviente, son las enfermeras las que mayor contacto tienen con las enfermas: la madre, las enfermeras menores, las veladoras y las enfermas constituyen el universo confinado del espacio de hospitalización.

La Madre es la empleada de mayor jerarquía entre las mujeres que trabajan en el hospital²¹⁶. Sus papeles sociales están vinculados a mantener la funcionalidad del orden interno de la casa: en lo económico, asistencial y doméstico. Pero, en el universo confinado del tercer patio, la Madre es una poderosa agente de la moralización, tanto de las sirvientas como de las enfermas. Su circulación constante por los intrincados espacios del tercer patio, le permiten ejercer una mirada atenta hacia las costumbres y la moralidad del mundo femenino.

*Art. 24º. ... vijilar sobre el buen orden, moralidad y recato con que deben comportarse las enfermas y sirvientes (...) rondar con frecuencia las salas, principalmente cuando el practicante estuviere curando a las enfermas, para hacerles conservar pudor, y evitar toda desenvoltura y desnudez en cuanto sea posible...*²¹⁷.

En un “adentro” cristalizado en el pacto social, en un mundo de jerarquías y de variados papeles sociales de empleados y sirvientes, la Madre (o enfermera mayor) establece su propio “señorío” en el tercer patio. En el mundo femenino y confinado, ella es quien tiene la jerarquía adecuada para mandar, cuidar y procurar las costumbres apropiadas de las demás mujeres, pero más aún con aquellas que se hacen parte del servicio asistencial: veladoras y enfermeras menores.

²¹⁶ Este poder social de la Madre es posible de visualizar desde el siglo XVIII: “Todas ellas como subordinadas ala Enfermera Mayor deven obedecerla con prontitud y dosilidad, y aun quando alguna jusgue q. padese agravio en lo mandado no por eso podra resistirlo...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 23.

²¹⁷ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 24.

Las veladoras son las enfermeras de la noche: tiempo en que, en una absoluta clausura (*ideología de la cerradura*), deben asistir y cuidar la calma, la agonía, las convulsiones, y que por toques de campana podrán llamar para otras asistencias, para la emergencia, para romper el cerco.

*Art. 31º. 3ª. Asistir a las enfermas con el mayor amor y esmero, repartiéndoles las medicinas a las horas que dejare el boticario dispuesto: darlas los caldos a las cuatro de la mañana en todo tiempo, y ayudarlas y socorrerlas en cuanto justamente las ocuparen todo el tiempo que estuvieren de servicio, sin poder dormir ningun momento*²¹⁸.

Ser veladora implica pasar las noches en vela, por tanto, a pesar de la categoría de enferma que era deseable para el asilo, toda enfermedad y toda mujer enferma traen un grado de desorden: los tiempos de las enfermedades son variados e implican un servicio asistencial de día y de noche: náuseas, gritos de dolor, llantos, mejorías, fiebres, pesadumbres, agonías, curaciones, muertes: las mujeres del servicio y las mujeres enfermas en una constante relación.

Las enfermeras menores son las enfermeras del día, del momento de la luz; espacio temporal donde el hospital se encuentra más activo y, por tanto, cuando el servicio asistencial tiene mayor peso sanitario. Por ejemplo, una de las operaciones sanitarias más comunes que deben realizar las enfermeras es la extracción de orines de las enfermas más postradas y desvalidas, para ello en 1832 se anotaba que existían 24 tubos de cobre para dicha operación.

Y esta actividad del día se da sobre todo, como se señaló, ya que las enfermas, a pesar de sus dolencias, son factores latentes de desorden. De ahí que las enfermeras menores deban siempre estar cerca de ellas en un rol de inspección social y moral, vigilándolas, educándolas, controlándolas: las enfermeras se turnarán para oír la misa, para almorzar y cenar, para estar fuera del espacio de hospitalización.

Art. 32º. 3ª. Hacer por sí la limpieza de las salas, y mantenerlas a toda hora en el mayor aseo: poner a las enfermas luego que esten en la cama, ropa del servicio del Hospital, y quitarles la que traigan, para que la reciba la ropera: indagarles con sagacidad sus dolencias naturales, principalmente si están embarazadas, para prevenir en la visita a los médicos el acierto en las recetas; y en caso de que esten y que fallescan, llamaran al practicante para que haga la operación en el momento, y tambien al capellan para que bautice el feto, cuidando de avisar a las veladoras de las que esten en este estado, para que hagan lo mismo en los casos que ocurrieren: hacerlas bañar en el verano y lavar en el invierno, para quitarles toda suciedad é

²¹⁸ *Ibíd.*, p. 32.

*inmundicia que lleven, pero con dictámen de los médicos: que no fumen en las salas: que se peinen diariamente, a excepcion de aquellas que por su gravedad no puedan recibir este aseo, y hacer que las convalecientes lo hagan con las demas, que no puedan valerse por sí mismas para este objeto: enseñar a rezar a todas aquellas que ordenare el capellan (...) que antes de rezar el rosario se recojan a sus camas las enfermas, sin permitirles que despues salgan de las salas: conducir las hasta entregarlas a la portera, cuando salieren sanas, avisandole a la madre; y últimamente asistirlas, curarlas, socorrerlas y ampararlas en cuanto justamente las ocuparen, hasta el último momento, amortajandolas media hora despues de muertas*²¹⁹.

Desde lo doméstico hasta lo asistencial, pasando por lo religioso y lo moral: las enfermeras menores habitan con igual propiedad el espacio de hospitalización (las salas) que las enfermas. Existe un espesor muy delgado entre las mujeres que cuidan y las mujeres que reciben cuidados en términos de individuos habitantes. Pero los papeles sociales son claros: la jerarquía de las enfermeras menores implica un poder social sobre las enfermas. En el último eslabón de la jerarquía del asilo, las enfermeras ejercen poder sobre las enfermas: el poder de asistirlas, curarlas, educarlas, controlarlas, interrogarlas y amortajarlas inclusive.

Desde el punto de vista normativo, la categoría simbólica de enferma que se deseaba para el hospital era una quimera. Por tanto, el conjunto intrincado de salas de enfermas se transforma en un mundo cargado de signos y de poderes del mundo femenino con unos espesores muy débiles. Entonces, dicho espacio de hospitalización debe estar en estricta vigilancia y en constante purificación, para que así en el confinamiento social no ocurra un grado mayor de desorden, que del mismo “adentro” provenga la perversión de la pureza.

La constante purificación es una actividad diaria, ya sea de los pecados, de las heridas, de las dolencias, de la muerte y, por cierto, del mismo aire. El aire de las salas debe ser purificado para evitar contaminaciones, por lo que la Madre debe mandar “*perfumar con romero, vinagre ó alucema dos veces al día por lo ménos*”²²⁰.

El mundo femenino y confinado cargado de signos que se vivía en las salas del tercer patio, debe haber tenido mecanismos para disipar estos espesores muy débiles

²¹⁹ *Ibíd.*, p. 33.

²²⁰ *Ibíd.*, p. 24. Similar atención sobre el aire de las salas existía en el siglo XVIII: “No es menos necesaria q. la anterior la diligencias de saumerios de Romero o Castilla, o Alusema estos se dirigen a impedir q. se figen en las Salas, y demas materias putridas q. las enfermas comunican a la Atmosfera por la transpiracion insensible salibas escrementos, y orines pues no admite duda ninguna el reciproco comercio q. tiene los vivos con el ambiente q. los circunda y q. tanto persiben de el quanto le comunican pero se lograra fin tan util haciendo la enfermera mayor el primer saumerio concluido el aseo delos vasos antes q. se abran las ventanas: el segundo luego q. despues de comer se sierran para reposar la siesta, y el ultimo concluida la liempiesa por la noche...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 21.

pero también muy ceñidos que se daban en la última escala de la jerarquía del asilo. ¿Cómo estructurar estos espesores sociales, a la vez cercanos pero también pesados?

Según Alejandra Araya, el mundo femenino en una sociedad tradicional se basa en las apariencias y en la oralidad frente a otro; la identidad femenina se construye en un espejo social: frente a una otredad sobre la que “se dice algo”, que tiene gestos, actitudes y comportamientos que “no son los míos”. La relación entre el yo y el otro construye un “reflejo” sobre el que permite la identificación personal: “Esta situación permite suponer un cierto grado de internalización de un sistema de signos y conductas que conforman lo que debía ser. Estas ‘señales’ eran signos de identidad. La gestualidad en una sociedad oral era el soporte de estas imágenes sobre los otros”²²¹.

Estas imágenes del otro funcionan a través de lo que veo y de lo que oigo, y en el caso de las mujeres tiene relación sobre todo con un sistema de signos que permite surgir identidades rígidas: la santa o la pecadora, la doña o la sirvienta, la “alta” o la “baja”: “El mecanismo de construcción de identidades que allí opera es el de ‘reflejo’, la imagen que construyen los unos sobre los otros pasa a ser un ‘espejo’ donde el individuo puede reconocerse o no. Esto incluso podría denominarse sistema binario de construcción de identidades, sustentado en díadas conceptuales en que uno de los conceptos es el opuesto del otro (...) De aquí obtenemos las representaciones culturales básicas (díadas conceptuales) generadoras de identidades asumidas o impuestas”²²².

Si el asilo lograba un “adentro” que poseía una doble cristalización simbólica y espacial, al nivel de las salas los espesores sociales se debilitaban a la vez que se concentraban en forma muy ceñida. En ese mundo del tercer patio, que era intrincado, doméstico y femenino, los espesores de los signos podían establecer una diferenciación por medio de los “espejos sociales”. Solamente las díadas conceptuales permitían que la estructura no se derrumbara en la profundidad del “adentro”. Y este mecanismo funcionaba de dos formas simbólicas.

Por un lado, la madre, las enfermeras y las veladoras producían un conocimiento de las enfermas por lo que veían y lo que oían: son las productoras primarias de la otredad. La información que generan de las enfermas es básicamente “oral” y “visual”. En un mundo tradicionalmente femenino, son, justamente, las mujeres sirvientas las que darán la base mínima para que aquellas “otras mujeres” puedan transformarse en un

²²¹ Araya, Alejandra, “Cuerpos aprisionados y gestos cautivos: El problema de la identidad femenina en una sociedad tradicional (Chile 1700-1850)”, *Nomadías. Serie Monográfica N° 1*, Santiago, Universidad de Chile / Editorial Cuarto Propio, 1999, p. 76.

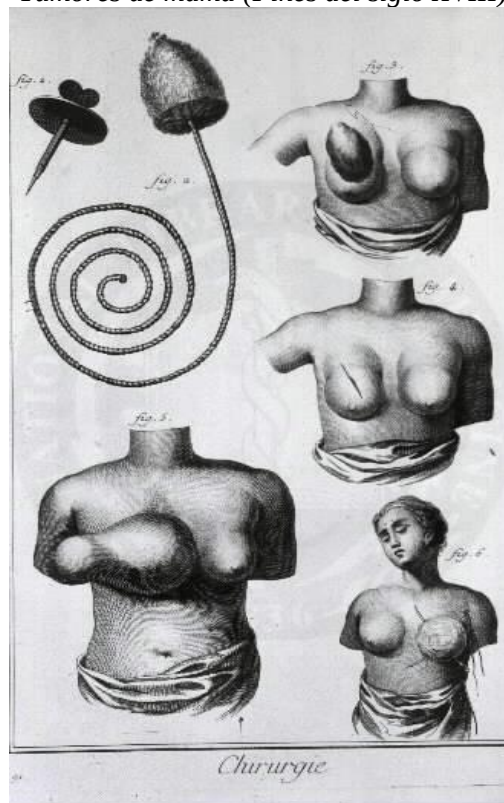
²²² *Ibíd.*, p. 73.

objeto de discurso. Las enfermeras son las que, producto de las díadas conceptuales que se producen a nivel de las representaciones sociales, darán forma simbólica a un primer nivel de conocimiento sobre esta otredad que es la enfermedad. Por tanto, la emergencia, la delimitación y la especificación del objeto-enfermedad nacen de este encuentro de mujeres sirvientas y mujeres enfermas.

Por otro lado, el confinamiento social funciona tanto para las sirvientas como para las enfermas. Todas las mujeres del tercer patio están confinadas producto de la clausura y todas ellas, también, están vigiladas y controladas por la autoridad social. Este fenómeno se da a partir de una condición social: todas ellas son de la “plebe” y todas ellas deben participar del encierro moralizador del “enunciado portaliano”. Por tanto, en el último peldaño de la jerarquía estos espesores sociales deben ser disipados, para así producir la diferencia entre el mundo de las mujeres sirvientas y el de las enfermas. Los “espejos sociales” producen esa otredad necesaria para el “adentro”: en el tercer patio existe un peldaño más abajo, el último lugar: la mujer enferma pobre.

La Ritualidad: entre la curación y la purificación

Tumores de mama (Fines del siglo XVIII)



Fuente: Image Database, Nacional Library of Medicine, U.S.A.

¿Cómo ingresaba el mundo masculino al mundo femenino del espacio de hospitalización? Los hombres, en sus respectivos papeles sociales, también participan del “adentro” cristalizado simbólicamente y espacialmente, es decir, tienen un “lugar” en el hospital, pero al penetrar en la profundidad del tercer patio se hacen parte, desde el poder de lo oficial y masculino, del proceso de discursividad. Por tanto, las mujeres sirvientas producen un saber sobre las enfermas que está marcado por la oralidad, lo cotidiano y lo informal, en cambio los hombres que deben relacionarse con ese mundo femenino de la servidumbre y la enfermedad requieren de una regularidad social.

a) *El administrador en la sala.*

El administrador, como autoridad social y representante de la elite mercantil e ilustrada que sustenta las obras piadosas, posee un poder totalitario al interior del asilo. Estratégicamente tiene su oficina en un edificio que da a la calle, pero, como se señaló, en el tercer patio. Desde el lugar tradicional de la servidumbre, esta autoridad vigila y controla a los tres patios, por tanto a todos los empleados y sirvientes, sobre todo cuando existe una vigilancia jerárquica.

Dentro de sus preocupaciones como señor de la casa está el orden que debe existir en el conjunto intrincado de salas: cuando el señor de la casa inspecciona una sala, todos los empleados y sirvientes que estén en ese momento deben salir, a excepción de los médicos:

*Art. 16º. 3ª. Visitar las salas personalmente para ver si están con el aseo correspondiente, y preguntar con sagacidad á las enfermas que elijiere, si se han confesado, si se les ha suministrado oportunamente las medicinas y alimento, y cuanto crea conducente para cerciorarse de la prolija asistencia que deben prestarles los empleados y sirvientes en sus respectivas obligaciones*²²³.

Por tanto, hay un momento en que el señor de la casa se encuentra con el último eslabón del “adentro”: un gesto simbólico que debe tener todo señor de una casa hacia los miembros más desvalidos de la casa, entonces esta pasada oficial del administrador por las salas implica que las enfermas pobres también participan del pacto social de la protección y la misericordia. Pero, esta visita a las salas también tiene un objetivo punitivo hacia los otros miembros del “adentro”, que son objeto discursivo del control

²²³ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 9.

social del “enunciado portaliano”: el poder del señor de la casa es total porque es un ciclo jerárquico reversible, que va y viene de arriba hacia abajo y viceversa²²⁴.

También estos gestos simbólicos pueden venir de otros benefactores, de los miembros de la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos y de señoras de la elite, para ellos las puertas del asilo nunca estarán vedadas: “... *y fuera de estos dias no se permitirá ver á las enfermas bajo ningun pretesto, á excepcion de la autoridad pública y de aquellas personas de distinción que por ejercer la caridad quieran visitarlas, ó para servirlas, consolarlas, ó socorrerlas*”²²⁵.

b) *El régimen religioso y los capellanes.*

El administrador mandará celebrar tres misas solemnes: una en el crucero el día 13 de Julio en memoria del benefactor Francisco Ruiz de Ovalle, y las otras dos en la Iglesia del Hospital en las festividades de San Francisco de Borja y del Corazón de María, ambas anunciadas con repique de campana en la víspera y en el día.

Pero en el hospital el servicio religioso no se remitía solamente a estas misas, sino que es constante y cotidiano, se podría decir que en el hospital se vivía un régimen religioso.

A parte de las misas que se realizaban los domingos y en las fiestas religiosas, cada mañana en el hospital se dan dos misas: la primera en el Oratorio un cuarto para las seis de la mañana en verano o a las seis y cuarto de la mañana en invierno, con este acto religioso, al que asistían los empleados y sirvientes, se daba inicio solemne a las actividades diarias del hospital; la segunda en el Altar del crucero a las ocho de la mañana “en todo tiempo”, era la misa para las enfermas y enfermeras, que ocurría inmediatamente después de la visita de los médicos y es el momento solemne para pedir al “amor celestial” por la salud de las desvalidas. Junto con esto, luego de cada comida la Madre o alguna sirvienta suplente realizaban alabados y oraciones, y al finalizar la jornada estas oraciones estaban acompañadas por el rezo del rosario²²⁶.

Estos actos religiosos no solamente plantean el tema de la religiosidad, sino que tienen remembranzas del antiguo régimen conventual de los Hospitales – Conventos,

²²⁴ Para esta idea del poder como ciclos reversibles, véase Baudrillard, Jean, *Olvidar a Foucault*, Valencia, Pre-Textos, 1994.

²²⁵ Reyes, Ignacio de, Op. Cit., 1837, p. 7.

²²⁶ Situación similar ocurría en el siglo XVIII. Por ejemplo, el diputado de semana debía “... permanecer asta q. aya finalisado la comida delas enfermas, y dado gracias con un alavado en cada sala concluyendo con un credo, un Padre nuestro, y un ave María, a los pies del Crusifico colocado en el altar del Crusero diriguidos a pedir por la salud del Rey, y conservación y aumento de la casa; piadoso exersisio q. reperitá concludida la sena...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 9.

donde el servicio religioso servía también para marcar los tiempos y se relacionaba con el significado de la clausura²²⁷. En este caso la vida monacal está alterada e incompleta, pero igualmente se puede hablar de un régimen religioso, ya que, a parte de los actos religiosos, la religiosidad es un tema obligatorio.

Los capellanes eran los responsables de este régimen religioso. Son los empleados de mayor jerarquía, después del señor de la casa. Sus papeles sociales mezclan variadas actividades, donde incluso figura lo financiero y lo administrativo como un asunto importante en sus roles. En lo administrativo es fundamental que los dos capellanes estaban a cargo de dos libros: uno, era el libro de asiento de las enfermas, donde se anotaba el nombre completo, el de los padres, del esposo si lo tuviere, el lugar de residencia, el estado y profesión, la enfermedad, el número de cama, y la fecha de ingreso de toda enferma que “entraba a medicarse”; el otro, era el libro de las últimas disposiciones de las enfermas que fallecían, es decir, unas especies de testamentos²²⁸.

El poder del capellán de semana en el tercer patio radica en generar la continuidad del régimen religioso, donde, por cierto, actúa como el principal agente de la moralización en el asilo. Los preceptos religiosos y la moral tradicional son los objetivos valóricos de este empleado, que desde la cúspide de la jerarquía controla a empleados, sirvientes y enfermas para mantener los límites de este “sagrado asilo”: la pureza de las costumbres.

Art. 19º. 5ª. Celar sobre la pureza de costumbres, honestidad y recato con que deben comportarse las enfermas y sirvientes.

6ª. Confesar a las enfermas para que cumplan con la Iglesia el domingo de Cuasimodo.

7ª. Prevenir y amonestar a los empleados y sirvientes que habitan en la casa, que confiesen y comulguen el domingo de Cuasimodo y el día de San Francisco de Borja.

8ª. ... y á mas deberá ocuparse desde las once hasta las doce del día en explicar en las salas la doctrina cristiana a las enfermas, empleadas y sirvientes del Hospital.

Art. 20º. 5ª. Confesar a todas las enfermas que entraren en su semana sin excusa ni pretexto alguno, prefiriendo aquellas que estén de mas gravedad: y si alguna se resistiere, despues de agotar todos los recursos de una humilde y suave persuasión, hasta rogarla con la ternura de la caridad que debe inspirarle su santo ministerio, le dará parte al administrador para que tome las providencias que crea oportunas.

6ª. Administrar los Sacramentos de la Eucaristia y de la Extrema-Uncion a las enfermas, luego que lo orderaren los facultativos; pero no esperara este aviso con las enfermas de viruela, ni con las demas que se advierta esten en peligro de fallecer,

²²⁷ Sobre este punto, véase Millar, René y Duhart, Carmen, “La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la Conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005.

²²⁸ En esta investigación de tesis se tuvo acceso sólo a los libros de asientos de las enfermas.

*porque debe verificarlo inmediatamente despues de habrlas confesado, sin que jamás para estos casos le sea permitido tener hora fija para cumplir con este deber sagrado. 7ª. Auxiliar con los divinos consuelos de nuestra sacrosanta relijion a las enfermas que estén en agonias, con el celo y caridad que exige aquel tremendo acto, hasta absolverlas en los últimos momentos*²²⁹.

Si la Madre es un agente de la moralización para el mundo femenino del tercer patio, el capellán de semana es el principal agente de moralización: su papel moral abarca a todos los subordinados que trabajan en el asilo, de ahí que los capellanes sean una pieza clave para la cristalización del “enunciado portaliano”: el encierro moralizador. Los capellanes ejercen un poder también totalitario, ya que las acciones religiosas están formalizadas y legitimadas, por lo que no hay posibilidad de elección de parte de los subordinados. Así, la importancia fundamental que tiene la *confesión* radica en que es un acto religioso, que al plantearse como obligatorio, se sitúa en un nivel de verdad: en la confesión los capellanes permiten que entre a un campo de la verdad, como forma de averiguación, las conductas, deseos, problemas, sueños y padecimientos, tanto de los empleados y sirvientes como de las enfermas²³⁰.

Por tanto, el régimen religioso, que no es otra cosa que una religiosidad obligatoria, participa del discurso del hospital en dos sentidos. Primero, es ejercicio constante de purificación: los sacramentos, la doctrina enseñada y las acciones religiosas están simbólicamente vinculadas a la pureza que debe tener el asilo. Segundo, es un ejercicio de verdad, ya que el subordinado, al enfrentarse con la religiosidad obligatoria, sobre todo con la confesión, entra en el campo de la averiguación de su intimidad, que desde ese momento se hace problema, se cuestiona desde la mirada de las “buenas costumbres”. Por estos dos sentidos se puede decir que el régimen religioso es, justamente, una regularidad social inserta en la problemática de la “moral”.

c) La visita del médico.

A las siete de la mañana en verano y a las siete y media en invierno, unos toques de campana anuncian que el médico ingresará al crucero para su visita. Allí lo esperan el Mayordomo, la Madre, el boticario y el flebotomista como parte de un cortejo que lo acompañará. Lo mismo se repetirá en la tarde: a las seis en verano y a las cuatro en

²²⁹ Reyes, Ignacio de, Op. Cit., 1837, pp. 14-16.

²³⁰ Para un análisis de la importancia de la “confesión” en el establecimiento de un “régimen de verdad” en las sociedades occidentales, véase Foucault, Michel, *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI, 1991.

invierno. La visita del médico es uno de los actos del hospital que mayor solemnidad recibe²³¹.

La visita de los médicos al conjunto intrincado de salas tiene una forma simbólica de la solemnidad, ya que es el momento en que la palabra más cualificada del “saber científico” se encuentra con el mundo confinado y femenino del espacio de hospitalización. Estas vistas tienen un doble objetivo.

En primer lugar, existe un objetivo que excede lo terapéutico: el médico también es un agente del control social y moral. Como todo empleado y sirviente participa del ciclo jerárquico de la vigilancia.

Art. 21º. 2ª. Cuidar que las enfermeras mantengan las salas en el mayor aseo; y preguntar a las enfermas diariamente si las han curado, los efectos que han producido las medicinas y alimentos que hubiesen recetado, si las han mudado de ropa con la frecuencia que exigen sus dolencias y cuanto crean conducente para el acierto de la curación.

12ª. Dar parte al administrador de las faltas que notaren en el boticario, practicante y enfermeras, y de cuanto les impida cumplir exatamente con las obligaciones de su profesion²³².

En segundo lugar, existe un nivel de lo terapéutico: el médico es, fundamentalmente, un agente del “modelo curativo”. Los médicos poseen el “saber necesario” para que el hospital sea, dentro de las casas de objeto público, un asilo dedicado a las mujeres enfermas pobres. Los dos médicos son aquellos empleados que se dedican a dirigir el tratamiento de las enfermas en las tres áreas asignadas por el “modelo curativo” que existe en el hospital: medicina, cirugía y epidemias.

Art. 21º. 5ª. No podrán hacer a las enfermas operacion alguna cirúrgica de alguna consideracion, sin acuerdo y concurrencia de los dos²³³.

²³¹ En el siglo XVIII se da una situación similar: “Antes de empezar la visita ara señal con tres toques de campana para que asistan los que devan acompañarlo, q. son el Boticario y su ayudante, la enfermera mayor, y enfermas [¿enfermeras?] particulares de cada sala (...) Cuidará que se guarde el mayor silencio, y quietud para q. cada uno delos q. asistan puedan notar sin equivocacion lo q. ordena averiguando si los medicamentos sehan ministrad enlas oras q. dispuso, osi se ha padecido en su distracción algun equivoco para remediar el desorden q. puede aber ocasionado...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 15. Agregado mío.

²³² Reyes, Op. Cit., 1837, pp. 18 y 19.

²³³ *Ibíd.*, p. 18. Sobre la cirugía existen normas similares en el siglo XVIII: El cirujano “Quando deba practicar alguna de [consideración] como amputacion trepcinacion, tallas ü otras de igual naturaleza lo consultara con facultativos, para la mejor resolucion, y cuidara asistan los practicantes para q. se instruyan practicamente delo q. les enseña la Theorica...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 17v. Agregado mío.

*11ª. Siempre que ocurriere alguna epidemia harán inmediatamente analisis del carácter y naturaleza con que apareciere, y el resultado de sus observaciones lo pasarán por escrito al administrador...*²³⁴.

El lugar simbólico del médico es el lugar del saber: de su lenguaje especializado depende que el Hospital se diferencie dentro del conjunto de “casas de caridad”. Pero también de su lenguaje depende de que la enfermedad que se aloja en el hospital no se transforme en un desorden constante, no de la moralidad sino de la naturaleza, o sea, el médico y su saber permiten que el “adentro” permanezca en la pureza mínima, en un contexto de dolencias, formas mórbidas, patologías que son un peligro y una amenaza constante.

Pero, ¿cuál es ese lenguaje cualificado que es necesario para el “modelo curativo”? Según lo planteado en el capítulo anterior, durante este período histórico existe una medicina nosológica. Se puede señalar que las doctrinas humorales van a dar paso a una medicina que transita hacia los sistemas nosológicos europeos, sobre todo cuando los dos médicos que ejercieron en el Hospital San Borja en la década de 1830 son dos médicos de avanzada de la época: el dr. Guillermo Blest y el dr. Carlos Buston²³⁵ (ambos extranjeros).

En el plano de la medicina interna, no existen las fuentes necesarias para determinar con exactitud el modo en que era ejercido el diagnóstico y la terapéutica. Sin embargo, la misma obra de Blest permite un acercamiento al saber que circulaba en la visita del médico. Este médico, según sus propias directrices, “leía” la enfermedad del siguiente modo: primero establecía las causas remotas de la enfermedad; luego se preocupaba de observar los síntomas; en este punto se dedicaba a analizar la “anatomía mórbida” de cada enferma; estudiaba las condiciones patológicas de que dependen los síntomas; de esta forma, llegaba al diagnóstico; y con el diagnóstico podía establecer el “plan curativo”; y por último, podía también establecer el pronóstico.

Esta forma de saber es la que contenía el desorden de la enfermedad en el conjunto intrincado de las salas. Por tanto, es un saber que ordena cada enfermedad en un sistema médico (anatomía, diagnóstico, plan curativo, pronóstico) y que enmarca a cada enferma en un cuadro nosológico.

La medicina nosológica es un saber apropiado para el “adentro”, pues cristaliza simbólicamente a las enfermas y sus patologías en un sistema médico: la medicina del

²³⁴ Reyes, Op. Cit., 1837, p. 19.

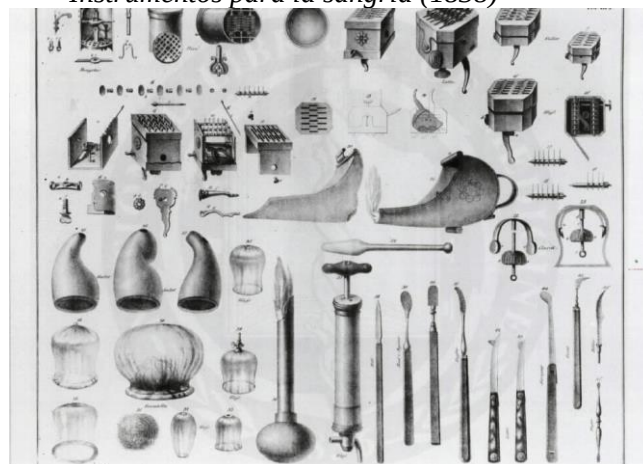
²³⁵ Cf. Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (inédito).

período es capaz de controlar el caos patológico por medio de sistemas ordenados. El profesor Pedro Morán señalaba en 1833 que las bases del conocimiento médico de Blest era la “*nosografía*, ó nomenclatura descriptiva de las enfermedades; el de *etiología*, ó sus causas, i el de *semeiótica* ó sus signos, clasificando, dividiendo i subdividiendo las enfermedades del modo mas exacto i conveniente, tanto á la salud pública como á la utilidad de los estudios”²³⁶.

La ojeada del médico en la sala permite “ver” las causas, los nombres y los signos de las enfermedades, para de esta manera determinar su ordenamiento (clasificarlas, dividir las, ordenarlas). Sin embargo, no hay certeza historiográfica si los médicos del período realizaban todo el sistema médico y el proceso nosológico consignado en el campo académico. La visita puede haber sido una ojeada más sencilla, dado el número de las enfermas y las otras actividades médicas que debían realizar: operaciones quirúrgicas, reconocimientos de las enfermas que esperan ser ingresadas en la sala de recibo, emergencias sanitarias, contextos de epidemias, por ejemplo. Según Vicuña Mackenna, los médicos durante la primera mitad del siglo XIX mantuvieron la forma de accionar que, tradicionalmente, se esperaba de una visita de un doctor: tomar el pulso y recetar en latín, nada más ni nada menos²³⁷.

d) *El flebotomista y el boticario.*

Instrumentos para la sangría (1838)



Fuente: Image Database, Nacional Library of Medicine, U.S.A

²³⁶ Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904, p. 356.

²³⁷ Vicuña M., Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Buenos Aires, Editorial Francisco de Aguirre, 1974, pp. 43 y ss.

La entrada del practicante o flebotomista a las salas era más cotidiana, pero no por eso menos cargada de signos sociales. El pudor y el recato hacia las mujeres sirvientas y las mujeres enfermas, es lo primero que exige el “enunciado portaliano”. Desde el punto de vista técnico, este empleado tiene mayor contacto con las enfermas que los mismos médicos, puesto que parte importante del “modelo curativo” es de su responsabilidad: toda operación sanitaria que recaiga en la exterioridad del cuerpo enfermo.

Estas operaciones son variadas, incluyen diversas curaciones externas y las típicas “sangrías”²³⁸. Luego de la misa en el Oratorio, en la madrugada, el practicante puede hacer ingreso a las salas para sus acciones curativas en el cuerpo enfermo:

*Art. 26º. 2ª. Poner ventosas, sangrias, sanguijuelas y la vacuna á las personas que esten en estado de admitirla, con el dictamen del médico de la respectiva sala: y recibir del boticario los medicamentos para preparar los cauticos, cataplasmas, frotaciones, fomentos, desfensivos y todo lo demas que sea necesario para las curaciones exteriores que debe hacer á las enfermas en las partes visibles de sus cuerpos, y en aquellas que debe cubrir la honestidad las encomendará á las enfermeras, siempre que no sea de absoluta necesidad practicarlas por si mismo*²³⁹.

El otro funcionario masculino que tiene presencia más cotidiana en las salas es el boticario. Él también comienza sus funciones curativas luego de la misa en el Oratorio en la madrugada. El boticario ingresa al conjunto intrincado de salas con el objetivo de aplicar las medicinas internas a las enfermas, a excepción de la noche cuando son aplicadas por las veladoras. El resto del tiempo el boticario trabaja en el departamento de botica (el *laboratorio* resguardado espacialmente) preparando las sustancias de uso médico.

En el capítulo anterior, se revisó los principios que tenía el “arte farmacéutico”, y se llegó a la conclusión de que la farmacia como saber en este período histórico trabaja con las sustancias medicamentosas en la forma de una valorización simbólica. El medicamento es un producto simbólico que guarda una esencia con significado (arcano, secreto, pureza). Pero, este trabajo del boticario y su ayudante cuando llega a la sala, a

²³⁸ *Sangría (Medicina Práctica)*: La sangría, considerada como operación manual, pertenece á la cirugía; pero como un remedio evacuante corresponde exclusivamente á la Materia Médica. En la voz sangría comprendemos todos los medios que hasta hoy se han inventado y estan en uso para evacuar sangre, como las sanguijuelas y las escarificaciones, la evacuacion puede hacerse de todas las venas superficiales situadas en diferentes partes del cuerpo; pero principalmente en las de los brazos, del cuello, de los pies, de las manos y del carpo, y á veces tambien de la frente, de las sienes, de los lados de la nariz y de debaxo de la lengua: finalmente, es claro que la evacuacion de sangre, hecha en diferentes parages y por distintos medios, debe tener diversas ventajas, segun las circunstancias en que está indicada...” *Diccionario de Medicina y Cirugía por D.A.B.*, Tomo VII, Madrid, Imprenta Real, 1807.

²³⁹ Reyes, Op. Cit., 1837, p. 28.

la cama y, finalmente, al cuerpo enfermo, se transforma en una curación violenta del interior del cuerpo de las mujeres. Esto porque los medicamentos más comunes son los compuestos, que contienen muchas sustancias diferentes, y desde el punto de vista clasificatorio, se privilegian los evacuantes: expectorantes, eméticos, purgantes, emenagogos, diuréticos, por ejemplo.

Por tanto, los actos curativos (internos y externos) se caracterizan por estar en un plano tradicional: la única forma de curación es la purificación del cuerpo de las “excreciones”²⁴⁰. Hay un desnivel entre la medicina y los “auxiliares de ciencia médica” (flebotomista y boticario) en el ámbito de sus saberes: la medicina es nosología, es decir, orden de los cuerpos enfermos en la sala, en cambio las curaciones interiores y exteriores son violencia y desorden de los cuerpos enfermos en la sala: náuseas, vómitos, sangramientos, defecaciones masivas, bullicio.

Los signos de “su humanidad doliente”

Los planos de emergencia, delimitación y especificación del objeto-mujer enferma presentan dos niveles. Por un lado, el mundo femenino del tercer patio produce un conocimiento y una información primaria, hecha de “díadas conceptuales”, de la oralidad y la visualidad cotidiana y cercana, donde la “plebe” logra desgajar un último lugar del “espacio señorial”: la enferma misma. Por otro lado, los funcionarios masculinos que frecuentan el tercer patio producen el encuentro con las mujeres enfermas en base a actos simbólicos, es decir, el poder de lo oficial y lo jerárquico al acercarse a la mujer enferma requiere tomar formas y significados, que son los signos de la pureza, la verdad, la autoridad, el saber: el poder masculino aplicará una objetivación ritual (reiterativa) sobre el objeto discursivo; para la autoridad y el

²⁴⁰ *Excreción (Higiene)*: “Llamamos excreción á una acción por medio de la qual la naturaleza separa de los órganos las sustancias que en ellos se han preparado, y que pudieran perjudicarles si se detuvieran mas tiempo (...) La Fisiología determinará el mecanismo de todas estas funciones; aquí basta notar que la salud solamente se mantiene en su estado de perfección quando todas las excreciones se hacen debidamente, quando la transpiración es fácil y los excrementos no se detienen mas ni ménos tiempo del regular, quando las orinas salen con libertad, y quando la expectoración es fácil”. *Excreciones (Semeiótica)*: “Por esta voz entendemos las materias y humores excrementales que salen del cuerpo sea en su estado de salud ó en el de enfermedad. Las excreciones sirven mucho para ya el diagnóstico, ó ya el pronóstico en las enfermedades. Los esputos, por ejemplo, dan á conocer la existencia de una tisis pulmonar, y la feliz terminación de una pleuresía ó de una peripneumonia”. *Diccionario de Medicina y Cirugía por D.A.B.*, Tomo IV, Madrid, Imprenta Real, 1807.

funcionario masculino no hay nuevos objetos que emerjan, sino un acto simbólico que produce una reificación del objeto ya conocido: la mujer enferma pobre que debe ser ordenada, controlada, curada y purificada.

Pero, ¿cuál es el enunciado resultante de esta estructura? ¿Cuál es el lenguaje que emerge sobre la enfermedad femenina?

El “enunciado portaliano” que se cristaliza simbólica y espacialmente en el asilo alcanza a penetrar en el conjunto intrincado de salas del espacio de hospitalización, en la profundidad del tercer patio, y allí en ese universo confinado y de esos intercambios sociales, donde están los planos básicos de la discursividad, debería emerger (devolverse) otro enunciado, el “enunciado de la enfermedad femenina”.

Esta compleja pregunta historiográfica no es sencilla de responder. Al menos por dos razones. Una es metodológica: casi no existen fuentes manuscritas o impresas que planteen el tema de la enfermedad femenina en el Hospital San Borja, ya sea escritas por médicos, otro tipo de funcionario u hombres de letras. La otra es epocal: la enfermedad femenina y el cuerpo femenino todavía es un misterio para este período histórico, a pesar de los avances de una medicina nosológica que transita hacia una medicina clínica.

El aspecto del cuerpo de las mujeres que más atención y conocimiento producía en esta época era el problema del “parto”. Según el amplio y documentado estudio de Soledad Zárate, más allá de la obstetricia, la enfermedad de las mujeres fue un tema escaso dentro del “saber médico” ya que “la observación del cuerpo femenino sería una excepción en el entrenamiento médico decimonónico”²⁴¹. Por ejemplo, en una Memoria de un médico de Valdivia en 1853, las enfermedades de las mujeres en la zona casi no se mencionan: “Salvo menciones relativas a la atención del parto o al ‘histerismo’ femenino, atribuido especialmente a mujeres de clases acomodadas, los hombres concentraban todo el interés de sus observaciones médicas ya fuera en la clasificación de las enfermedades de sus habitantes, de su temperamento o en la relación entre clima, individuo y salud. Esta conclusión no parece ni casual ni gratuita: las observaciones patológicas encontraban en el cuerpo de los hombres su mejor modelo de explicación, pese a que la mayoría también pudieran ser sufridas por mujeres”²⁴².

²⁴¹ Zárate, María S., *Dar a luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007, p. 337.

²⁴² *Ibíd.*, p. 355.

Entonces, el cuerpo de las mujeres constituye un problema que no provoca mayor interés en el período: la anatomía, la fisiología y la patología del cuerpo femenino no es parte del estatuto del saber que se considera necesario para el médico. Por lo que las mujeres enfermas confinadas en las salas del hospital, pese a los planos de emergencia, delimitación y especificación que ocurren en el espacio de hospitalización, no integran un “enunciado de la enfermedad femenina”.

El “enunciado portaliano” produce un “adentro” que al llegar a la profundidad del tercer patio se fragmenta en díadas conceptuales, en informaciones orales y en actos simbólicos, de estos planos de discursividad no emerge un discurso de la enfermedad: solamente existen unas prácticas discursivas sobre la mujer enferma pobre, pero que no produce nuevos enunciados: siempre un cuerpo corrompido y un alma por redimir.

Pero, a la vez que no existe producción de un discurso de la enfermedad, es posible encontrar signos de la enfermedad: señales, indicios, huellas que hablan de la fragmentación del “enunciado portaliano” en el último lugar del “espacio señorial”.

Estos signos dispersos y fragmentados son las categorías diagnósticas que constituyen un registro histórico sobre la permanencia y la nomenclatura de los cuerpos enfermos. Es importante al trabajar con las categorías diagnósticas tener la suficiente cautela de no confundir dichas categorías con alguna “enfermedad real y descrita” en el presente, es decir, realizar una historia biomédica: “Podemos emplear el lenguaje de la época si tenemos en cuenta el contexto histórico y las convenciones diagnósticas (...) Hemos de ser prudentes al identificar e interpretar las enfermedades del pasado, pero eso no quiere decir que no podamos aventurar ningún análisis de lo que aquejó y causó la muerte a nuestros antepasados...”²⁴³.

Los primeros signos que surgen del confinamiento y, sobre todo, de los intercambios sociales y actividades sanitarias del mundo femenino del tercer patio, es el problema del “parto”. Sobre el acto obstétrico circulan diferentes signos de la mujer enferma, y su cuerpo²⁴⁴.

²⁴³ Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad...*, OP. Cit., 2001, p. 18.

²⁴⁴ La obstetricia es la primera especialidad médica donde el cuerpo de la mujer fue objeto del “saber médico”. Sin embargo, a nivel de la anatomía, la fisiología y la patología existía poco interés, pero durante todo el siglo XIX se avanzó en su conocimiento. Ya en el siglo XVIII existían experiencias de autopsias a cuerpos de mujeres: “Sera muy conveniente q. cada año en la estacion mas oportuna practique [el cirujano] alguna diseccion anatomica apresencia del Diputado, Medico, y practicantes q. podra repetir en qualesquiera tiempo, quando algun suseso extraordinario lo exija...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 17v. Agregado mío.

Sobre el problema del parto en el Hospital San Borja, el estudio de Soledad Zárate confirma que en este asilo eran recibidas “mujeres parturientas”, e incluso, se realizaban cursos para certificar matronas. El acto obstétrico fue una realidad del servicio asistencial, a pesar de que oficialmente la Maternidad y el Curso de Obstetricia se encontraban en la Casa de Huérfanos, el Hospital San Borja recibió y atendió a mujeres embarazadas para que “verificaran el parto” y para que algunas mujeres se formaran como matronas: “Nuevamente, la fuente confirma que ese hospital atendía, en un número reducido, a las parturientas que llegaban hasta ese recinto. El testimonio de Juan Miquel [en 1852] confirmaba que eran mujeres como Lorenza Ugas quienes asistían a las que ‘desembarazaban’ en ese hospital y que los médicos no parecían particularmente interesados en prestar su asistencia en esos casos. La trayectoria educativa de Lorenza Ugas, que había empezado en el San Borja, culminó al igual que la de Mercedes Lara en la Casa de Huérfanos”²⁴⁵.

Sin embargo, la categoría de “mujeres parturientas” incluye otros aspectos. En primer lugar, en el Hospital San Borja llegaban, según lo que se puede deducir, mujeres embarazadas pero que tenían asociadas enfermedades, por lo que el parto concluía con la muerte de la madre y del feto.

Por esta razón, llama la atención de que la instrucción a las enfermeras y veladoras en sus actividades sanitarias, no sea atender partos, sino: *y en caso de que esten [embarazadas] y que fallescan, llamen al practicante para que haga la operación en el momento, y tambien al capellan para que bautice el feto, cuidando de avisar a las veladoras de las que esten en este estado, para que hagan los mismo en los casos que ocurrieren*²⁴⁶.

En este sentido, las enfermeras están más preparadas para casos de muerte, que para atender un parto. Lo que también queda de manifiesto cuando se observa que en el hospital no hay salas de maternidad, y las enfermas deben permanecer en las salas de cirugía. Por ejemplo, en 1836 ante un caso de despido de una enfermera de cirugía, la enfermera mayor realizaba su defensa señalando que “era la mujer más necesaria de la Casa, ya por la experiencia de 21 años de servicios, ya porque es perita en varias operaciones quirúrgicas como la cesárea, extracción de orinas y otras y que es muy

²⁴⁵ Zárate, María S., *Dar a luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007, p. 224. Agregado mío. Para más antecedentes del problema del parto en el San Borja, véase Zárate, María S., Op. Cit., 2007, pp. 221-225 y 350-351.

²⁴⁶ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 33. Agregado mío.

difícil encontrar otra; por sus virtudes de caridad, humanidad y contracción a su destino”²⁴⁷.

Entonces, lo común parece ser que se debía aplicar una cesárea, pero, según las condiciones asistenciales del hospital, por complicaciones en el parto, enfermedades que se agravaban o por muerte de la madre. El hospital no está planteado con un objetivo materno-infantil, donde pudiera ejercerse un saber obstétrico “en forma”. Por tanto, esta realidad de los actos obstétricos se compartía con la alta mortalidad y las enfermedades, dolencias y padecimientos que existían en el confinamiento del espacio de hospitalización.

En segundo lugar, esta categoría de “mujer parturienta” es una realidad más extendida de lo que parece, de ahí la instrucción a las enfermeras de indagar y dar aviso de estos casos. Si aparece la indicación para las enfermeras, quiere decir que debe haber sido un fenómeno común en las salas del hospital: *indagarles con sagacidad sus dolencias naturales, principalmente si están embarazadas, para prevenir en la visita a los médicos el acierto en las recetas*²⁴⁸.

Además, la categoría de “mujer parturienta” puede estar oculta entre las categorías diagnósticas que se anotan en los libros de ingreso o de asiento de las enfermas. En variadas oportunidades las categorías diagnósticas se refieren a: *dolores, dolor al vientre, del biente*. En otras oportunidades la alusión es más directa: *sobreparto, de parto*²⁴⁹.

Probablemente, las mujeres debieran ocultar su embarazo para “entrar a medicarse”, ya que este asilo no era oficialmente el lugar donde las mujeres debían “verificar su parto”; para dicho objetivo estaba la Casa de Huérfanos que tenía una Maternidad.

Por tanto, las “mujeres parturientas” son parte de los signos fragmentados y dispersos sobre el cuerpo femenino que existen en el hospital, pero en este caso es una categoría que se oculta y que está vinculada al mundo femenino del tercer patio.

Las categorías diagnósticas, en general, están establecidas en los Libros de asiento o de ingreso de las enfermas, donde además se detallan otros datos: nombre de la enferma, de sus padres, lugar de residencia, estado civil y nombre del esposo, la enfermedad que padece, el número de la cama donde yacía y, en algunos casos, la fecha

²⁴⁷ Caso citado en Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (inédito), p. 185. Subrayado mío.

²⁴⁸ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 33

²⁴⁹ *Libro de asiento de las enfermas*, Santiago, años 1832-1836, Fondo HSFB.

de muerte. Este libro debía ser llenado por los capellanes. En el caso de la enfermedad o diagnóstico, que es lo que interesa en este estudio, debía ser una información entregada por los médicos después del reconocimiento patológico que realizaba el facultativo ya sea en la sala de recibo o en alguna sala del espacio de hospitalización.

Pero, al revisar estos signos dispersos de la enfermedad, difícilmente podríamos reconocer allí los complejos sistemas nosológicos que se usaban en el período histórico. Estos signos de la enfermedad son un reflejo lejano de un diagnóstico guiado por algún sistema médico, y se acercan más a una nomenclatura vulgar o popular de las enfermedades²⁵⁰. Más bien presentan su propia lógica simbólica²⁵¹:

- a) Existen categorías diagnósticas que se agrupan por su generalidad, donde es imposible determinar una enfermedad específica: *dolores, puntada, calentura, de dolores, fatiga*.
- b) Otras categorías remiten exclusivamente a las operaciones quirúrgicas de la época (tallas, trepinación, aputaciones, heridas): *de cirujía, cirujía, herida, de golpes, de apostema*.
- c) Un tercer tipo de categorías diagnósticas presentan la característica de ser una entidad patológica reconocible, ya sea a nivel del lenguaje nosológico o tradicional: *colico, chavalongo, de neurisma, fiebres, peste, Huxo de sangre, viruelas, de fiebres, hidropesía, de peste, disentería, vicho, puyos, lepidia, viruela, de puyos, de reuma, diarrea, de galico*.
- d) Un cuarto tipo de categorías diagnósticas están relacionadas con la anatomía, es decir, se refieren a alguna parte específica del cuerpo: *de la garganta, del vientre, de los pulmones, del estomago, del biente, del citomago, de las piernas, dolor al corazón, a los ojos, de la cabeza, estomago, pulmones, de dolores de cabeza, dolor a los ojos, del pulmon, dolor de garganta, dolor al pecho, del costado*.
- e) Un último tipo tiene relación con categorías diagnósticas que no se pueden incluir en las anteriores: *de granos, evacuaciones, purgación, Melancolía*.

Las categorías diagnósticas son efecto de la discursividad, pero se apartan de los cánones del “saber médico” que se utilizaba en dicho período histórico. Son categorías

²⁵⁰ Para más antecedentes sobre la diferencia entre clasificaciones vulgares v/s científicas de las enfermedades en el Chile decimonónico, véase Sagredo, Rafael, “Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile II, El Chile moderno de 1840 a 1925*, Santiago, Taurus, 2006.

²⁵¹ *Libro de asiento de las enfermas*, Santiago, años 1832-1836, Fondo HSFB.

simbólicas que provienen de las prácticas discursivas que ocurren en el “adentro”. No son científicas ni enteramente vulgares, más bien son los signos de la enfermedad que quedan como huellas del ejercicio de la caridad.

Como se planteó, los libros de asientos eran llenados por los capellanes. En la década de 1840 se desarrollan iniciativas para mejorar el registro de los enfermos en los hospitales. Se iniciaba el proceso de modernización del registro y estadística médicos. Un decreto de 1843 indicaba

A fin de completar los datos necesarios para averiguar el movimiento de población, á qué enfermedades se halla más comúnmente expuesta la clase menesterosa, sobre qué especie de ocupación ó ejercicio tiene más influencia, y juzgar de la extensión del beneficio que producen los hospitales.

Art. 1º. Los administradores de los hospitales militares y de caridad que hay actualmente en la República, y de los que se funden en lo sucesivo, dispondrán lo necesario para que se abra un libro titulado “Movimiento del Hospital”.

*Art. 2º. En dicho libro se anotará (...) la enfermedad de que adolezca clasificada por el facultativo que los asista...*²⁵²

Más adelante, en 1848 se decretaba:

Vista la anterior nota del jefe de la Oficina de Estadística, con lo informado por el Protomédico de esta capital y convencido de las ventajas que resultarán de la formación de tablas exactas de mortalidad y de una estadística médica, como medio único de arribar á un estado de las enfermedades endémicas y epidémicas del país y de proveer por consiguiente á su salubridad.

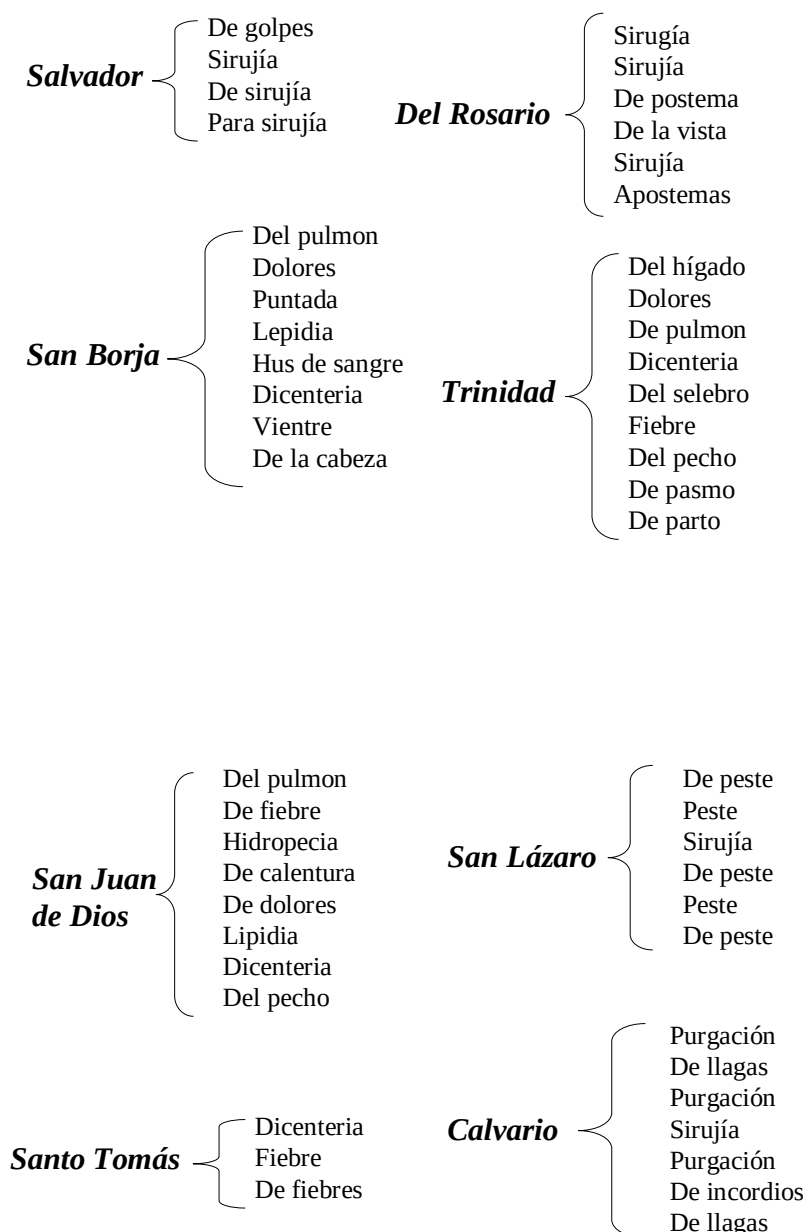
*Art. 2º. Para la formación de la Estadística Médica y de las tablas de mortalidad, se colocará en la cabecera de la cama de cada enfermo que entre á los hospitales una tabla impresa, en la que se expresará el nombre del Médico o médicos encargados del hospital, el del enfermo, con designación de su edad, estado, profesión y lugar de nacimiento, la clase de enfermedad que le aqueja, sus alternativas y complicaciones...*²⁵³

La tendencia, entonces, era a la especialización y modernización del registro de la enfermedad, para lograr una estadística médica que ayudara al problema, típico de la medicina de la época, de determinar las enfermedades propias y más comunes que afectaban a la población nacional. Ambos decretos van en esa dirección. Y en ambos decretos se señala la característica de este registro: la enfermedad debe estar clasificada en una clase de patología, es decir, es un ejercicio nosológico.

²⁵² “Decreto sobre Movimiento de Hospitales”, Santiago, 15 de Julio de 1843, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889, p. 161.

²⁵³ “Decreto sobre Estadística Médica y Tablas de Mortalidad”, Santiago, 15 de Diciembre de 1848, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889, pp. 160 y 161.

Sin embargo, los libros de registro que existen en el hospital en la década de 1850 no avanzan en esa dirección²⁵⁴, son similares, en el tipo de nomenclatura, a los de las décadas de 1830. Pero, agregan un dato no menor: por medio de siglas y señales es posible determinar la Sala a que eran remitidas las diferentes enfermedades, lo que viene a culminar el panorama del espacio de hospitalización.



²⁵⁴ Libro de entradas de enfermas, Santiago, años 1854-1856, Fondo HSFB.

Las categorías diagnósticas son idénticas a la clasificación que ofrece el libro de asientos de 1832 a 1836. Pese al esfuerzo por modernizar la estadística médica, lo que implicaba que el registro de la enfermedad pasara por el filtro oficial de la nosología médica, la nomenclatura se mantiene en su estado nosográfico tradicional. Pero, es interesante analizar la correspondencia entre patologías y salas:

- a) La sala del Salvador se ha transformado en una sala de cirugía evidentemente, ha diferencia de lo que ocurre en el texto portaliano de 1837 donde está dedicada a la medicina.
- b) La sala de San Borja ha pasado a constituir la especialidad de las enfermedades “internas”, al igual que la sala de la Santísima Trinidad mantiene este carácter asignado en 1837. Las salas de San Juan de Dios y Santo Tomás, que estaban en principio contempladas para casos de epidemias, han pasado a ser sede de variadas enfermedades internas, que son las más comunes que recibe el establecimiento. Es decir, allí son tratadas tanto las entidades nosológicas (disentería, lipidia, aneurismas, hidropesía, fiebres) como las que tienen que ver con una patología asociada a una parte del cuerpo (estómago, pulmones, hígado, cerebro)²⁵⁵.
- c) La sala del Rosario está dedicada a la cirugía y a las curaciones externas, similar a la sala del Salvador. Allí, por tanto, se trataban las amputaciones, heridas, golpes, trepinaciones, tallas vesicales, etc.
- d) En el caso de la sala de San Lázaro se confirma que estaba casi enteramente dedicada a la peste, es decir, a la viruela.
- e) Por último, el Calvario era una pieza construida en el tercer patio. No hay exactitud de su ubicación, puesto que no pertenecía a los edificios originales. Puede haber servido para castigos entre las mujeres enfermas (encierro o arresto) o para pasar las agonías. Pero la nomenclatura que se incluye en esta pieza da a entender que entre 1854 y 1856, por lo menos, estaba dedicada al tratamiento de las enfermedades venéreas (*de llagas y de purgación, son las categorías más*

²⁵⁵ Importante es en estos casos seguir el consejo de Lindemann: no se habla de “enfermedades reales” sino de sistemas de clasificación, es decir, una categoría como “dolor de estómago” puede haber sido “realmente” una disentería o una diarrea. Un caso de dolor al cerebro puede haber sido “realmente” un sinnúmero de patologías.

reiteradas). El Calvario incluye pues un grado de castigo, como indica su nombre, en el tratamiento de estas “enfermedades morales”²⁵⁶.

Estos signos de la enfermedad no constituyen un “enunciado de la enfermedad femenina”. Cuando el entramado y la cristalización del “enunciado portaliano” alcanza la profundidad y el confinamiento del espacio de hospitalización, se produce la dispersión: informaciones, conocimientos y signos de una discursividad que se fragmenta: la mujer enferma pobre es un “espejo social”, una otredad subordinada, que el “saber” reproduce diariamente por medio de actos simbólicos.

Todos estos fragmentos y signos no se recogen en un discurso sobre la enfermedad. Por esta razón, las categorías diagnósticas no son un “cuadro nosológico”, sino unas nosografías tradicionales, mixtas y dispersas.

El punto es que dicho discurso de la enfermedad femenina ya viene incluido en el orden discursivo del asilo: el pacto social, la espacialidad y los ritos de la caridad tienen la presencia de una imagen necesaria para las estructuras del “adentro”.

Y esto porque la “pureza” perdida, el “estado originario” del asilo incluyen una visión normativa de la mujer enferma y de la enfermedad, son parte del entramado discursivo: “El punto de partida de estas historias es un constructo: el de un armónico estado de equilibrio. Tal estado se ve alterado por algún acontecimiento o alguna fuerza mayor que hace que devenga en un estado de crisis inminente; y este estado evoluciona hacia una situación decisiva, en la que se resuelve si la crisis será superada a favor del antiguo estado de armonía o de uno nuevo, o si dará un vuelco para terminar en una catástrofe. Por donde se lo mire, este modelo da cabida a la transmisión, legitimación o institución de normas sociales”²⁵⁷.

El orden discursivo del asilo requiere solamente la reproducción simbólica en los espesores del tercer patio: allí la verdad y la norma sobre la mujer enferma pobre se reproducen en múltiples focos (prácticas discursivas), bajo una normatividad fijada y establecida.

²⁵⁶ La preocupación especial por las enfermedades venéreas ya está presente en el siglo XVIII: “... si el sirujano si tiene en sus salas sigiladas de humor venereo las preparen para que q. puedan recibirlas”, “... cuidando q. todas las q. en sus salas esten sigiladas de vicio venereo, se remitan oportunamente para q. tomen unciones aviendolas antes preparado y corregido los contraindicantes, para q. sin de mora principien su carrera...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSFB, f. 15v.

²⁵⁷ Anz, Thomas, “Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales”, Bongers, Wolfgang y Olbeich, Tonja (comps.), *Literatura, Cultura, Enfermedad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 2006, p. 30.

Y nuevamente tenemos al funcionario “pelucón”: nos vincula la nostalgia del origen perdido con el vicio y la enfermedad del pobre, como condición normativa para lograr el retorno:

Estas calamidades inevitables producen sus efectos mas o menos funestos en los habitantes segun la clase a q. pertenecen; la ultima, q. es de ordinario la q. se alberga en el hospital pa. curar sus dolencias, es ciertamente la mas desvalida en todo centido porq. carece comúnmente de educacion, principios, ejemplos i de todas las comodidades necesarias pa. conservar la vida; asi es q. cualquiera indisposicion q. les sobrevenga aun cuando no sea de ninguna condiseracion en su orijen, toma tal gravedad q. los recursos del arte son insuficientes muchas veces pa. corregirla (...) Pero, lo que es mas, en este estado de peligro en q. se encuentra su existencia, continuara en sus vicios, ya por la corruccion de sus costumbres o ya obligada por la miseria i ya tambien por el desarreglo i falta de sistema pa. llenar las necesidades de la naturaleza (...) Multiplicadas las causas de estos males, sin disputa q. en el hospital de mujeres es donde deben sentirse con mas vigor sus estragos, porq. parece q. la Providencia quiso aumentar a este sexo enfermedades q. no son comunes a los hombres. El zaratan, el venereo que aunq. anexo a la especie humana produce en aquellas, en razon de su construccion física efectos mas funestos i hace mas difícil su curacion; el parto i sus resultas puede asegurarse q. una vigesima parte perece por lo menos de las enfermas q. entran a medicinarse (...) Tantas calamidades pues como dejo enumerar a Ud. ya físicas, ya morales, causadas, unas por la mano del hombre i otras por la de la naturaleza, q. fueron desconocidas por la antigüedad...²⁵⁸.

²⁵⁸ Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital San Francisco de Borja”, Santiago, 28 de Diciembre de 1837, Archivo Ministerio del Interior, vol. 73, fs. 296 y 296v. Subrayado mío.

5. Un sitio de Paz y de Sombras

Más allá de la década de 1830, el orden discursivo que se instala en el hospital continúa enmarcado en el “enunciado portaliano”. Las modificaciones que se realizan en el asilo no fueron un instante pasajero en el mundo hospitalario, sino que constituyeron una cristalización de un “adentro” que tiene un peso simbólico y espacial que no podía ser alterado con facilidad; el asilo conformó un “umbral” de sus encadenamientos de enunciados y de signos que presentaban una historicidad que marcaría un período, por lo menos hasta la década de 1850.

Así, “en junio del 43 el Ministro del Interior le solicitó que informara sobre los resultados de la aplicación del Reglamento del Hospital que llevaba seis años de vigencia. El señor Mancheño se apresuró a dar cuenta que gracias a ese estatuto la marcha del establecimiento no encontraba tropiezo alguno y que todo transcurría en las condiciones deseables”²⁵⁹.

Por tanto, lo que ocurre es la instalación de una formación discursiva, que durante toda la década de 1840 va a penetrar en el “adentro”, o mejor dicho, el “adentro” está constituido por la formación del discurso que habita en el hospital.

Sin embargo, y a pesar de que las prácticas discursivas mantienen su regularidad social, en el Hospital San Borja se va a generar una crisis estructural del “enunciado portaliano”. Pero los factores de esta crisis no provienen del discurso que habita el hospital, sino que son elementos del “afuera” que desestabilizan el ordenamiento enunciativo.

En primer lugar, un factor de desestabilización es la cantidad insuficiente de camas en el espacio de hospitalización. Las enfermedades reinantes en el “afuera” determinaron que la situación ideal de unas enfermas que son confinadas, para su control social, médico y moral, sea alterado por el aumento de las enfermas que ingresan al hospital, por lo que las dinámicas del tercer patio se ven afectadas en su discursividad: “En 1845 el número de camas ascendía a 245, atendidas por dos médicos, uno de los cuales era el doctor Blest; del otro no existe constancia en ningún

²⁵⁹ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo IV (inédito), p. 200.

documento. En este mismo año –con motivo del aumento de camas- se creó una tercera plaza de médico que fue servida por el doctor don Estanislao del Río”²⁶⁰.

Con el aumento de la cantidad de enfermas, las prácticas discursivas en el tercer patio deben alterarse: tanto a nivel del mundo femenino del confinamiento como a nivel de la ritualidad de los actos de los médicos, capellanes y funcionarios masculinos. La entrada masiva de enfermas enfrenta al “enunciado portaliano” con uno de sus mayores temores: el bullicio, el desorden y los intercambios sociales fuera de los ámbitos debidos.

En segundo lugar, el aumento del número de enfermas enfrentaba al orden discursivo con la realidad que, anteriormente, había hecho intervenir al “régimen portaliano”: la alta mortalidad continuaba reinando en las salas.

En tercer lugar, la crisis condujo a los problemas económicos de la “casa”. Los continuos gastos que traen aparejados el ingreso masivo de enfermas no estaba acompañado de un aumento de los ingresos económicos, por tanto los déficit hacia 1850 se hicieron sentir. Detrás de esta situación de crisis estructural de la “casa” se encontraba el funcionario Ignacio de Reyes: en el orden interior y económico se planteaba que el texto portaliano podría más que la enfermedad reinante en el “afuera”: “La crisis reconocía por origen el cálculo optimista del Tesorero de la Junta respecto de un posible aumento de camas. En efecto sobre esa base, el número de camas que reglamentariamente era de 133 se elevó a 260 que estuvieron permanentemente ocupadas sin que las entradas alcanzaran a cubrir los mayores gastos”²⁶¹.

El “adentro” no soportó las presiones del “afuera”, produciéndose la crisis estructural del “enunciado portaliano”. Y dicha crisis provenía del objeto discursivo que era parte obligada del entramado discursivo: las enfermas. A pesar de que el orden discursivo incluía una construcción normativa de la enfermedad de la mujer pobre, al señalar que allí, en los lugares de la plebe, las impurezas morales y naturales hacen más fuertes y graves las dolencias, no se incluía la contingencia de que dichas enfermedades múltiples “debieran entrar la medicarse”, porque, justamente, el entramado discursivo se basaba en un universo confinado y cerrado: el “enunciado portaliano” reconoce la enfermedad de los pobres, pero no plantea que ese “afuera” podría golpear la puerta del asilo. De ahí que sea una crisis estructural: de las bases discursivas y económicas del hospital.

²⁶⁰ *Ibíd.*, p. 201.

²⁶¹ *Ibíd.*, p. 203.

En 1844 el doctor Lorenzo Sazie decía: “Monumentos del cielo y la filantropía de los antepasados los hospitales de Santiago han quedado ceñidos á sus antiguos límites en medio del incremento de la población y de las enfermedades. A pesar de su primitiva y bien entendida disposición, hace tiempo que son insuficientes y aun en ciertas estaciones los infelices pacientes son depositados en un verdadero lugar de infección. El carácter grave de la disentería y de otras afecciones, la tenaz persistencia de la gangrena hospitalaria, de apariencias recientes, el pronto desarrollo de la escrófula en individuos apenas predispuestos son debidos á la acumulación de los enfermos, cuyas camas escasamente compuestas son casi siempre duplicadas en todas las salas”²⁶².

Entonces, en la década de 1840 se presenta un doble panorama: por un lado, la cristalización y formalización del texto portaliano que aún rige simbólica y espacialmente el “adentro”; y por otro lado, la crisis latente del asilo, que toma características estructurales hacia 1850, cuando el “enunciado portaliano” comienza resquebrajarse producto de las consecuencias no deseadas de las enfermedades masivas de la mujer pobre.

La salida a esta crisis estructural fue planteada desde la “espacialidad”: “Pausadamente el Gobierno fue adquiriendo el convencimiento de que el Hospital no podía continuar subsistiendo en el viejo y ruinoso edificio que ocupaba y que no sólo era indispensable sino urgente reconstruirlo en otro local y pensó que sería adecuado ubicarlo al norte del río Mapocho”²⁶³.

Los problemas del orden que alteraban el universo simbólico del hospital, se planteaba que eran producto de su espacio arquitectónico. De ahí la necesidad de reconstruirlo con otras formas espaciales y en otro terreno. Ya en 1842 el diario “El Araucano” señalaba: “Es sabido que el Hospital de Mujeres que fue construido originalmente para otro objeto, se halla en estado de ruina, por la antigüedad de sus edificios, que tampoco podría servir por su forma, estrechez, falta de ventilación, etc. para el destino que actualmente tiene. Es necesario, pues, un edificio enteramente nuevo sobre un plan regular, económico y conveniente para el objeto”²⁶⁴.

Así en esta necesidad de la beneficencia y la asistencia médica de las mujeres enfermas, comienza el cambio espacial en 1852 cuando el Protomédico Francisco Javier Tocornal y otros médicos de la ciudad son comisionados por el Gobierno para reconocer

²⁶² Citado por Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, p. 229.

²⁶³ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo IV (inédito), p. 206.

²⁶⁴ Citado en Laval, Enrique, Op. Cit., p. 207.

las bondades sanitarias de algunos terrenos para construir el nuevo hospital de mujeres. Primero se reconocieron los terrenos de La Chimba al norte del río Mapocho. Pero, también se presenta la posibilidad de unos terrenos de la señora Mercedes Alvarez de Toledo al oriente de La Cañada. El informe sobre este último terreno de los médicos Tocornal y Ballester establece varias bondades para levantar allí el nuevo edificio del San Borja: “Cumpliendo con el encargo que US. tuvo a bien hacerme verbalmente, pasé ayer en la tarde, acompañado del facultativo don Luis Ballester, a reconocer el terreno de la quinta de las señoras Toledo, situado en la Cañada arriba, y por resultado de nuestro exámen somos de opinión que dicho sitio por su situación, local y por su extensión, reúne todas las condiciones que deben concurrir para la construcción de un establecimiento como el que el Supremo Gobierno trata de poner en planta; que la localidad es excelente por la ventilación constante que goza y que puede proporcionar a las salas una aereación saludable, y por las buenas vecindades que la rodean; y que aprovechando todas estas circunstancias, puede crearse un hospital tan cómodo como sano, que es todo lo que se puede desear. Por consiguiente, puede procederse con toda seguridad a su adquisición por las ventajas que quedan expuestas”²⁶⁵.

En 1853 se compraron finalmente los terrenos que estaban al oriente de la Cañada, más allá del Cerro Santa Lucía, cercanos a la Academia Militar. El 17 de enero de 1854 fueron aprobados los planos presentados por el arquitecto Cesar Lezaeta y se encargó al benefactor Miguel Dávila la dirección de las obras. El edificio fue inaugurado solemnemente el domingo 17 de julio de 1859: el Hospital San Francisco de Borja presentaba un signo de modernidad en la ciudad, su espacio arquitectónico ocupaba como modelo las tipologías francesas de carácter clínico.

El nuevo espacio material del hospital abre un espacio del discurso. El “enunciado portaliano” es desplazado para iniciar un nuevo “umbral” del discurso que habita en el hospital. Esta marca y este inicio tienen relación con asumir los rasgos ideológicos y espaciales de la modernidad: son ejercicios conscientes para producir una *variación imaginativa a la vez que racional* del ordenamiento hospitalario. El modelo colonial es desplazado por un modelo moderno, y en este tránsito la elite demuestra una nueva visión estratégica y, también, los rastros de sus sueños modernizadores del asilo.

²⁶⁵ Informe citado en Laval, Enrique, Op. Cit., p. 208.

Se puede plantear que son *impulsos utópicos*: experiencias simbólicas que llenan los espacios y tiempos sociales, haciendo parte al discurso de la caridad y del asilo de la tendencia estructural a la imaginación cultural²⁶⁶.

En la construcción del nuevo espacio arquitectónico, está la intención de cristalizar un nuevo “adentro”, pero que no será posible sin estos impulsos modernizadores –utópicos- que buscan un devenir y lo nuevo. A diferencia del discurso nostálgico del “origen perdido”, en estas experiencias discursivas del devenir que mira al futuro, se encuentra “la afirmación gozosa del juego del mundo y de la inocencia del devenir, la afirmación de un mundo de signos sin falta...”²⁶⁷.

En el nuevo “adentro” no hay una falta y una ausencia de una “pureza” perdida y a la cual se debe retornar, sino más bien que la “pureza” se puede construir y está en el futuro, en el devenir, pero es un futuro con una meta: los impulsos utópicos miran hacia los “pueblos civilizados”. A esta pérdida del “miedo” al avance civilizatorio moderno se le llamará “progreso”:

*Los hospitales y cementerios son, entre los pueblos de refinada cultura, parques amenos, jardines de aroma, sitios de paz y de sombras...*²⁶⁸.

Las mujeres laboriosas de la “sublime caridad”

Sublime caridad, virtud divina
Descendida del cielo,
Para alivio i consuelo
De una raza en el mundo peregrina,
Tu vívida centella,
La faz refleja majestuosa i bella
Del Dios omnipotente
Que es amor por esencia,
I fuente inagotable de clemencia.
Él nos enseñó a amar; Él nos ordena
Socorrer al enfermo, al desvalido:
Al triste consolar...²⁶⁹

²⁶⁶ Sobre este punto, véase Franulic, Fernando, “Discurso utópico y espacio disciplinario. Aproximación para la investigación histórica”, *Anuario de Postgrado* N° 6, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 2005, pp. 373 y ss.

²⁶⁷ Derrida, Jacques, “La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas”, *Dos ensayos*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1972, p. 34.

²⁶⁸ Palabras de Benjamín Vicuña Mackenna cuando se coloca la primera piedra del Hospital del Salvador en 1872, citado en Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, P. Universidad Católica de Chile, 1998, p. 150.

²⁶⁹ *La Caridad. Ofrenda dedicada a la señora Doña Antonia Salas, por Mercedes Marín del Solar*, Santiago, Imprenta Nacional, 1855.

El cambio modernizador que se desarrolla en el Hospital San Borja, producto de las variaciones imaginativas y racionales que se proyectan en un nuevo espacio arquitectónico, no son los únicos factores culturales que participan en la creación de un nuevo “adentro”.

Un factor histórico determinante es el que juegan las mujeres de la elite mercantil y tradicional: al mundo femenino y confinado del tercer patio del hospital, se comienza a acercar desde 1840 un nuevo modo de moralización, que vendrá de la mano de las señoras oligárquicas que, más allá de la nostalgia por el fin del “estado originario”, se proponen construir con su trabajo en la caridad un nuevo “estado moral”.

Así, “silenciosa y gradualmente, durante el siglo XIX, las mujeres oligarcas se adentraron en la cultura moderna, movimiento invisible que produjo la *remodelación del arquetipo femenino* que la Iglesia y las ‘negociaciones matrimoniales’ había fijado para ellas”²⁷⁰. Este arquetipo a que se hace mención, era el “recogimiento” en que tenían que vivir las mujeres “decentes”. Pero, el mismo avance de la modernidad, vinculado a una economía mercantil exitosa, llevó a que las mujeres de elite cambiaran su actitud frente al mundo, a medida que el comercio no sólo traía fortunas y bienes materiales, sino también ideas y discursos. La mujer de elite, entonces, una vez liberada de sus atávicos compromisos coloniales, asumió un papel social central como parte de la moralización de la plebe. Por tanto, una de las salidas del gesto cautivo de las mujeres de elite, fue lanzarse en la tarea piadosa de la caridad, pero con un rol *profesional*, es decir, activamente y a tiempo completo.

Moralizar a la plebe por medio de la caridad, implicó no solamente asumir una actividad constante, sino que el profesionalismo de las mujeres de la elite llevaba a establecer una organización de las redes de caridad que ellas tejían. Por tanto, junto al “señor de la casa”, jefe de las familias de las clases hacendales y mercantiles, y administrador de alguna “casa de caridad”, emerge la figura de las “señoras”, que desde esas mismas familias, de donde salen las donaciones privadas, ejerce el papel de cuidadora y activadora de las obras piadosas.

Así, en 1842 se fundaba, al alero de la Sociedad Nacional de Agricultura, es decir, de una institución de los “señores honorables”, una Sociedad Benéfica de Señoras, cuyo objetivo era tanto la moralización como la formación de fondos para la

²⁷⁰ Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, *Historia contemporánea de Chile IV. Hombría y feminidad*, Santiago, LOM, 2002, p. 121.

caridad. Su profesionalismo y organización la hacían transformarse en un instrumento para el establecimiento de una caridad duradera hacia las mujeres pobres, que eran su objetivo moral:

Esta falta de instruccion relijiosa y una ocupación sistemada y constante no es solo de las cárceles ó casa de corrección, sino que tambien se ve jeneralmente con todas sus malas consecuencias entre el sexo mas débil y digno de proteccion.

¿Y quien podría encargarse mejor del remedio de estos males que la clase educada é influyente de este mismo sexo, que se muestra en todas partes tan sensible, humana y benéfica, y entre nosotros ha acreditado poseer en grado superior estas bellas cualidades? (...)

Art. 1º. Se establece una rama de la “Sociedad Chilena de Agricultura y Beneficencia” compuesta de señoras con el título de Sociedad Benéfica.

2º. Los objetos de esta Sociedad son: 1º velar y proteger la educacion moral y relijiosa de su sexo en los colegios y escuelas, principalmente en las de niñas pobres que tratará de propagar, conservar y mantener bajo su tutela, proporcionandoles la enseñanza y ocupaciones mas propias de su sexo y condicion: 2º cuidar del buen régimen de la casa de partos y espósitos facilitando los medios de conservar en ella los niños hasta la edad de 5 años al ménos, y de que sean despues distribuidos entre personas de conocida moralidad, capaces de darles una educación conveniente: 3º asistir y auxiliar á los enfermos de los hospitales y á las prisiones de mujeres, con la mira de consolarlas, socorrer sus necesidades, promover su mejora moral y aun introducir escuelas en ellas²⁷¹.

Este modelo de organización racional y profesional implicará que desde el “afuera” pueden ser intervenidas moralmente las “casas de objeto público”, por tanto, en el caso del hospital, la profundidad del tercer patio comienza a modificar el carácter estricto de la separación simbólica y material entre el adentro y el afuera²⁷².

A la Sociedad Benéfica de Señoras le sigue el establecimiento de otra organización de caridad de mujeres de elite:

1º. La Sociedad de Beneficencia Pública se compone de las 13 damas fundadoras y de las que en lo sucesivo se admitiesen.

2º. Las atenciones se limitarán por ahora al cuidado e inspección de los establecimientos de caridad, como lo son, el Hospital de Mujeres, casa de expósitos, Asilo del Salvador, casa de corrección, Escuelas Municipales, fundación de una Escuela Normal y al mejor régimen de todo establecimiento público de los individuos de este sexo²⁷³.

²⁷¹ Barra, Miguel de la, *Reglamento para una Sociedad de Señoras*, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1842, pp. 2 y 4.

²⁷² Antes de estos cambios existía la posibilidad de que visitaran el hospital “señoras de distinción” para ejercer la caridad, pero no con la sistematicidad que plateaban este tipo de organizaciones de beneficencia.

²⁷³ “Reglamento para la Sociedad de Beneficencia Pública”, Santiago, 1852, Archivo Ministerio del Interior, vol. 105, f. 1.

Esta Sociedad de Beneficencia creada en la década de 1850, tomaba el modelo de la anterior, pero mejoraba el profesionalismo de la caridad. Su presidenta era Antonia Salas de Errázuriz, hija de Manuel de Salas, que continuaba con la labor filantrópica de su padre, creador del Hospicio de Pobres²⁷⁴.

El rol profesional del ejercicio de la caridad fue exitoso en esta sociedad de señoras de la elite, al igual que la primera experiencia de la Sociedad Benéfica de Señoras, en dos sentidos.

Primero, las señoras de la elite, luego de su salida del recogimiento colonial, posibilitaron una mejoría en la circulación de los bienes de las obras piadosas: juntaron fondos, cuidaron los patrimonios, aumentaron las donaciones privadas. En este sentido, se transformaron en miembros activos de las familias de la elite mercantil y tradicional, y por ello se preocuparon de cuidar los preciados bienes y la economía de la filantropía, que principalmente venían de sus esposos, padres o parientes: “No debe extrañar, por tanto, el hecho de que las mujeres con mayor respaldo patrimonial fueran, también, las que realizaron un mayor despliegue caritativo y filantrópico”²⁷⁵.

Segundo, las señoras de la elite mercantil y tradicional realizaron su ejercicio de la caridad como un medio de moralización, principalmente de las mujeres de la plebe. Pero, este ejercicio moral que incluía la beneficencia y las redes organizadas de la caridad, fue consistente gracias a su vinculación constante con la Iglesia. La religiosidad que viene adherida a estas mujeres oligarcas le da un fundamento “teórico” al rol en la moralización de las mujeres pobres.

¡Que fuera del mundo, hermanos míos, sino hubiera caridad! La relijion seria entonces un absurdo sofisma, la sociedad un abismo de desgracias, el individuo un objeto de horror i la Divinidad misma un ser injusto, que destierra al indigente a ser víctima de la miseria i del infortunio. Sin esta virtud divina yo no diviso mas que un desorden monstruoso en el universo entero i hasta la existencia de una Providencia que vela sobre todas sus criaturas apareceria a mis ojos como un bello ideal creado solo por la imaginación i capricho del hombre (...) Pero no es esta, hermanos míos, la suerte del pobre en la tierra, aquella divina providencia que no se olvida del ser mas insignificante que se arrastra por nuestro pies, no puede permitir que el pobre sea blanco único contra quien se dirijen las maldiciones de la prevaricación primitiva (...) Si, Dios es justo, i si permite la desgracia en el universo es para hacer resaltar mas su omnipotencia, su misericordia i su amor (...) I a la verdad, que mas hermoso cuadro de esta paternal Providencia puede presentarse a nuestra vista que el que nos descubre la

²⁷⁴ Marcelo Neira señala que “A través de su hija, Manuel de Salas, parece convertir el tema de la educación y del encierro en patrimonio familiar”, Neira, Marcelo, “... palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, P. Universidad Católica de Valparaíso, 1998, p. 100.

²⁷⁵ Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, *Historia contemporánea de Chile IV...*, Op. Cit., 2002, p. 132.

*caridad, practicada de modo tan sublime en el seno del catolicismo, aquí, miradla sosteniendo en sus brazos los abatidos miembros del infeliz agonizante...*²⁷⁶.

Bajo estos principios, la religión se realiza en la caridad, por medio de los actos caritativos y filantrópicos la religión toma sentido terrenal. Estos fundamentos se hacen parte del trabajo profesional de la beneficencia que desarrollan las señoras asociadas: la caridad es una virtud en el mundo y para el mundo.

Este sermón de Blas Cañas fue mandado imprimir por Antonia Salas, que en la década de 1850 ha establecido su “señorío” en las redes organizadas de la caridad. Son redes filantrópicas que ingresan en los “adentros” de los asilos, produciendo una activación de todos aquellos elementos de las “casas de caridad” que están desestabilizados o en crisis latente, ya sea en lo económico (bienes) o en lo moral (principios y valores).

Pero, este “afuera” que periódicamente ingresa en el “adentro”, termina por modificar definitivamente el orden discursivo del “adentro”. Ahora, ¿cómo es posible que estos principios activos de la caridad se cristalicen en el “adentro” del asilo? En el caso del Hospital San Borja, es la llegada de mujeres sacralizadas y laboriosas para que se establezcan en el orden interior del hospital.

Antonia Salas es la promotora principal de la llegada de estas mujeres religiosas (monjas) en la década de 1850, pero cuyas gestiones venían de la década de 1840. La presidenta de la Sociedad de Beneficencia Pública acelera las gestiones y los recursos para el arribo de las monjas: las Hermanas de la Caridad se harán cargo del orden interior de los hospitales de Santiago²⁷⁷.

Estas monjas son de vida activa y se caracterizaban por su celo, laboriosidad y profesionalismo. Con su llegada se completaba el cuadro de una caridad organizada y profesional, donde estas monjas jugaban el papel social de la moralización permanente en el “adentro” del hospital. Las Hermanas de la Caridad tienen un origen totalmente ligado a la vida activa: en 1634 San Vicente de Paul organizó un cuerpo de enfermeras para visitar enfermos desvalidos, pero surgieron problemas ya que estas mujeres debían cumplir obligaciones familiares y comunitarias también, por tanto “procuró el concurso de mujeres pertenecientes a condiciones más humildes, pero con la suficiente calidad

²⁷⁶ Cañas, Blas, *Sermón predicado en la funcion religiosa celebrada por la Sociedad de Beneficencia de Señoras*, Santiago, Imprenta de los Tribunales, 1855, p. 4.

²⁷⁷ Antonia Salas fue gestora de la llegada de otras monjas ligadas a la beneficencia: Hermanas del Buen Pastor (casas de corrección) y Hermanas de la Providencia (casas de expósitos).

para que pudieran consagrarse enteramente a su ministerio, sin necesidad de la vida claustral...”²⁷⁸.

Cuando el proyecto de las mujeres caritativas de la elite ingresa en forma permanente en el “adentro” del hospital, por medio de las monjas de vida activa, todo el orden discursivo interior comienza a modificarse. Sobre todo producto de que las Hermanas de la Caridad tendrán un importante poder en los procesos del “adentro”: en lo administrativo, asistencial, moral y religioso.

En 1853 se establecía de la siguiente forma el ingreso permanente de las Hermanas de la Caridad a los hospitales de Santiago y al asilo de expósitos, según el Convenio celebrado en París entre el Superior de la Congregación y el representante del Arzobispo de Santiago:

1º. Las hermanas tendrán la dirección de todo lo que pertenece al buen orden y moralidad de las casas; y así ellas manejarán sus llaves, abrirán y cerrarán a las horas determinadas las puertas, elegirán y despedirán los sirvientes y enfermeros de acuerdo siempre que se pueda con los respectivos administradores (...) 3º las hijas de la Caridad no cuidarán en caso alguno directamente a los que sufren enfermedades sifilíticas; pero dirigirán el servicio de los enfermeros que los asisten inmediatamente si están reunidos en salas especiales; tampoco asisten a las personas ricas ni a las mujeres en sus partos; ni en general a los enfermos de fuera, cualquiera sea su sexo y condición; 4º los capellanes de las tres casas no ejercerán autoridad alguna sobre las hermanas y tendrán habitaciones y refectorios distintos; 5º las hermanas recibirán de los respectivos establecimientos el alimento, luz, fuego, habitaciones decentemente amuebladas y quinientos francos anuales por persona para vestido y otros gastos; suma que percibirán las superiores mensualmente y de cuya inversión no darían cuenta alguna...”²⁷⁹.

Esta reglamentación que establecía el Convenio implicaba, en el caso del Hospital San Borja, que entre el “señor de la casa” y los empleados y sirvientes se insertaba un estamento especial: las monjas de vida activa. Esta inserción implicaba privilegios y autoridad: las Hermanas de la Caridad eran un bien simbólico para el “adentro” del asilo que provocaban modificaciones en las cristalizaciones simbólicas del hospital. Los privilegios tenían relación no sólo con cuestiones económicas, sino también con resguardar a las monjas de las contaminaciones y distracciones en su actividad laboriosa: la monja no cuida ni atiende a las enfermas venéreas, tampoco a las enfermas ricas ni a las enfermas externas del hospital. La autoridad tiene relación con que este estamento que se integra al hospital es casi autónomo, se inserta en base al

²⁷⁸ Zuñiga Cisneros, M., *Manual de Historia de los Hospitales*, Caracas, s/e, s/f, p. 125.

²⁷⁹ Convenio citado en Zárate, María S., *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007, p. 386.

poder, rompiendo el ciclo de la vigilancia jerárquica, pues son ellas las que velan, desde una alta jerarquía, por el “buen orden” y la “moralidad”.

En 1854, cuando las hijas de la Caridad están establecidas en el Hospital San Borja, se decreta un Reglamento que mantiene la autoridad de las religiosas en el orden interior del asilo:

Art. 2º. El portero pondrá las llaves del Hospital en manos de la superiora local de las hermanas y las resivirá de ella al día siguiente. En caso de ser necesario abrir la puerta á horas en que deben estar cerrada, se hará con la anuencia de la superiora.

Art. 3º. El portero, enfermeras y demas sirvientes que habiten en el hospital no podrán comprar, vender, ni resivir cosa alguna para los enfermos sin licencia de la superiora de la casa.

Art. 4º. La entrada al hospital sólo será permitida los días que por reglamento se autorice. En todos los demas casos el portero no permitirá la entrada sin licencia de la superiora.

Art. 6º. Las hermanas asistirán á la visita del Médico en sus respectivas salas y cuidarán de la ejecución de las prescripciones del médico y de las aplicaciones de los remedios y asistencia que éstos requieran. Se entenderán directamente con el Boticario para que los medicamentos se distribuyan en la forma y á la hora ordenada por el médico.

Art. 7º. Los enfermeros y demas sirvientes de la casa estarán bajo las órdenes de las hermanas y no podrán salir del hospital sin licencia de la superiora: deberán dormir en él y comer á horas fijas en el lugar que la superiora designe. El nombramiento y remoción de ellos corresponde á la superiora dando aviso al administrador respectivo.

*Art. 9º. En las salas destinadas á enfermedades sifilíticas, las enfermeras tendrán la dirección del servicio y distribución de alimentos bajo la dirección de las hermanas...*²⁸⁰.

En 1854, entonces, cuando las monjas de vida activa ingresan de forma permanente al hospital, cuando se cumple el sueño caritativo de las señoras de la elite, el orden discursivo del hospital se transforma, al menos en cuatro sentidos: se produce una nueva regularidad social.

Primero, se cristaliza la jerarquía social del asilo: las hermanas en el orden cotidiano del “adentro” poseen un poder con pocos contrapesos, salvo quizás en algunas cuestiones por el “señor de la casa”. Las hijas de la Caridad constituyen un estamento religioso que controla a todo el universo social de empleados y sirvientes. Su laboriosidad en el ejercicio de la caridad y la asistencia a la mujer enferma pobre no debía tener ningún obstáculo. Por ejemplo, el 1860 el hospital tenía la siguiente planta

²⁸⁰ “Reglamento sobre las Hermanas de la Caridad”, Santiago, 5 de Mayo de 1854, *Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889, pp. 158 y 159.

de funcionarios²⁸¹, pero en dicha planta las hermanas de la Caridad constituyen el punto central y el estamento privilegiado para el correcto funcionamiento del orden interior:

4 médicos

1 mayordomo

1 asentista

1 jubilada que entró a servir en 1778

2 capellanes

14 Hermanas de la Caridad

1 portero

1 panteonero

2 peones de patio

1 peón de botica

3 curanderas

6 lavanderas

14 enfermeras

7 veladoras

2 cocineras

1 colchonera

1 boticario.

El orden interior es similar a las décadas anteriores, pero la diferencia radica en que ahora las religiosas son quienes controlan y ordenan el “adentro” con un poder social generalizado, mientras antes el ciclo jerárquico dividía y fragmentaba esas funciones de vigilancia y castigo.

Segundo, el servicio asistencial también cambia puesto que son las hermanas quienes lo dirigen: históricamente estas monjas de vida activa han ejercido la caridad y también la asistencia sanitaria. Por tanto, en el hospital desde 1854 se enfrentarán los saberes consuetudinarios de las sirvientas y enfermeras con el rol histórico y el profesionalismo de las hermanas. Donde las primeras serán controladas por las segundas. Pero, en el caso de las enfermedades venéreas, las enfermeras actuarán con toda su cercanía hacia la mujer de la plebe o de “mal vivir”, quedando las hermanas libres de las contaminaciones en sus papeles sacralizados.

Tercero, las Hermanas de la Caridad poseen fundamentalmente para el “adentro” una autoridad moral y social. Esto implica que el asilo no debe buscar en el pasado colonial la “pureza” de las costumbres, sino que esta “pureza” se construye cotidianamente producto de los controles morales y la laboriosidad caritativa de las hermanas. Estas monjas con su autoridad moral configuran un universo donde constantemente se renueva la pureza y el “buen orden”. El encierro moralizador y el confinamiento social todavía existen, pero ahora son agentes “técnicos” de la

²⁸¹ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo IV (inédito), p. 225.

moralización los que llevan a cabo la tarea central de la religiosidad: la “sublime caridad” es tanto “norma divina” como “norma terrenal”.

Y cuarto, las hermanas son la caridad ejemplificada, personificada. Ya no son necesarios los juegos de “díadas conceptuales” para separar socialmente a las enfermeras y a las enfermas. Las hermanas al ejercer la caridad como un rol profesional y laborioso, constante y poderoso, marcan una diferencia tajante tanto con las enfermeras como con las enfermas. No hay posibilidad de confusión, solamente un gran “espejo social”, que refleja una verdad absoluta: las monjas son mujeres virtuosas, *modelos de virtud*²⁸².

La obra arquitectónica

La construcción del nuevo espacio arquitectónico del Hospital San Francisco de Borja concluye en 1859, pero el conjunto no será completado hasta la década de 1870. Será un rasgo de modernidad, puesto que, más allá su planificación racional, se hace parte de impulsos modernizadores y europeizantes que van a innovar respecto a la espacialidad de la típica “casa de caridad”. Es el primer hospital de Santiago construido según las tipologías francesas de carácter clínico²⁸³.

En este sentido se plantea que existen “impulsos utópicos” en la construcción de este espacio hospitalario. No porque constituya una “utopía urbana” propiamente tal, sino porque el impulso al progreso que plantea su edificación no es sólo racional, sino que incluye discursos ideológicos que producen “variaciones imaginativas” sobre el espacio médico y asistencial, formando parte de “ciertos rasgos estructurales de lo que he llamado imaginación cultural”²⁸⁴. El arquitecto, el gobernante y el benefactor *imaginan* un edificio moderno para la simple y polvorienta ciudad, una *obra arquitectónica* para la salud de las clases menesterosas.

²⁸² Sobre esta idea, véase Zárate, María S., “Mujeres viciosas, mujeres virtuosas. La mujer delincuente y la Casa Correccional de Santiago, 1860-1900”, Lorena Godoy, Elizabeth Hutchison, Karin Rosemblat, Soledad Zárate (editoras), *Disciplina y Desacato. Construcción de identidad en Chile, Siglos XIX y XX*. Santiago, SUR/CEDEM, 1995.

²⁸³ Los otros dos hospitales construidos bajo la tipología francesa de pabellones en el siglo XIX, son posteriores al Hospital San Borja: el Hospital San Vicente de Paul y el Hospital del Salvador.

²⁸⁴ Ricoeur, Paul, *Ideología y Utopía*, Madrid, Gedisa, 1993, p. 43.

La tipología arquitectónica francesa de carácter clínico está basada en pabellones aislados, es llamada “estilo arquitectónico de pabellones clínicos”. Básicamente se trata de un arquitectura hospitalaria donde “se llega a la conclusión de que la disposición más saludable para los hospitales sería aquella en que cada sala viniese a constituir por sí sola un hospital particular y aislado”²⁸⁵.

El crucero como forma hospitalaria de origen conventual da paso a los pabellones aislados que funcionan en forma independiente, con gran espacio entre las distintas salas. La tipología de los pabellones es la respuesta ilustrada al problema de las epidemias y de las infecciones intrahospitalarias: “... la insistencia en la noción de contagio, las pruebas que lentamente se vienen acumulando sobre ese fenómeno en determinadas dolencias (...) el descubrimiento de Jenner, que al hacer evitable la viruela demuestra también su contagiosidad, y la de la *vacuna*; los estudios de Lavoisier sobre la respiración, que la hace comparable a la combustión y pone de relieve la necesidad de determinado volumen de aire puro y de su continua renovación; y por último, las nuevas ideas políticas y sociales, promueven a fines del siglo XVIII y principios del XIX un gran movimiento de mejoría en las medidas a favor de la salud pública que tiene repercusión en los hospitales...”²⁸⁶.

La primera experiencia arquitectónica de este tipo ocurrió en Inglaterra en 1730, cuando James Gibbs reconstruye el Hospital de San Bartolomé con una “separación entre los distintos edificios que circundaban el patio, a fin de permitir libre acceso al aire y a la luz”²⁸⁷.

Pero el estilo de pabellones aislados nace de la coyuntura y de los impulsos utópicos ilustrados franceses. En 1737 el Hôtel-Dieu de París se incendia, demostrando de paso su hacinamiento y pésimas condiciones higiénicas con que existía desde varios siglos. Este evento condujo a una serie de debates académicos y políticos sobre la mejor manera de construir un “hospital perfecto”, hasta que en 1786 la Academia de Ciencias comisiona a una serie de científicos, médicos y políticos para crear la planta de un nuevo Hôtel-Dieu. Entre ellos destacan Jean Baptiste Le Roy y el cirujano Jacques Tenon.

En el primer informe “la comisión recusó los edificios planeados en forma de cruz y círculo y también los planeados en forma estrellada e insistió expresamente en

²⁸⁵ Pezo, Mauricio, *La salud restituida...*, Op. Cit., 1998, p. 77.

²⁸⁶ Zúñiga Cisneros, M., *Manual de Historia de los Hospitales*, Caracas, s/e, s/f, pp. 74 y 75.

²⁸⁷ Leistikow, Dankwart, *Edificios hospitalarios durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*, Alemania, C.H. Boehringer Sohn, 1967, p. 83.

que la disposición más favorable para esta construcción había de ser la que ‘permitiera que cada sala, si es que ello era posible, se convirtiese en un hospital especial y aislado’²⁸⁸.

Así nacía de los planos de Le Roy y de Tenon el estilo hospitalario de pabellones aislados, paralelos y separados por una gran avenida central²⁸⁹. Sin embargo, ninguno de estos proyectos arquitectónicos llegó a construirse, por lo menos hasta bien entrado el siglo XIX. En la segunda mitad del siglo XIX las ideas de la Academia de París eran la regla de un hospital moderno, pero con algunas modificaciones como agregar largos corredores techados para facilitar la comunicación entre las salas aisladas.

Este último modelo arquitectónico fue el seguido para la construcción del Hospital San Borja, es decir, fue concebido como un hospital moderno: salas o pabellones aislados, paralelos y separados por una avenida, además con un sistema de comunicación entre las salas por medio de corredores techados²⁹⁰.

La obra arquitectónica fue planeada racionalmente, pero fue imaginada como un signo de progreso, como una utopía de civilización. Y la base material de esta espacialidad que estaba en la riqueza de la economía chilena: la producción minera del norte chico comenzaba a hacerse visible en la capital: las casas, ya sean de “familias” como de “caridades”, se transformaban siguiendo los signos de la arquitectura académica.

Siguiendo un plano y un relato de 1889²⁹¹, se puede describir este edificio hospitalario, que nos habla de *un sitio de paz y de sombras*²⁹². El edificio principal de la entrada contiene: oficina, sala de espera, estadística, administración, habitación del capellán, etc. Al Este la Maternidad y al Oeste el Dispensario con las salas de consulta y operación. Luego un amplio parque con corredores, que desemboca en una “elegante capilla”. Este corredor está plantado de árboles sobre sus cuatro costados y cuatro jardines la dividen al medio, esto contribuye a embellecer y a purificar el aire. Sobre los costados de este patio grande se encuentran las salas principales del hospital. Las del lado derecho son destinadas a la Medicina y las del lado izquierdo a la Cirugía. Hay en total diez salas: 4 de cirugía, 5 de medicina y 1 destinada a recién nacidos o niños pequeños.

²⁸⁸ Ibíd., p. 95.

²⁸⁹ Véase Anexo Arquitectónico N° 2. Lamina 1.

²⁹⁰ Véase Anexo Arquitectónico N° 2. Laminas 2 y 3.

²⁹¹ Murillo, Adolfo, *Hygiene et Assitance Publique au Chile*. Exposition Universelle de París, Section Chilienne, 1889.

²⁹² Véase Anexo Arquitectónico N° 2. Lamina 4.

Cada sala está formada de una planta baja (primer piso) de 48 metros de largo, 7 de ancho y 5 ½ de alto. Las salas son separadas las unas de las otras por un patio de jardín de 10 metros de ancho. Un extenso corredor pasa delante de cada sala, las pone en comunicación y facilita el servicio. Hay 44 camas en cada sala, que están ubicadas sobre dos filas, de Este a Oeste. Cada enferma tiene 45 ½ metros cúbicos de aire. Hay un gran número de ventanas ubicadas a cortos intervalos; existen además los ventiladores ubicados en el piso y en el techo. El piso es de madera encerada. Cada cama es de fierro con un colchón de lana ubicado sobre un sommier (reemplaza a la antigua “payaza”). Hay entre cada cama un velador con sus accesorios. Detrás de cada sala de cirugía hay una habitación destinada a los vendajes, y que contiene una cama mecánica y los utensilios de vendaje.

Al costado de esos pequeños anfiteatros se encuentra la sala de baños, con 12 tinas de baño en mármol, la caldera y las tuberías para la distribución del agua.

La última sala del lado izquierdo después de las de cirugía, está ocupada por la farmacia, muy bien acondicionada y de una gran limpieza. Por encima de esta sala está situada la habitación destinada a las operaciones de ovariectomía o de laparotomía, con todo lo necesario.

Sobre los costados de la capilla se encuentran los apartamentos de las hermanas, situados en el segundo piso que hacen el contorno de ese edificio, y forman así el segundo cuerpo de construcciones del hospital.

A la derecha y separados del resto del establecimiento por un patio bastante ancho, se encuentra la cocina, la cava, etc. Y está confiada a los cuidados especiales de una hermana de la caridad.

La letra J del plano corresponde al pensionado. Él está formado por una serie de pequeñas habitaciones destinadas a recibir a las enfermas que pueden pagar una pequeña pensión.

Detrás de esta sección, y separadas por un gran patio, se encuentran las caballerizas o cuadras, el depósito para cadáveres y una pequeña sala para las autopsias.

El lavadero se encuentra situado en un local bastante espacioso, donde muchas máquinas trabajan para lavar la ropa para más de 500 enfermas. La fábrica de colchones se encuentra al costado, en un pequeño departamento especial.

Pasadas esas construcciones se encuentra *el vergel*, que ocupa una amplia extensión, y llega hasta la calle Marcoleta. Al fondo y sobre uno de los costados se encuentran las barracas (no están marcadas en el plano), que sirven actualmente para las

incurables. Hacia el centro y un poco sobre el costado del vergel hay un gran tanque de natación.

Entonces, salas amplias y aisladas unas de otras, con buena cantidad de aire y de luz, unidas por corredores techados. Una Capilla elegante de estilo gótico cierra el espacio de los pabellones clínicos. Jardines que separan los dos grandes grupos de pabellones, jardines entre cada sala y un gran vergel en un más allá de la capilla: la naturaleza purifica el aire, da sombras, frescura y embellece el conjunto.

Además, la modernidad y la tradición están presentes en armonía. Instalaciones adecuadas para cirugía, especialidades y farmacéutica. Un edificio claustral para la privacidad de las hermanas de la Caridad. Y también los espacios menos agradables entre patios y jardines: los lavaderos, las caballerizas, los cadáveres y las incurables.

Al final, y sobre todo para completar la “casa de caridad”, un vergel que da vida: luego de la Capilla que ordena simétricamente los pabellones, viene un pequeño paraíso: luz y aire.

Por tanto, a nivel de las *relaciones imaginarias*, este espacio hospitalario está marcado por el bello naturalismo de una arquitectura burguesa: existe un *aburguesamiento* del asilo.

El afuera y el adentro: la circulación

Las fuerzas del “afuera” que produjeron la transformación del orden discursivo del hospital se pueden dividir en tres factores históricos: por un lado, la labor de las mujeres de la elite que con su nuevo papel social en la caridad, marcado por la eficiencia y la organización, cambiaron el modo de moralizar a la plebe y, también, permitieron el ingreso permanente de las mujeres religiosas para obtener con seguridad un “buen orden”; por otro lado, los gobernantes, a través del arquitecto, los médicos y los benefactores, planificaron racionalmente un plano regular y moderno para el hospital, guiándose por una imaginación cultural que visualizaba un “espacio idealizado” para el asilo; y por último, las enfermedades y las epidemias que afectaban a la capital fueron el elemento más permanente para que se modificara el “adentro” y su regularidad discursiva.

Si el análisis se concentra en el tercer factor se puede acceder a los signos de la historicidad del espacio concreto del hospital. Pues serán las enfermedades las que determinen el significativo arquitectónico, más allá de la imagen apacible de este conjunto armónico y embellecido de una arquitectura burguesa.

Las enfermedades reinantes en el “afuera” no sólo contribuyeron al aumento de la cantidad de enfermas, lo que produce la crisis estructural del “enunciado portaliano”, sino que están presentes en la construcción de los signos que marcan discursivamente en el nuevo espacio hospitalario.

Antes de las grandes epidemias que afectaron a la capital en la década de 1880, la ciudad siempre estuvo amenazada por las enfermedades, que cada tanto tiempo se traducían en epidemias. Por ejemplo, “la viruela reinaba endémicamente y además se hicieron notar las epidemias (...) y a pesar de las vacunaciones efectuadas desde 1830 por la junta de vacuna, se notaron por su intensidad las epidemias de 1839 y 40, 46, 48, 58 y 59”²⁹³.

Además, la fiebre tifoidea, la disentería, fiebre puerperal, la sífilis, la escarlatina y la difteria eran enfermedades endémicas, que algunas de ellas tomaban carácter epidémico: la enfermedad en la ciudad era un problema para la beneficencia. ¿Cómo hacerse cargo de las enfermedades en las “casas de caridad? Por tanto, las enfermedades reinantes no sólo es un asunto médico, sino que involucra a los hospitales en tanto “casas”. En este sentido, desde la espacialidad debía de existir una respuesta.

Hasta la década de 1860 e incluso más allá, la etiología médica daba énfasis, a parte de las condiciones anatomopatológicas y fisiológicas, a las emanaciones impuras de la ciudad como productoras de la enfermedad. Es la cuestión de los *miasmas*.

Miasmas son las emanaciones que se difunden en el aire i ejercen en la economía animal una influencia mas o ménos perniciosa. Así las emanaciones de los pantanos, de las materias en putrefacción, de la piel i de los pulmones de los individuos enfermos, son verdaderas emanaciones miasmáticas.

Los autores llaman efluvios a las emanaciones de los pantanos; de suerte que, aceptada la definición de miasma, la palabra efluvios deja de ser jenérica para denotar una especie particular de miasmas. El carácter esencial de los miasmas consiste en que son partículas invisibles orgánicas u organizadas, vivas o muertas, residentes en el aire, por medio del cual ejercen su accion descomponente sobre la materia orgánica.

²⁹³ Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894, p. 230.

*Con la palabra virus se designa un humor segregado, de oríen patológico, cuya propiedad característica es la de trasmitir i reproducir indefinidamente un estado morboso casi idéntico*²⁹⁴.

Por tanto, para establecer los signos espaciales del nuevo espacio hospitalario, se deben tener en cuenta dos realidades: las enfermedades reinantes que, a través de los enfermos mismos, golpean las puertas del asilo para buscar su curación; y los miasmas reinantes, ya sean emanaciones pútridas, efluvios o virus, que, sin respetar puertas o cerraduras, se distribuyen por el aire produciendo gran parte de las enfermedades más temidas.

El problema de los miasmas es uno de los factores que producen la tipología arquitectónica de pabellones aislados, pero esta cuestión de lo impuro genera otros aspectos enunciativos: “el diseño de edificios debe atender a la división entre exhalaciones pútridas y corrientes de aire fresco, así como permitir la distinción entre aguas claras y aguas usadas”²⁹⁵.

Estas divisiones casi invisibles son fundamentales en el Hospital San Borja: la circulación de aire y agua. Es la respuesta a dichas emanaciones que son foco de peligro sanitario.

Respecto a la circulación de agua, todo el espacio construido del hospital contiene un trazado de canales y canaletas en declive que permite que circulen las aguas con materias pútridas²⁹⁶: “La virtud de movimiento incita a canalizar y expulsar las inmundicias; justifica la importancia que se otorga al declive (...) asegurar mediante la técnica una regularización que la naturaleza sola no sabría operar en esos lugares de atascamiento artificial”²⁹⁷.

Respecto a la circulación del aire, en el espacio hospitalario la misma planificación espacial trae consigo este aspecto; pabellones aislados y con una separación suficiente para la ventilación, ventanas, y mucha vegetación para purificar el aire: “La ventilación, en lo sucesivo, constituye el eje de la estrategia higienista. La corriente de aire es lo que ante todo importa controlar. Más aún que drenar la inmundicia, asegurar la circulación del fluido aéreo se debió al pavor del estancamiento

²⁹⁴ Navarrete, Francisco, *Relación de la fermentación con las epidemias. Miasmas desinfectantes, reglas hijiénicas i terapéutica de las epidemias*, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1876, p. 23.

²⁹⁵ Corbin, Alain, *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*, México, FCE, 2005, p. 114.

²⁹⁶ Véase Anexo Arquitectónico N° 2. Laminas 2 y 4.

²⁹⁷ Corbin, Alain, *El perfume o el miasma...*, Op. Cit., 2005, p. 107.

y la fijeza, asociadas a la frialdad y el silencio sepulcral (...) La ventilación, y es la primera de sus virtudes, restaura la elasticidad y la calidad antiséptica del aire”²⁹⁸.

Si del problema de los miasmas se pasa al problema de la enfermedad, es importante referirse al espacio de hospitalización como lugar de permanencia y tratamiento de los cuerpos enfermos. En este sentido, aparece con claridad dos características espaciales del espacio de hospitalización.

Primero, existe un espacio de hospitalización que es enteramente del “adentro”: son las salas o pabellones aislados y el pensionado que funcionan bajo las normas morales y asistenciales de las hermanas de la Caridad. Es el espacio del encierro moralizador y medicalizador. Este espacio de hospitalización está integrado a una comunicación espacial específica: las salas divididas en especialidades entran a una red espacial de carácter funcional, donde cada sala se integra con las actividades e instalaciones domésticas, con la farmacia, con el depósito de cadáveres, etc., y el conjunto es dominado por el centro religioso representado por la capilla donde termina la avenida central; más allá está el paraíso terrenal.

Segundo, existe un espacio de hospitalización que se encuentra en una posición intermedia entre el “afuera” y el “adentro”. Se trata de la Maternidad fundada en 1870 y de la Dispensaría. Las enfermedades reinantes y las epidemias, como hechos sanitarios evidentes en la época, determinan que la enfermedad no sea sólo recluida en el encierro de las salas, sino que exista un pivote, un lugar intermedio, para reducir tanto la sobrepoblación hospitalaria como los efectos nocivos de tanta enfermedad que puede tratarse a tiempo. En este sentido, la Dispensaría es un espacio de hospitalización a medias, ya que el tiempo de permanencia del cuerpo enfermo es mínimo, lo que implica que no es tan adecuado hablar de hospitalización. En cambio, la Maternidad si es un espacio de hospitalización propiamente tal²⁹⁹.

Es en la Dispensaría donde se da con mayor claridad la nueva relación entre el “afuera” y el “adentro”: los peligros sanitarios, ya sean endémicos o epidémicos, ya sean enfermedades declaradas o amenazas miasmáticas, ya no necesitan una separación estricta de lo interior y lo exterior, sino todo lo contrario, se necesita una permanente

²⁹⁸ *Ibíd.*, p. 110.

²⁹⁹ Para un estudio completo de la Maternidad del San Borja, véase Zárate, María S., *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007.

comunicación con el exterior para evitar, controlar, ordenar ese “afuera” que puede imponer un caos mayor. Ese es el rol del Dispensario³⁰⁰:

Agente de prevención de enfermedades, se hace el diagnóstico cuando aún el enfermo está en pie y a él llegan los primeros casos de muchas epidemias y, en otras, el tratamiento precoz esteriliza su contagiosidad.

El Dispensario (...) 1) Descubre la epidemia y previene, por consiguiente, su difusión. 2) Trata al enfermo ambulatorio y las emergencias quirúrgicas. 3) Enseña el valor de la dieta, del ejercicio y de la higiene (...) Con cuanta razón se dice pues que “un peso gastado en Dispensarios va mucho más allá que un peso gastado en Hospitales”³⁰¹.

Teniendo en consideración el modo en que se ejerce la moralización y el control social, el espacio arquitectónico y las relaciones que se establecen entre el “afuera” y el “adentro”, se puede plantear que al final del período histórico que se estudia en esta tesis, existe en el Hospital San Francisco de Borja un nuevo “enunciado”. Este régimen de enunciación parte de una adscripción sin culpa al avance modernizador, y plantea que la “purificación” es un trabajo constante del asilo: la pureza se mantiene como problemática, pero no es un retorno a algo perdido, sino que se construye cotidianamente a medida que el entramado discursivo se desenvuelve hacia un “futuro”: en el progreso está la pureza necesaria para arribar a una cultura de “pueblos civilizados”.

A este enunciado del asilo se le podría llamar, a falta de un nombre mejor, “enunciado burgués”. Este régimen enunciativo se basa en la moralización y en la purificación, pero tomando como modelo a la “circulación”: “Desde el descubrimiento de Harvey, el modelo de circulación sanguínea induce, dentro de una perspectiva organicista, el imperativo del movimiento del aire, del agua, de los productos mismos”³⁰².

La pureza y la purificación está en la circulación, el asilo está planeado como espacio de circulación:

Circulación de los miasmas. El estilo arquitectónico de pabellones aislados, la ventilación necesaria que conllevan, los amplios jardines, los canales de agua en

³⁰⁰ Zárate alude a que los dispensarios en la capital atendían a una población mayoritariamente femenina, lo que implica que existía falta de camas hospitalarias. También Zárate hace referencia a que los dispensarios son fundamentales en el desarrollo de una mirada clínica hacia la enfermedad femenina. Cf. Zárate, María S., *Dar a Luz en...*, Op. Cit., 2007, pp. 375 y ss.

³⁰¹ Greve, German, *El dispensario moderno. Su organización, su administración, su equipo, su funcionamiento, sus deberes, sus ideales*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1928, p. 6.

³⁰² Corbin, Alain, *El perfume o el miasma...*, Op. Cit., 2005, p. 107.

declive; toda una técnica apropiada para que las emanaciones y materias pútridas circulen y ayuden a purificar el espacio hospitalario.

Circulación de cuerpos. La primera circulación de cuerpos enfermos ocurre en los lindes con el exterior en el Dispensario, allí multitud de cuerpos circulan constantemente. La segunda circulación ocurre en el encierro o “adentro”, cuando cada enferma internada es asignada a una sala específica o a una habitación del pensionado. Y la tercera circulación es de los cuerpos funcionarios, a través de los corredores y los sistemas de comunicación de las salas, instalaciones y departamentos circulan laboriosamente los empleados, sirvientes y hermanas.

Circulación de normas. La situación estratégica que ocupan las hermanas en la jerarquía social del asilo, permite que, con su rol profesional como agentes de la moralización, constantemente y laboriosamente las normas circulen dentro del hospital. La actividad cotidiana de las hermanas implica un despliegue normativo en todo el hospital.

Circulación de bienes. Los benefactores y autoridades del hospital y de la Junta Directora, ayudados y activados por las “señoras de la elite”, permiten que en el exterior, pero mirando hacia el asilo, exista toda una economía de la beneficencia, donde, y sobre todo gracias al trabajo de las organizaciones de mujeres oligarcas, los bienes económicos circulan: donaciones, loterías, capellanías, testamentos, etc.

La emergencia del cuerpo femenino

En las bases de este orden discursivo, es decir, en los planos de donde surgen los objetos discursivos, existe en el hospital dos niveles. Uno es el nivel de la moralización, donde la mujer enferma pobre es un objeto del discurso moral, configurado por los “modelos de virtud” de las mujeres caritativas de la elite y de las monjas de vida activa. Otro es el nivel de la medicalización, donde la mujer enferma pobre es un objeto del discurso médico.

El discurso médico entre 1860 y 1870, como se señaló en el capítulo respectivo, tomó características de una mirada anatomoclínica, lo que implica que los síntomas de las enfermedades dejan de ser esenciales, y se transforman en signos de procesos orgánicos que ocurren en el interior del “espacio del cuerpo”.

En el caso de las mujeres enfermas, este “espacio del cuerpo” y sus procesos patológicos no habían sido objeto discursivo del “saber médico”. Más bien, en el caso del cuerpo femenino no existía una preocupación académica y científica por profundizar en su estudio, salvo la excepción de la obstetricia.

Sin embargo, con el avance de la clínica, de la cirugía, y el cambio espacial y asistencial que se vivió en el Hospital de Mujeres, el cuerpo enfermo femenino comienza a ser designado, catalogado y estudiado, por tanto se conforma una emergencia, delimitación y especificación de las “enfermedades de mujeres”.

Pablo Zorrilla en su estudio sobre la fiebre puerperal comienza su texto aludiendo a este nuevo objeto discursivo: *La mujer, ese conjunto de misterios, inspiracion constante del poeta, ocupacion del moralista que con su ojo escudriñador ha hecho apenas un trasunto infiel del objeto de su estudio, que deja al fisiologista una serie de incertidumbres, ha despertado en todos tiempos el interes del médico por sus variados fenómenos patológicos, sin que haya sido mas feliz en la penetracion de las relaciones de esos fenómenos i sus causas productoras*³⁰³.

Por tanto, el objeto discursivo que emerge son las “enfermedades de mujeres”, pero desde el punto de vista de la anatomía patológica, para así avanzar en la clínica. Incluso en los planes de estudios médicos se comienza a integrar una cátedra de clínica ginecológica, a parte de la cátedra de obstetricia. Y en esta incorporación de las “enfermedades de mujeres” en las regularidades del saber médico, las salas del Hospital San Borja se transforman en clínicas de especialidades, donde médicos de formación clínica van modulando este objeto discursivo por medio de métodos de observación del cuerpo femenino.

Por ejemplo, en 1860, antes de que el complejo arquitectónico estuviera terminado del todo, existían las siguientes salas³⁰⁴:

Sala San Vicente de Paul: 50 camas de Medicina: Dr. Ramón Elguero.

Sala del Carmen: 50 camas de venéreas: Dr. Ramón Elguero.

Sala de Purísima: 50 camas de Medicina: Dr. Antonio Torres.

Sala de Dolores: 50 camas de viruela: Dr. Antonio Torres.

Sala de San Borja: 50 camas de Medicina: Dr. Adolfo Valderrama.

Sala de Santa Filomena: 52 camas de niñas: Dr. Adolfo Valderrama.

Sala del Rosario: 50 camas de cirugía: Dr. Estanislao del Río.

³⁰³ Zorrilla, Pablo, “Consideraciones sobre la fiebre puerperal”, Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina, *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XX, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1862.

³⁰⁴ Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo IV (inédito), p. 225.

Pero, este interés del discurso médico por el cuerpo enfermo femenino no fue tan generalizado ni tan expedito en sus conocimientos. Por ejemplo, en las estadísticas médicas entre 1860 y 1890 el porcentaje de mujeres duplica al de los varones en las enfermedades con resultado de muerte en que “se ignora” su causa³⁰⁵.

A pesar de este lento descubrimiento, en el Hospital San Borja el “enunciado burgués”, basado en la circulación con un objetivo purificador, logra penetrar el “espacio del cuerpo femenino”, por tanto emerge un objeto discursivo donde circulan métodos, técnicas e hipótesis del saber médico, lo que en el tiempo producirá nuevos enunciados: “las enfermedades de mujeres”.

Las enfermedades femeninas, en tanto enunciaciones médicas, estaban enfocadas principalmente a la función sexual y reproductiva de las mujeres (ginecología) y a los problemas nerviosos y mentales de las mujeres (psiquiatría clínica).

La mirada clínica sobre el cuerpo femenino tenía “la convicción de la íntima relación que se establecía entre padecimientos ginecológicos y la conducta femenina de la época, relación que la comunidad médica chilena reproducía de la literatura internacional sobre esta materia. Tras esa conexión evidentemente descansaba la transmisión de un juicio de valor, y no solo la descripción del funcionamiento del cuerpo humano, en nuestro caso, el femenino: culturalmente y desde la ciencia se les concedería a los órganos sexuales, el poder de ser el vehículo comprensivo de la mente femenina, y que mejor especialidad para probar esa presunción que la ginecología”³⁰⁶.

Por tanto, la circulación de cuerpos en las salas del hospital produce un objeto, que en el orden discursivo será resultado de la norma y la verdad. En el nuevo espacio de hospitalización se devuelve un enunciado, surgido de la conducta moral y de la morfofisiología. Es la hermana de la Caridad y el Médico circulando sobre el cuerpo enfermo de las mujeres pobres: “De este modo, determinadas formas de conducta se denuncian como condición originaria de enfermedades y se establece la conclusión normativa: esas formas de conducta deben evitarse (...) La alianza de los discursos médicos y morales, constituida básicamente de esta manera, se vuelve sumamente

³⁰⁵ Cf. Zárate, María S., *Dar a Luz en Chile...*, Op. Cit., 2007, p. 518.

³⁰⁶ Zárate, María S., “‘Enfermedades de Mujeres’. Ginecología, médicos y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX”, *Pensamiento crítico. Revista electrónica de Historia*, N° 1, 2001, p. 6.

atractiva para las construcciones normativas de las sociedades modernas, secularizadas”³⁰⁷.

Todavía no se separan, pues, el alma y el cuerpo.

³⁰⁷ Anz, Thomas, “Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales”, Bongers, Wolfgang y Olbich, Tonja (comps.), *Literatura, Cultura, Enfermedad*, Buenos Aires, Paidós, 2006, p. 32.

6. Conclusiones

¡Oh, mísero país mío!
¿Qué significas tú para el corazón?

Alexandr Block, 1909.

*Los ojos florecen en el rostro como los
azulés en el trigo*

Serguei Esenin, 1920.

Cuando Michel Foucault propone el método arqueológico como un modo de analizar los discursos se enfocaba, principalmente, en los procesos y mecanismos que permiten la constitución de “saberes” (en el eje práctica discursiva – saber – ciencia): “A este conjunto de elementos formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia, aunque no estén necesariamente destinados a darle lugar, se le puede llamar saber”³⁰⁸.

En el análisis arqueológico que he desarrollado en esta investigación de tesis, las prácticas discursivas no todas confluyen en el “saber”, sino son parte de otras realidades discursivas. Más que la constitución de saberes, lo que interesaba eran el conjunto de prácticas discursivas que rondaban el hospital, prácticas de variadas fuentes enunciativas: saber médico y farmacéutico, el discurso moralizador, prácticas políticas y administrativas, prácticas de la caridad, y el significante arquitectónico. Son todas prácticas discursivas que podrían ser consideradas “saberes”, pero no todas están dirigidas por la tendencia a conformar “ciencias”.

En este sentido, lo que era importante para esta Tesis es el marco donde todas estas prácticas discursivas, de distinta fuente y forma, se desenvuelven, es decir, lo común de estas regularidades discursivas era que todas se desarrollaban alrededor del asilo. Por tanto, como se señaló en la Introducción de este trabajo, se trataba de un ejercicio estructural, de unos elementos de arqueología y no de un análisis arqueológico completo, donde se pudiera analizar un sistema total de una “formación discursiva”. Para dicho sistema total se tendría que haber analizado un campo discursivo que

³⁰⁸ Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 2003, p.306.

incluyera el mundo completo de los asilos con sus regímenes enunciativos. Por tanto, esta investigación de tesis presenta una pequeña historia discursiva: el discurso que habita el Hospital San Francisco de Borja.

Naturalmente se podría preguntar: ¿dónde queda la “historia de la enfermedad”? Lo interesante de este ejercicio estructural es que a medida que se reconstruye el discurso del asilo, van surgiendo los elementos que configuran la historia discursiva de la enfermedad. Al tener como objeto de estudio la enfermedad en el Hospital San Borja, el análisis arqueológico se debe centrar en dicha “casa” para que desde allí emerja la discursividad de la enfermedad. El asilo es el mundo discursivo que, con sus entramados, posibilita que la enfermedad exista como acto del discurso.

En esta Tesis hay dos aspectos fundamentales que se pueden concluir de este análisis arqueológico, de esta pequeña historia discursiva:

Primero, el asilo construye la realidad de la enfermedad. Las prácticas discursivas (de la medicina, de la caridad, de la política, de la jerarquía, etc.) son las fuentes para una enunciación de la enfermedad, pero yendo más allá, se puede plantear que las regularidades del hospital son productoras de un objeto para el discurso: la enfermedad sin el hospital no existe. Esto quiere decir que la enfermedad de las mujeres de la plebe son productos discursivos, son efectos de mecanismos de objetivación, pero obviamente al nivel de los discursos, y no como realidad biomédica. Las enfermedades existen siempre como datos morfofisiológicos, de eso no hay duda, pero en una historia discursiva, las enfermedades tienen existencia objetiva gracias a determinados mecanismos discursivos, que permiten que en el discurso se tenga “algo” captado, designado, catalogado: la mujer enferma pobre tiene una marca de objetividad porque habita el hospital, y allí puede ser parte de la verdad y la norma, es decir, existe para los discursos oficiales.

Segundo, tanto la enfermedad como el asilo se construyen por medio de discursos. Si la enfermedad es configurada por los discursos, el asilo en su totalidad también es configurado por mecanismos discursivos. Entonces, el hospital no es una realidad dada, permanente en el tiempo, sino que también existe bajo determinadas formas producto de las regularidades discursivas, sin ellas el hospital sería un espacio vacío.

Por tanto, la realidad primera que se tiene en este análisis son los diferentes discursos y sus prácticas, y luego su organización en regímenes de enunciación. Estas regularidades discursivas penetran en el hospital para constituir un universo discursivo:

un pequeño mundo que posee una historia discursiva. Y en este pequeño mundo discursivo se producen las objetivaciones de las mujeres enfermas, pero también se podría decir lo mismo de las sirvientas, de los empleados y de sus respectivas actividades al interior del asilo.

Los múltiples focos de la discursividad producen enunciados que toman “vida” en el asilo: lo normativo y lo subjetivo son efectos de los mecanismos discursivos. El asilo recibe su marca de verdad discursiva tanto de los discursos del “afuera” como de los mecanismos que se construyen y despliegan sólo en el “adentro”. Pero lo importante de destacar es que el asilo en sí mismo es también un objeto que nace de los actos del discurso. Y desde el “enunciado-asilo” se producen las pautas sociales y subjetivas para la “vida interior” del hospital: “Los marcos sociales y racionales sostienen y llevan hacia adelante lo subjetivo”³⁰⁹.

Un primer “enunciado-asilo” que se analizó es el “enunciado portaliano”. Este enunciado nace y se desarrolla a partir de la partición. La división binaria es la que posibilita discursivamente que se produzcan los encadenamientos de enunciados necesarios para la existencia discursiva del asilo. La primera partición que produce es entre el “afuera” y el “adentro”, a partir de esta división binaria se justifica la sacralización de los límites que se desarrollan bajo este enunciado.

Este enunciado se construye por medio de entramados de relaciones entre límites, que producen la realidad de la partición cultural. Pero siempre la gran división es el “afuera” y el “adentro”, que lleva al límite entre lo sagrado y lo mundano, entre lo moderno y lo tradicional, entre el orden y el desorden. Esta forma de limitar la existencia discursiva del asilo conlleva la problemática del orden discursivo: la pureza.

El “enunciado portaliano” plantea los límites como una búsqueda de la pureza “perdida”: ha medida que el asilo se construye desde los límites simbólicos y espaciales es posible acercarse a una pureza originaria, que representa la nostalgia por un estado del pasado que se perdió. Recuperar ese estado de pureza representado por el pasado originario se debe lograr produciendo la partición más maciza que pueda existir discursivamente para el asilo: el presente moderno y amenazante se necesita separar simbólica y espacialmente.

Pero, para la cristalización de los límites que resguardan esta división entre lo puro y lo impuro, el asilo se basa en una lógica moderna: lo normativo. Lo moderno, en este caso, es un injerto en un orden que mira a lo tradicional.

³⁰⁹ Bachelard, Gastón, “Idealismo discursivo”, *Estudios*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004, p. 105.

Esta construcción del enunciado presenta la doble lógica: las particiones y las normas. Las particiones son divisiones binarias y macizas que producen la marca y la cerca. Las normas, en cambio, son propias de sociedades secularizadas, y se basan en la noción de que las conductas pueden transitar por una región de lo permitido y lo correcto que se puede modular; se trata en el caso de las normas de una “infra-penalidad”: “se trata a la vez de hacer penables las fracciones más pequeñas de la conducta y de dar función punitiva a los elementos en apariencia indiferente del aparato disciplinario (...) que cada sujeto se encuentre prendido en una universalidad castigable-castigante”³¹⁰.

El “enunciado portaliano” usa la normatividad moderna para el ordenamiento discursivo interior del asilo, para así poder reproducir sus divisiones binarias que buscan la pureza sagrada del “origen perdido”: el límite entre el “afuera” y el “adentro” como forma matriz de los otros límites: publico y privado, sagrado y mundano, orden y caos.

Pero, en este universo simbólico y espacial lo que se genera es una pequeña sociedad señorial. En este sentido, el injerto moderno es un instrumento normativo para la formalización y legitimación del orden señorial. Por tanto, las normas modernas vienen a llenar un espacio que lo señorial demostró no poder controlar: el mundo de los empleados y sirvientes. Ellos son los que están prendidos de una “infra-penalidad”. Pero en el confinamiento del tercer patio, aunque existen normas modernas, la partición cumple el papel primordial: la división y separación de la mujer enferma se produce por límites marcados que se reproducen por mecanismos tradicionales: los espejos sociales y la ritualidad de lo simbólico.

El “umbral” de este enunciado es producir un orden discursivo del asilo, más que de la enfermedad. El “enunciado portaliano” está planteado como una apropiación discursiva del hospital, y esta apropiación es por medio del orden señorial, que injerta medios modernos sólo para la reificación de la gran partición de lo puro y lo impuro que se considera como búsqueda de un “estado originario”. Por tanto, el enunciado genera un discurso del asilo, y la enfermedad queda relegada a lo más tradicional en tanto que es lo que permite un acercamiento “simbólico” y “socialmente apropiado” para la “purificación” de los cuerpos corrompidos: en el ejercicio sobre las mujeres enfermas la curación del cuerpo es subsidiaria de la reproducción de almas.

³¹⁰ Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión*, México, Siglo XXI, 1998, p. 183.

Sin embargo, este discurso del asilo no es el único “umbral” que existe entre 1830 y 1870. Desde mediados de la década de 1850 se comienza a configurar un nuevo “enunciado-asilo”, pero donde la enfermedad tendrá un discurso específico.

La pregunta que surge es ¿cómo se produce este cambio enunciativo? M. A. Cabrera señala: “El hecho de que la conexión entre concepto y realidad social sea diferencial y no referencial, y de que, por tanto, toda metanarrativa se geste siempre a partir y desde dentro de otra metanarrativa y como consecuencia del desarrollo de las potencialidades conceptuales de ésta, implica que los discursos son entidades de naturaleza *intertextual*, y no representacional ni racional. Y, por tanto, el hecho de que todo nuevo concepto o discurso sea una reconfiguración de otro(s) previo(s), incluso cuando este último es negado, y que, en consecuencia, todo discurso contenga potencialmente al discurso que habrá de reemplazarlo, es lo que permite afirmar que las categorías organizadoras de la práctica social constituyen, efectivamente, una esfera social específica, pues dichas categorías son eslabones de una *cadena conceptual* que nunca se rompe y que no está causalmente sometida ni a la realidad social ni a la acción racional”³¹¹.

Foucault reconoce esta cualidad interdiscursiva de los sistemas de enunciados, pero insiste en la discontinuidad del cambio de los discursos, ya que este proceso, a pesar de nacer de los propios elementos y relacionamientos internos, no constituirían una cadena relativamente estable, sino más bien elementos que en el momento que construyen otro tipo de organización interna pasan a formar parte de otro discurso, discontinuo y muchas veces distinto del anterior, quedando relegada la antigua formación a una especie de “capa arcaica” del discurso vigente. Este es el sentido que tiene la idea de *umbrales* que desarrolla Foucault³¹², es decir, sucesivas transformaciones discursivas que cada cierto período alcanzan una estabilidad que implica que en dicho estado existe un sistema funcionando, es decir, un “umbral” dentro de esta acumulación “vertical” de capas de discursos.

En el caso del discurso del asilo, el elemento que produce la discontinuidad y el cambio del “enunciado portaliano”, es la problemática de la pureza. La “pureza perdida y originaria” era puesta en el centro de la estructura enunciativa, de un discurso que se revelaba como nostalgia y lamento, que buscaba en un pasado señorial este centro que suplierla la ausencia de una época y fundara una tranquilidad estatuida: “Este centro

³¹¹ Cabrera, Miguel A., *Historia, lenguaje y teoría de la sociedad*, Madrid, Cátedra, 2001, p. 71.

³¹² Para este tema: Foucault, Michel, Op. Cit., 2003, pp.313-318.

tenía por función no sólo orientar y equilibrar, organizar la estructura –no es posible pensar una estructura desorganizada- sino sobre todo hacer que el principio de organización de la estructura limitase lo que podríamos llamar el *juego* de la estructura”³¹³.

El cambio enunciativo viene, pues, de que este centro, que estaba simbólicamente situado en un “estado originario perdido” es puesto, en lo que he llamado “enunciado burgués”, en el futuro, en algo que se debe construir: “Se ha pensado siempre que el centro, que por definición es único, constituía en una estructura aquello que, gobernando la estructura, se sustraía a la estructuralidad. Ésa es la razón de que en un pensamiento clásico de la estructura el centro puede ser enunciado, paradójicamente, *en* la estructura y *fuera* de la estructura. Está en el centro de la totalidad y sin embargo, la totalidad tiene su centro *en otra parte*”³¹⁴.

Por tanto, en el “enunciado burgués” el centro de la estructura enunciativa es puesto en el devenir del progreso, en los impulsos utópicos, en la construcción del futuro: allí estará la purificación.

Esta posibilidad de poner la purificación en el progreso, en el devenir del asilo produce que el “enunciado burgués” tenga una mayor cohesión normativa: no es enteramente tradicional ni tampoco enteramente moderno, pero ambos aspectos alcanzan un equilibrio en el modelo de la circulación. Bajo este modelo se logra, por fin, que haya una cohesión del plano de la enunciación y los planos más básicos de la emergencia, delimitación y especificación de los objetos discursivos. En este momento histórico, el umbral discursivo permite que emerjan y se cataloguen los objetos discursivos, de manera que el “enunciado burgués” incluye la formación de discursos de la enfermedad: el modelo de la circulación logra que la purificación penetre equilibradamente el espacio del “adentro”: lo arquitectónico, lo normativo, el cuerpo y el alma femenina. Incluso el aire y el agua se purifican circulando. La circulación implica que el centro, que está puesto en el futuro, posibilita este equilibrio: hay una apertura al “afuera” que no es incompatible con la purificación.

En cambio, el “enunciado portaliano” no logra cohesionarse con los planos de la emergencia, delimitación y especificación de los objetos discursivos –las mujeres enfermas. Es un enunciado fragmentado: produce una división binaria y masiva del

³¹³ Derrida, Jacques, “La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas”, *Dos ensayos*, Barcelona, Anagrama, 1972, p. 10.

³¹⁴ Loc. Cit.

“afuera” y el “adentro” que es necesaria para ese centro que “se encuentra perdido” en un universo tradicional; y en el “adentro” implanta normas modernas, en conjunto que mantiene objetivaciones tradicionales, para terminar emergiendo como un orden discursivo del asilo: el “señorío”.

El “enunciado portaliano” busca un tipo de hospital que procede de un orden residual, en el “enunciado burgués” se busca un tipo de funcionalidad que procede de la circulación. Pero en ambos, aunque de manera diferente, la objetivación de las mujeres enfermas pobres se produce por medio de la moralización que separa lo puro de lo impuro. He ahí la fuerza que tiene para ambos discursos el *peso de la noche*.

En el primer caso, los mecanismos de objetivación son dispersos, provienen de múltiples prácticas discursivas, algunas informales y otras tienen la ritualidad del ejercicio simbólico, donde lo importante es la noción de purificación como confinamiento para encerrar y luego expulsar en forma violenta: ya sea en la curación, en la confesión o en la muerte.

En el segundo caso, los mecanismos de objetivación se producen por la relación entre medicalización y moralización: tanto los discursos médicos como los morales van produciendo un resultado discursivo: las enfermedades de mujeres que deben ser purificadas.

Por tanto, siempre el centro de las estructuras enunciativas está en la pureza representada por el discurso moralizador que nació del *peso de la noche*. Y este “peso de la noche” genera este juego de enunciados que se alojan en un “adentro”: la casa, el asilo que debe dar pureza a las mujeres.

En el hospital, en aquél período histórico que se estudió, el centro está en el peso asignado a la moral, a la pureza y a la purificación: todo el “adentro” pone el centro de la estructura en dicha discursividad, ya sea un “adentro” que busca un “origen perdido” o un “adentro” que no niega el afuera ni el futuro.

Como un etnólogo que observa este drama histórico, las estructuras que se tejen en el asilo no pueden salir de esta teoría de la estructuralidad: “una estructura privada de todo centro representa lo impensable mismo”³¹⁵. El drama social del asilo cambia en el tiempo histórico: de la casa colonial a los pabellones aislados, del confinamiento a la circulación, de las sangrías masivas a las sangrías moderadas, pero siempre el mismo peso cultural que inicia el orden portaliano al buscar la “pureza” del “pasado señorial”.

³¹⁵ Loc. Cit.

Cuando como etnólogo de una cultura *temporalmente otra*, no puedo dejar de analizar este fenómeno discursivo, quiere decir que el “simulacro” y la “instalación” en el enunciado mismo no puede dejar de observar esta realidad estructural y, en este sentido, la arqueología pudo llegar a un estrato mudo y arcaico: “Por esta razón quizás se puede decir que el movimiento de toda arqueología, como el de toda escatología, es cómplice de esta reducción de la estructuralidad de la estructura e intenta siempre pensar esta última desde una presencia plena y fuera de juego”³¹⁶.

Entonces, como etnólogo que hace una arqueología no puedo escapar a esta especie de ley de la estructuralidad, y no puedo pensar lo impensable: una estructura que, más allá de los dramas sociales de su superficie, no contenga un centro fundador y tranquilizador, ya sea allende o aquende, aunque sean signos suplementarios. Para realizar este trabajo debo salirme de toda arqueología, es decir, de la cultura discursiva, y entrar, quizás, en la naturaleza.

Allí, fuera de todo el margen discursivo de la cultura, encontrar un “afuera” que no sea un afuera de un “adentro”, y una purificación que no sea de una pureza “moral”: sólo devenir. Allí sin centros pero también sin signos podría emerger, al parecer, un *retorno* a un universo fuera de las leyes estructurales, “en el azar absoluto la afirmación se despliega en la indeterminación *genética*, en la aventura *seminal* de la traza”³¹⁷. Allí, creo yo, salgo de la cultura y los discursos, y encuentro “las grandes sustancias de la naturaleza: el agua, la noche, el aire asoleado...”³¹⁸.

³¹⁶ Derrida, Jacques, Op. Cit., 1972, p. 11.

³¹⁷ *Ibíd.*, p. 35.

³¹⁸ Bachelard, Gastón, *El agua y los sueños*, Madrid, FCE, 1994, p. 161.

Bibliografía y Fuentes

Fuentes Manuscritas

- Universidad de Chile, Museo Nacional de Medicina, Biblioteca Patrimonial, Catálogo de Manuscritos, Fondo Hospital San Francisco de Borja (Fondo HSFB):

Reglamento del Hospital de San Borja, Santiago, 1782?.

Concesión, al Hospital, de los privilegios de pobres de solemnidad, Santiago, 1817.

Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja, Santiago, año 1832.

Solicitud de Rosa Fuente alba, veladora mayor del Hospital de San Borja, Santiago, año 1843.

Libro de asiento de las enfermas, Santiago, años 1832-1836.

Libro de entradas de enfermas, Santiago, años 1854-1856.

- Archivo Nacional Histórico, Archivo Ministerio del Interior:

Reyes, Ignacio de, “Informe de Conclusiones del Comisionado del Hospital San Francisco de Borja”, Santiago, 28 de Diciembre de 1837, Archivo Ministerio de Interior, vol. 73.

“Reglamento General de Alta y Baja Policía para el Estado de Chile”, Santiago, 1825, Archivo Ministerio del Interior, vol. 69.

“Decreto que establece Plan de Estudios del Curso de Medicina”, Santiago, 1835, Archivo Ministerio del Interior, vol. 73.

Plaza, Alcibíades de la, *Tasación del terreno y edificios del Hospital San Borja*, Santiago, enero 26 de 1853, Archivo Ministerio del Interior, vol. 312.

“Reglamento para la Sociedad de Beneficencia Pública”, Santiago, 1852, Archivo Ministerio del Interior, vol. 105.

Fuentes Impresas

“Alocución del profesor de Medicina Dr. Guillermo Blest en la apertura de esta facultad”, *Revista Médica de Chile* N° 111, 1983.

Barra, Miguel de la, *Reglamento para una Sociedad de Señoras*, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1842.

Blest, Guillermo, “Observaciones sobre el actual estado de la medicina en Chile con la propuesta de un plan para su mejora” (1826), *Revista Médica de Chile*, Vol. III, N° 4, Abril 1983.

Bustillos, José V., *Elementos de Farmacia aplicada a la Medicina*, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1856.

Cañas, Blas, *Sermón predicado en la función religiosa celebrada por la Sociedad de Beneficencia de Señoras*, Santiago, Imprenta de los Tribunales, 1855.

Castagnola, Esteban, *Planos de Santiago*, Santiago, Archivo de la Arquitectura Chilena, Universidad de Chile, 1854.

Castells, José, *Diccionario de Medicina, Cirugía, Farmacia, Medicina Legal, Física, Química, Botánica, Mineralogía, Zoología y Veterinaria*, París, Librería de Rosa y Bouret, 1860.

Castillo V., Eduardo, *La beneficencia pública en Chile*, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, 1937.

Censo de 1813, levantado por Juan Egaña, de orden de la Junta de Gobierno formada por los señores Pérez, Infante y Eyzaguirre, Santiago, Imprenta Chile, 1953.

Colección de ordenanzas, reglamentos i decretos supremos referentes a los establecimientos de Beneficencia de Santiago 1832-1874, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1874.

Diccionario de Medicina y Cirugía por D.A.B., Tomo IV, Madrid, Imprenta Real, 1807.

Diccionario de Medicina y Cirugía por D.A.B., Tomo VII, Madrid, Imprenta Real, 1807.

Disposiciones vigentes en Chile sobre Policía sanitaria y Beneficencia pública, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889.

Ferrer, Pedro L., *Historia General de la Medicina en Chile*, Tomo I, Talca, Imprenta Talca, 1904.

Figueroa, Pedro, *Diccionario biográfico de Chile*, Tomo III, Santiago, Imprenta Barcelona, 1901.

Greve, German, *El dispensario moderno. Su organización, su administración, su equipo, su funcionamiento, sus deberes, sus ideales*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1928.

Miquel, Juan, *Proyecto de un nuevo establecimiento de Beneficencia*, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1837.

Murillo, Adolfo, *Hygiene et Assitance Publique au Chile*. Exposition Universelle de París, Section Chilienne, 1889.

Navarrete, Francisco, *Relación de la fermentación con las epidemias. Miasmas desinfectantes, reglas hijiénicas i terapéutica de las epidemias*, Santiago, Imprenta de El Independiente, 1876.

Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital de San Francisco de Borja de la ciudad de Santiago de Chile*, Santiago, Imprenta de la Independencia, 1837.

Saez, Fernando, *Política y Legislación sobre Beneficencia Pública durante la Colonia*, Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Colección de Estudios y Documentos para la Historia del Derecho Chileno, 1941.

Salas O., Eduardo, *Historia de la medicina en Chile*, Santiago, Vicuña Mackenna, 1894.

Torrico, Jorge, *Los Planos de Santiago*, Seminario de Investigación Departamento de Historia y Teoría de la Arquitectura, Universidad de Chile, 1959.

Vicuña M., Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Buenos Aires, Editorial Francisco de Aguirre, 1974.

Zorrilla, Pablo, “Consideraciones sobre la fiebre puerperal”, Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina, *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XX, Santiago, Imprenta del Ferrocarril, 1862.

Bibliografía

Ackerknecht, E. H. *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1962.

Aedo, Oscar, *José Vicente Bustillos. Padre de la farmacia chilena*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1987.

Anz, Thomas, “Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales”, Bongers, Wolfgang y Olbcich, Tonja (comps.), *Literatura, Cultura, Enfermedad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 2006.

Araya, Alejandra, “Aproximación hacia una historia del cuerpo. Los vínculos de dependencia personal en la sociedad colonial: Gestos, actitudes y símbolos entre Elites y Subordinados”, *Monografías de Cuadernos de Historia N° 1, Historia de las mentalidades, Homenaje a Georges Duby*, Santiago, Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile, 2000.

Araya, Alejandra, “Cuerpos aprisionados y gestos cautivos: El problema de la identidad femenina en una sociedad tradicional (Chile 1700-1850)”, *Nomadías. Serie Monográfica N° 1*, Santiago, Universidad de Chile / Editorial Cuarto Propio, 1999.

Araya, Alejandra, “Sirvientes contra amos: Las heridas en lo íntimo propio”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristián (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile. Vol. I El Chile tradicional de la conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005.

Araya, Alejandra, *Ociosos, vagabundos y malentretenidos en Chile Colonial*, Santiago, Dibam / LOM, 1999.

Araya, Alejandra. “Trabajadores del siglo XIX: De semovientes a máquinas de carne y hueso”, en *Anuario de Postgrado*, N°2, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 1997.

Arenas, Maritza. *Organización hospitalaria en Chile durante el siglo XVIII: Abastecimiento y alimentación*. Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Universidad de Chile, 1996.

Armus, Diego (ed.), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina Moderna*, Buenos Aires, Norma, 2002.

Armus, Diego, “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”, Armus, Diego (ed.) *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Editorial Norma, 2002.

Bachelard, Gastón, “Idealismo discursivo”, *Estudios*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004.

Bachelard, Gastón, *El agua y los sueños*, Madrid, FCE, 1994.

Bachelard, Gastón, *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*, México, Siglo XXI, 2004.

Baros, Mauricio, “Arquitectura para la Reclusión”, *ARQ* N° 33, Agosto 1996.

Barthes, Roland, “Elementos de semiología”, *La aventura semiológica*, Barcelona, Paidós, 1990.

Barthes, Roland, “Sociología y socio-lógica. A propósito de dos obras recientes de Cl. Lévi-Strauss”, Barbano, Filippo et al. *Estructuralismo y sociología*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1969.

Barthes, Roland, *Lección inaugural*, México, Siglo XXI, 1993.

Baudrillard, Jean, *Olvidar a Foucault*, Valencia, Pre-Textos, 1994.

Bourdieu, Pierre, *La dominación masculina*, Barcelona, Editorial Anagrama, 2000.

Brito, Alejandra, “Del rancho al conventillo. Transformaciones en la identidad popular femenina. Santiago de Chile, 1850-1920”, Lorena Godoy, Elizabeth Hutchison, Karin Rosemblat, Soledad Zárate (editoras), *Disciplina y Desacato. Construcción de identidad en Chile, Siglos XIX y XX*, Santiago, SUR/CEDEM, 1995.

Burke, Peter. *Formas de hacer Historia*, Madrid, Alianza, 1999.

Cabrera, Miguel A., *Historia, lenguaje y teoría de la sociedad*, Madrid, Ediciones Cátedra, 2001.

Canguilhem, Georges, “El papel de la epistemología en la historiografía científica contemporánea”, *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.

Canguilhem, Georges, *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004.

Cavieres, Eduardo. “Aislar el cuerpo y sanar el alma. El régimen penitenciario chileno, 1843-1928”, *Ibero-Amerikanisches Archiv*, 21, 1995, 3 – 4.

Cavieres, Eduardo. “Epidemias, medicina y sociedad colonial. La plaga de 1779-1780 en Chile”, *Cuadernos de Historia* N° 10, diciembre 1990.

Collier, Simon y Sater, William, *Historia de Chile 1808 – 1994*, Madrid, Cambridge University Press, 1999.

Corbin, Alain, *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*, México, FCE, 2005.

Corominas, Joan, *Breve Diccionario etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid, Editorial Gredos, 2000.

Cortina, María E., *Evolución de los medicamentos del tratamiento de las enfermedades y del concepto de enfermedad*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1996.

Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Santiago, Editorial Andrés Bello, 1993.

Deleuze, Gilles. *Foucault*, Buenos Aires, Paidós, 1987.

Derrida, Jacques, “La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas”, *Dos ensayos*, Barcelona, Anagrama, 1972.

Diccionario Inter Latino-Español, Barcelona, Editorial Ramón Sopena, 1981.

Durkheim, Emile, *Las formas elementales de la vida religiosa*, Buenos Aires, Editorial Schapire, 1968.

Elias, Norbert, *La sociedad cortesana*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996.

Foucault, Michel, *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI, 1991.

Foucault, Michel, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 2003.

Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión*, México, Siglo XXI, 1998.

Foucault, Michel, “Historia de la Medicalización”, *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta, 1989.

Foucault, Michel, “La Sociedad Punitiva”, *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta, 1989.

Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1995.

Foucault, Michel, *El orden del discurso*, Tusquets, Barcelona, 1999.

Foucault, Michel, *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona, Gedisa, 1982.

Franulic, Fernando, “Discurso utópico y espacio disciplinario. Aproximación para la investigación histórica”, *Anuario de Postgrado* N° 6, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 2005.

Franulic, Fernando, “Las casas de objeto público: Interior y exterior de un modelo de control social – urbano (Santiago de Chile, siglo XIX)”, *Revista de Diseño Urbano y Paisaje* N° 5, Año 2, 2005.

Garretón, Alejandro, *La cátedra de Medicina del Hospital San Borja*, Santiago, Universidad de Chile, 1948.

Glusberg, Jorg., *Sociosemiótica de la arquitectura*, Buenos Aires, CAYC, 1978.

Goffman, Erving, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

Gunckel, Hugo, *Desarrollo histórico de la profesión farmacéutica en Santiago de Chile durante el período hispánico – colonial (1541-1810)*, Santiago, Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile A.G., 1983.

Henríquez, Camilo, “La inocencia en el asilo de las virtudes. Drama en tres actos”, Amunátegui, Miguel Luis, *Camilo Henríquez*, Tomo II, Imprenta Nacional, Santiago, 1889.

Illanes, María Angélica, “Azote, salario y ley. Disciplinamiento de la mano de obra en la minería de Atacama (1817-1850)”, *Proposiciones* N° 19, julio 1990.

Illanes, María Angélica, “*En el nombre del Pueblo, del Estado y de la ciencia (...)*” *Historia social de la Salud Pública en Chile (1870-1973)*, Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

Jocelyn-Holt, Alfredo, “El peso de la noche, la otra cara del orden portaliano”, *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago, Planeta / Ariel, 1997.

Jocelyn-Holt, Alfredo, “Estado, cultura y nación en el Chile decimonónico”, *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago, Planeta / Ariel, 1997.

Jocelyn-Holt, Alfredo, “La República de la Virtud: Repensar la cultura chilena de la Época de la Independencia”, *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago, Planeta / Ariel, 1997.

Kelly, Joan, “La relación social entre los sexos: implicancias metodológicas de la historia de las mujeres”, Navarro, Marysa y Stimpson, Catherine (comp.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, México, FCE, 1999.

Kottow, Miguel, *El báculo de esculapio y el cáliz de Higieia. Historia de una relación turbulenta*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 1996.

Kottow, Miguel, *Intenciones y expectativas de la farmacoterapia. Historia del uso de sustancias exógenas para influir en el cuerpo humano*, Santiago, Academia de Ciencias Farmacéuticas de Chile, 2000.

Lamas, Marta, “La antropología feminista y la categoría ‘género’”, *Nueva Antropología*, Vol. VIII, N° 30, 1986.

Laval, Enrique, *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949.

Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo I, III y IV (escrito mecanografiado inédito).

Laval, Enrique, *Noticias sobre los médicos de Chile en los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX. Historia médica*, Santiago, Imprenta Eire, 1970.

Leistikow, Dankwart, *Edificios hospitalarios durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*, Alemania, C.H. Boehninger Sohn, 1967.

Lévi-Strauss, Claude, “Introducción a la obra de Marcel Mauss”, Mauss, Marcel, *Sociología y antropología*, Madrid, Tecnos, 1971.

Leyton, César, *La ciudad médica – industrial: melancólico, delirante y furioso; El Psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930*, Tesis de Magister en Historia, Universidad de Chile, 2005.

Lindemann, Mary, *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001.

Millar, René y Duhart, Carmen, “La vida en los claustros. Monjas y frailes, disciplinas y devociones”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile 1, El Chile tradicional de la Conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005.

Morey, Miguel, “Introducción”, Foucault, Michel, *Entre filosofía y literatura*, Obras esenciales vol. I, Barcelona, Paidós, 1999.

Neghme, Amador, “Semblanza histórica del Hospital San Francisco de Borja”, *Revista Médica de Chile* N° 110, 1982.

Neira, Marcelo, “... palo y bizcochuelo...” *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 1998.

Neira, Marcelo, “Castigo Femenino en Chile durante la primera mitad del siglo XIX”, *Historia* N° 37, Vol. II, Julio – Diciembre 2004.

Oakley, Ann, *La mujer discriminada. Biología y sociedad*, Madrid, Tribuna Feminista, Editorial Debate, 1977.

Ortner, Sherry, “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”, Harris, Olivia y Young, Kate (comp.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1979.

Peset, José Luis, *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Barcelona, Crítica, 1983.

Pezo, Mauricio, *La salud restituida: lazaretos, clínicas y sanatorios, una radiografía a tres modelos curativos en el Hospital del Salvador*, Tesis de Magíster en Arquitectura, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1998.

Pinto, Julio, *De Proyectos y Desarraigos: la sociedad latinoamericana frente a la experiencia de la modernidad (1780-1914)*, XIX Congreso Internacional de Ciencias Históricas, Oslo, 2000.

Prieto, Alvaro, “Breve historia de los Hospitales Chilenos”, Montoya, Carlos y Astorga, Ignacio (eds.), *El Hospital Público en Chile*, Santiago, MINSAL, 2002.

Ricoeur, Paul, *Ideología y Utopía*, Madrid, Gedisa, 1993

Romero, Luís A., *¿Qué hacer con los pobres? Elite y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1997.

Sagredo, Rafael, “Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristian (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile II, El Chile moderno de 1840 a 1925*, Santiago, Taurus, 2006.

Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, *Historia Contemporánea de Chile I. Estado, legitimidad, ciudadanía*, Santiago, LOM, 1999.

Salazar, Gabriel y Pinto, Julio, *Historia contemporánea de Chile IV. Hombría y feminidad*, Santiago, LOM, 2002.

Salazar, Gabriel, *Labradores, peones y proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*, Santiago, Ediciones SUR, 1985.

Salazar, Gabriel. “Ser niño ‘huacho’ en la historia de Chile (siglo XIX)”, *Proposiciones* N° 19, julio 1990.

Salinas, Rene, “Población, habitación e intimidad en el Chile tradicional”, Sagrado, Rafael y Gazmuri, Cristián (dirs.), *Historia de la vida privada en Chile. Vol. I El Chile tradicional de la conquista a 1840*, Santiago, Taurus, 2005.

Savater, Fernando, “Lo abierto y lo cerrado en Michel Foucault”, *Ética como amor propio*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1998.

Scott, Joan, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, Navarro, Marysa y Stimpson, Catherine (comp.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, México, FCE, 1999.

Scott, Joan, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, Martha Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG, 1996.

Serrano, Sol, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago, Editorial Universitaria, 1994.

Serret, Estela, *El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2001.

Sunkel, Osvaldo y Carmen Cariola, *Un siglo de historia económica de Chile*, Madrid, Cultura Hispánica, 1983.

Tezanos Pinto, Sergio, *Breve historia de la medicina universal y Notas sobre historia de la medicina chilena*, Santiago, Editorial Universitaria, 1987.

Veyne, Paul, “Un arqueólogo escéptico”, Eribon, Didier (dir.), *El infrecuente Michel Foucault. Renovación del pensamiento crítico*, Buenos Aires, Edelp +Letra Viva, 2004.

Vicuña Mackenna, Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Santiago, Editorial Francisco de Aguirre, 1974.

Zárate, María S., “‘Enfermedades de Mujeres’. Ginecología, médicos y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX”, *Pensamiento crítico. Revista electrónica de Historia*, N° 1, 2001.

Zárate, María S., “Mujeres viciosas, mujeres virtuosas. La mujer delincuente y la Casa Correccional de Santiago, 1860-1900”, Lorena Godoy, Elizabeth Hutchison, Karin

Rosemblat, Soledad Zárate (editoras), *Disciplina y Desacato. Construcción de identidad en Chile, Siglos XIX y XX*. Santiago, SUR/CEDEM, 1995.

Zárate, María S., *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago, Dibam, 2007

Zúñiga Cisneros, M., *Manual de Historia de los Hospitales*, Caracas, s/e, s/f.

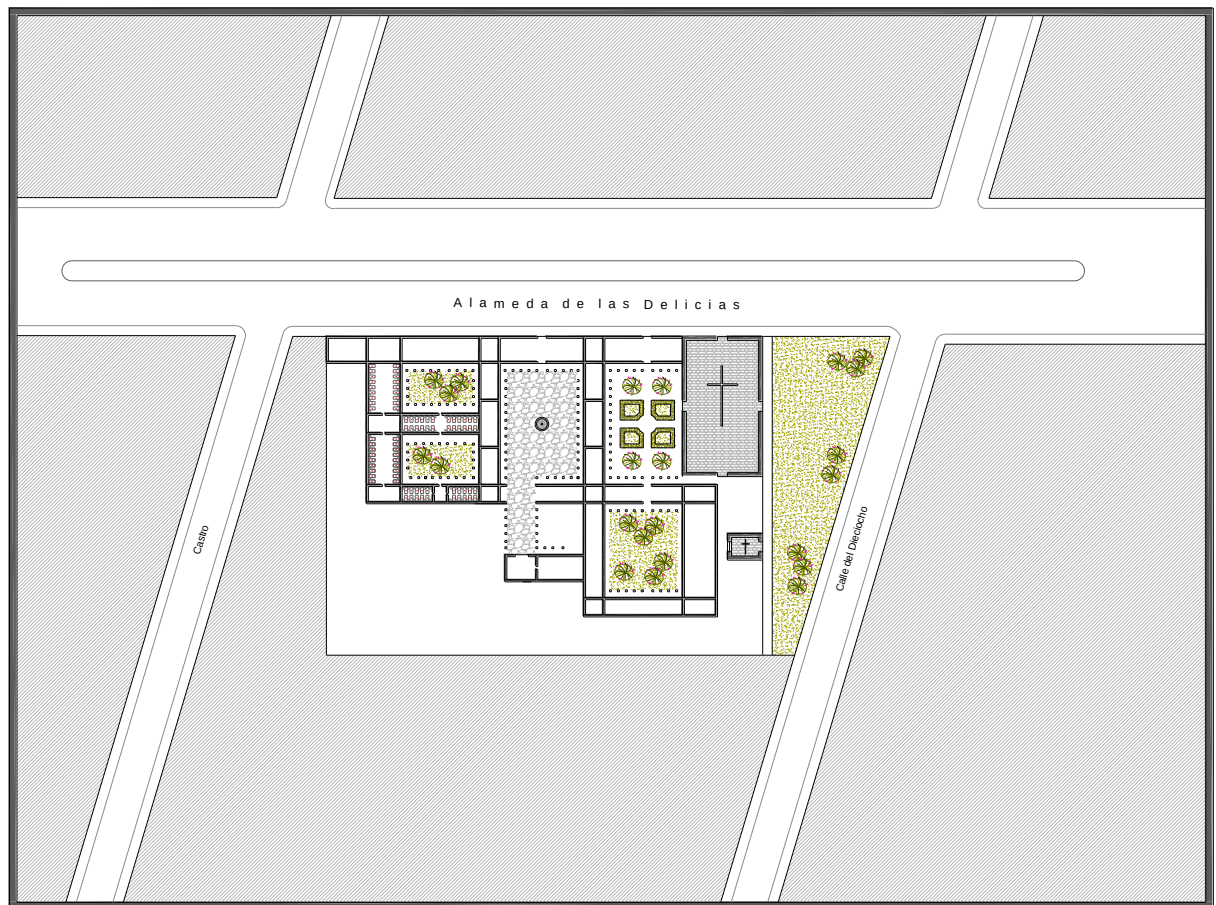
Anexo Arquitectónico N° 1:

**Reconstrucción espacial del Hospital San Francisco de Borja.
Edificio antiguo que ocupó el hospital desde su fundación
hasta 1859.**

**Lamina 1:
Deslindes del Edificio.**



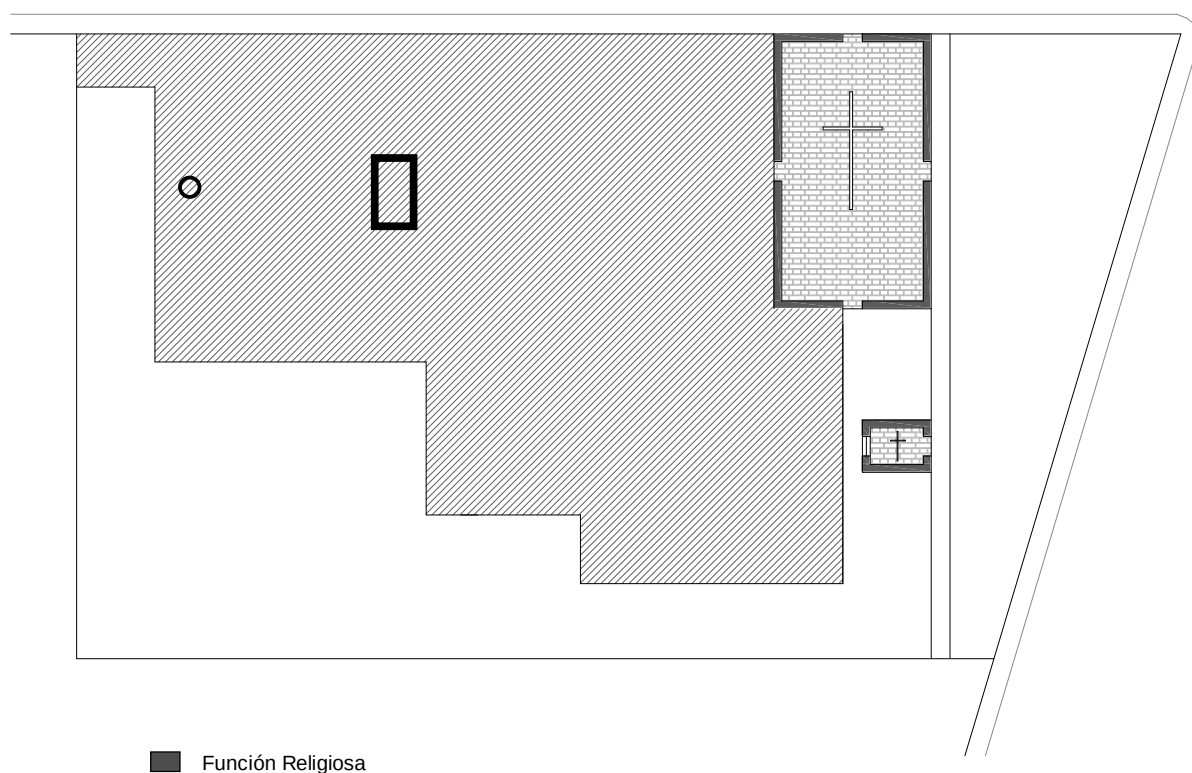
Lamina 2:
Vista general de la Reconstrucción del Edificio.



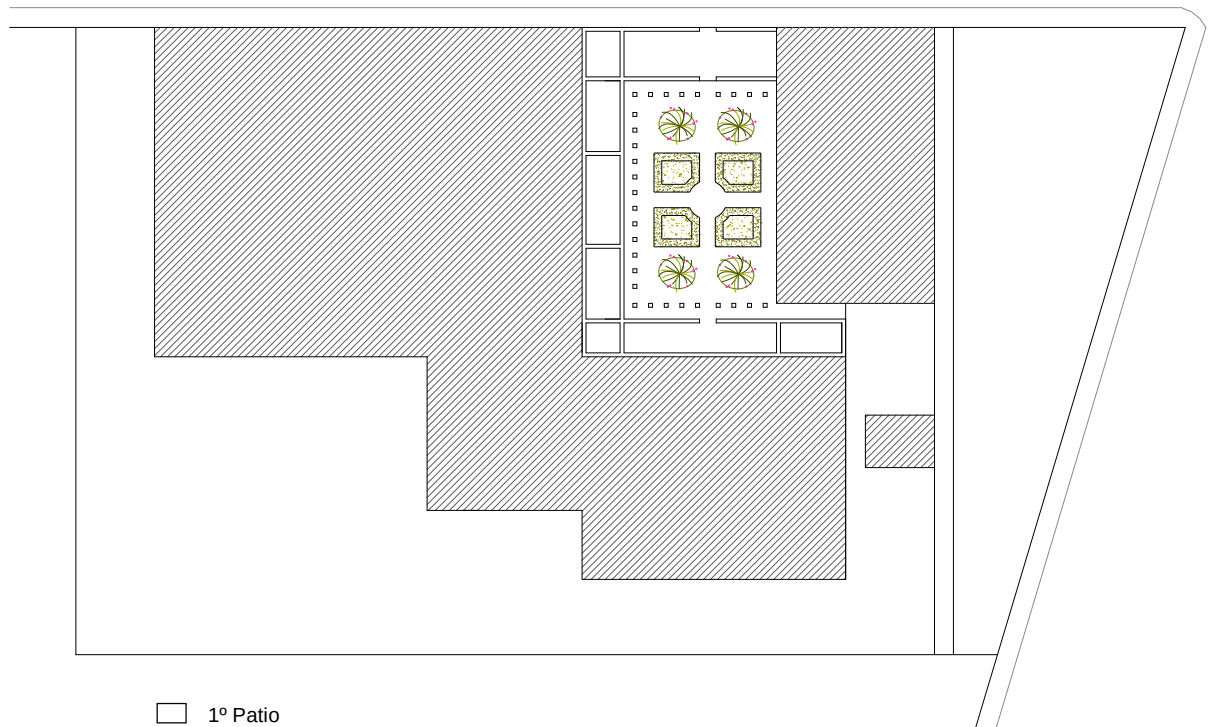
Lamina 3:
Vista cercana de la Reconstrucción del Edificio.



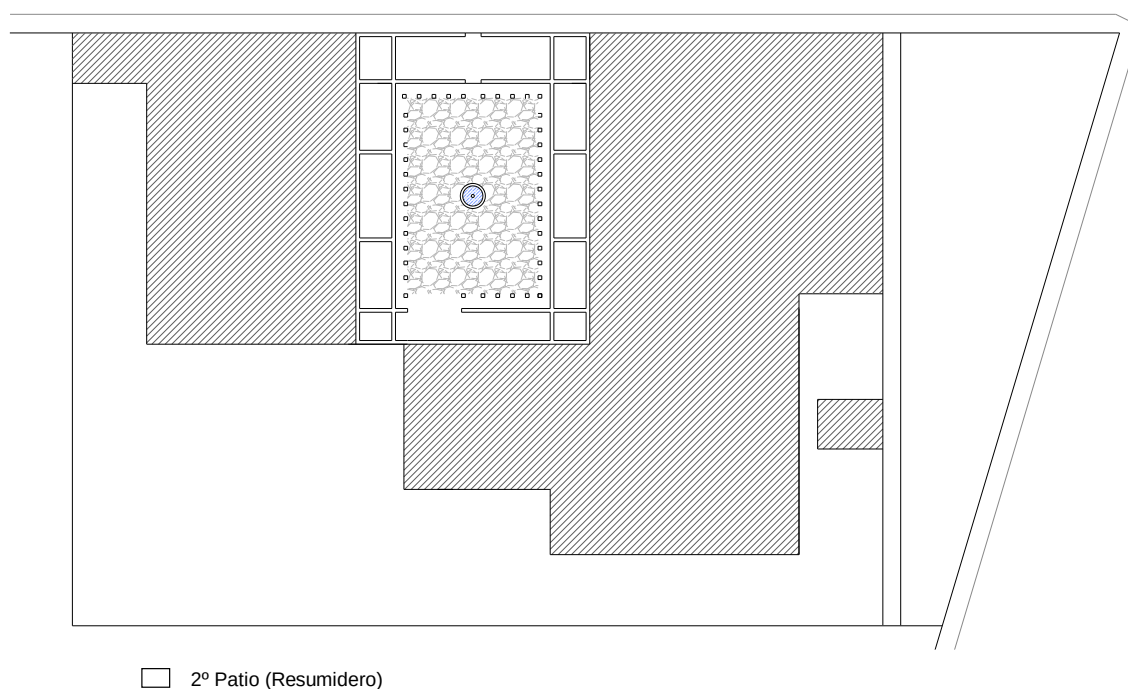
Lamina 4:
Esquematización de los lugares religiosos del Edificio.



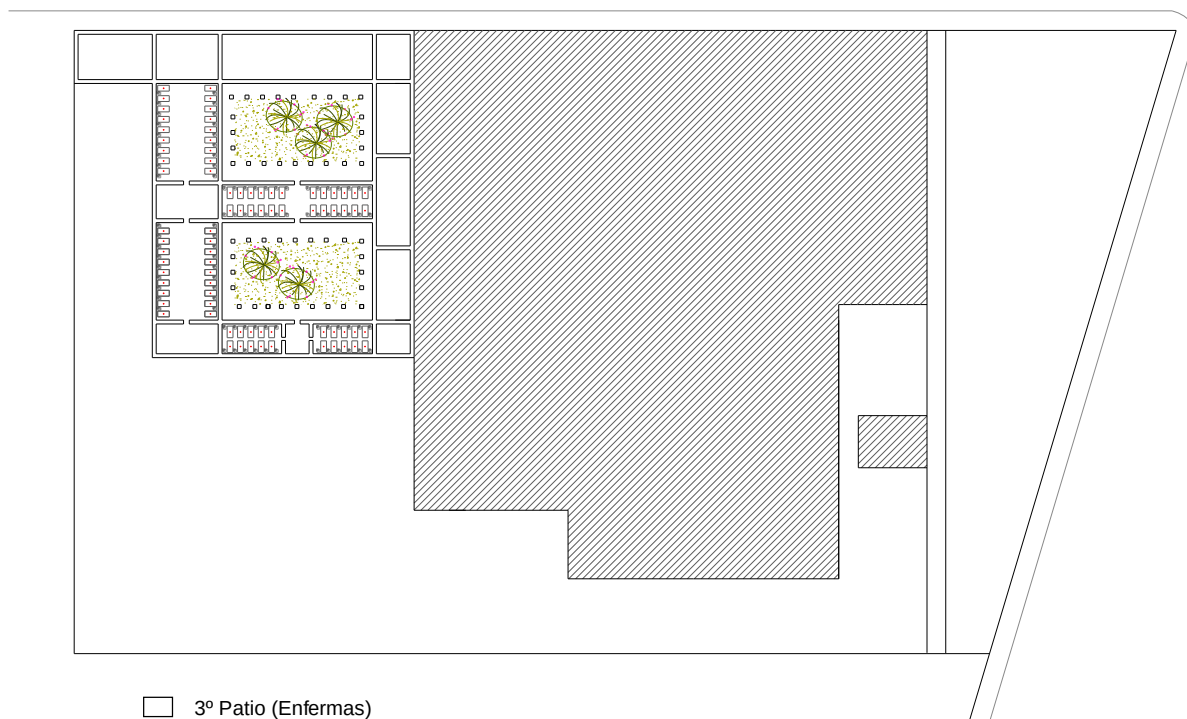
Lamina 5:
El primer patio del Edificio.



Lamina 6: El segundo patio del Edificio.



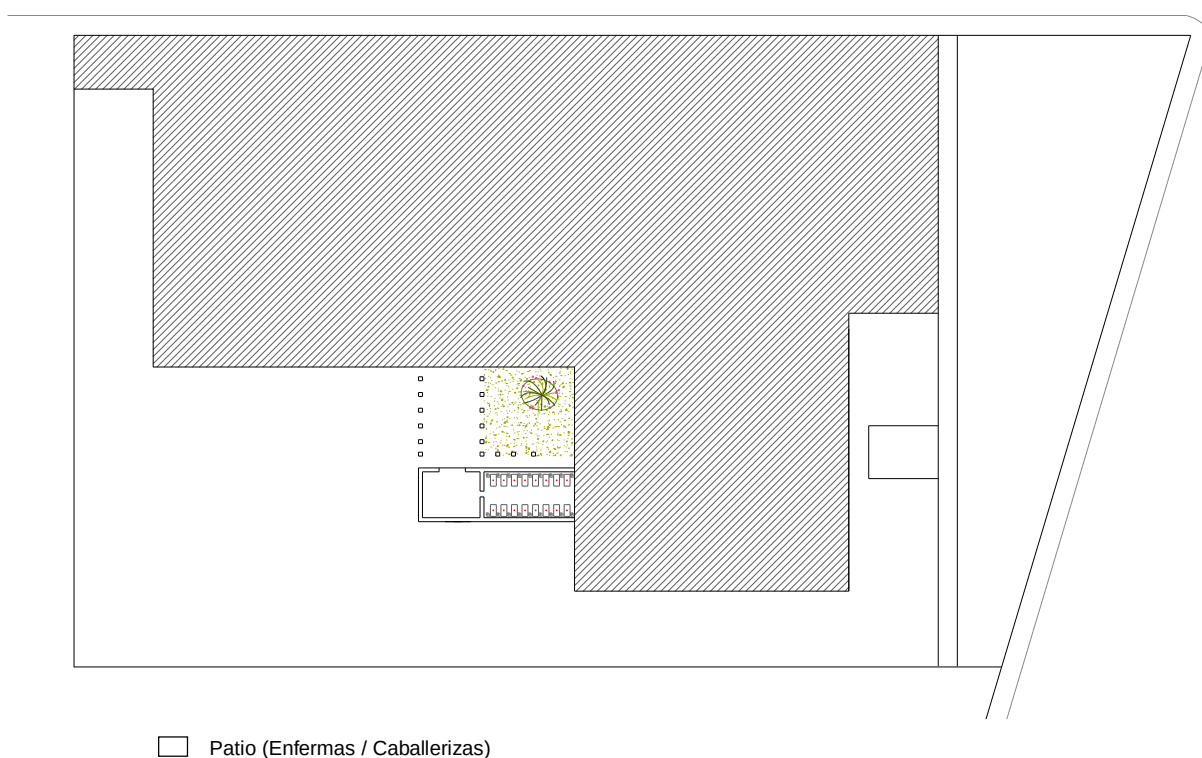
Lamina 7: El tercer patio del Edificio.



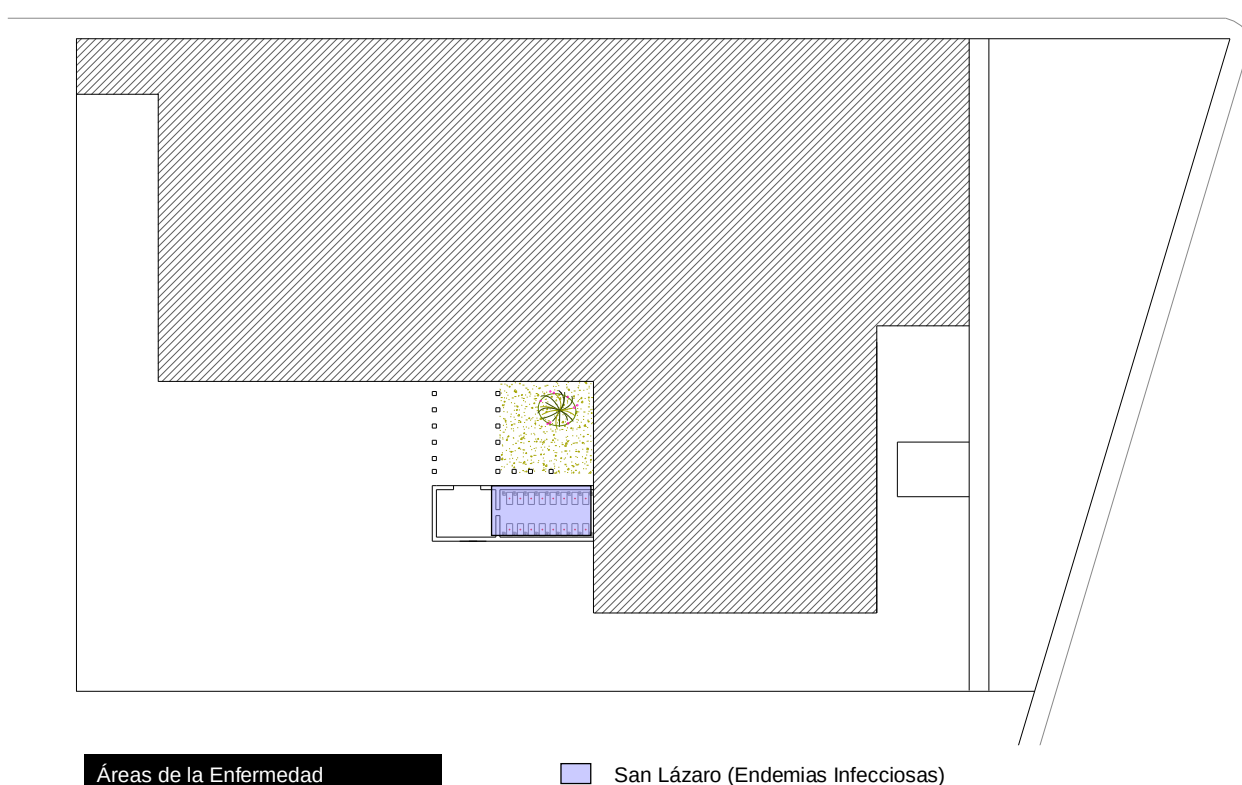
Lamina 8: Las salas del tercer patio.



Lamina 9:
Pequeño patio que linda con el tercer patio.



Lamina 10:
La sala de San Lázaro en el pequeño patio.



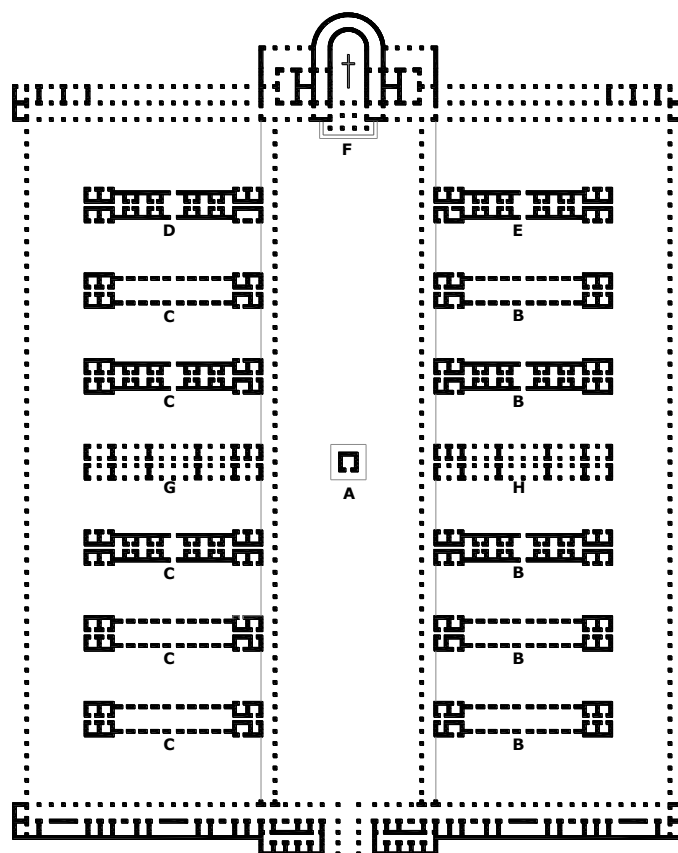
Lamina 11:
El depósito de cadáveres en el lugar del antiguo cementerio.



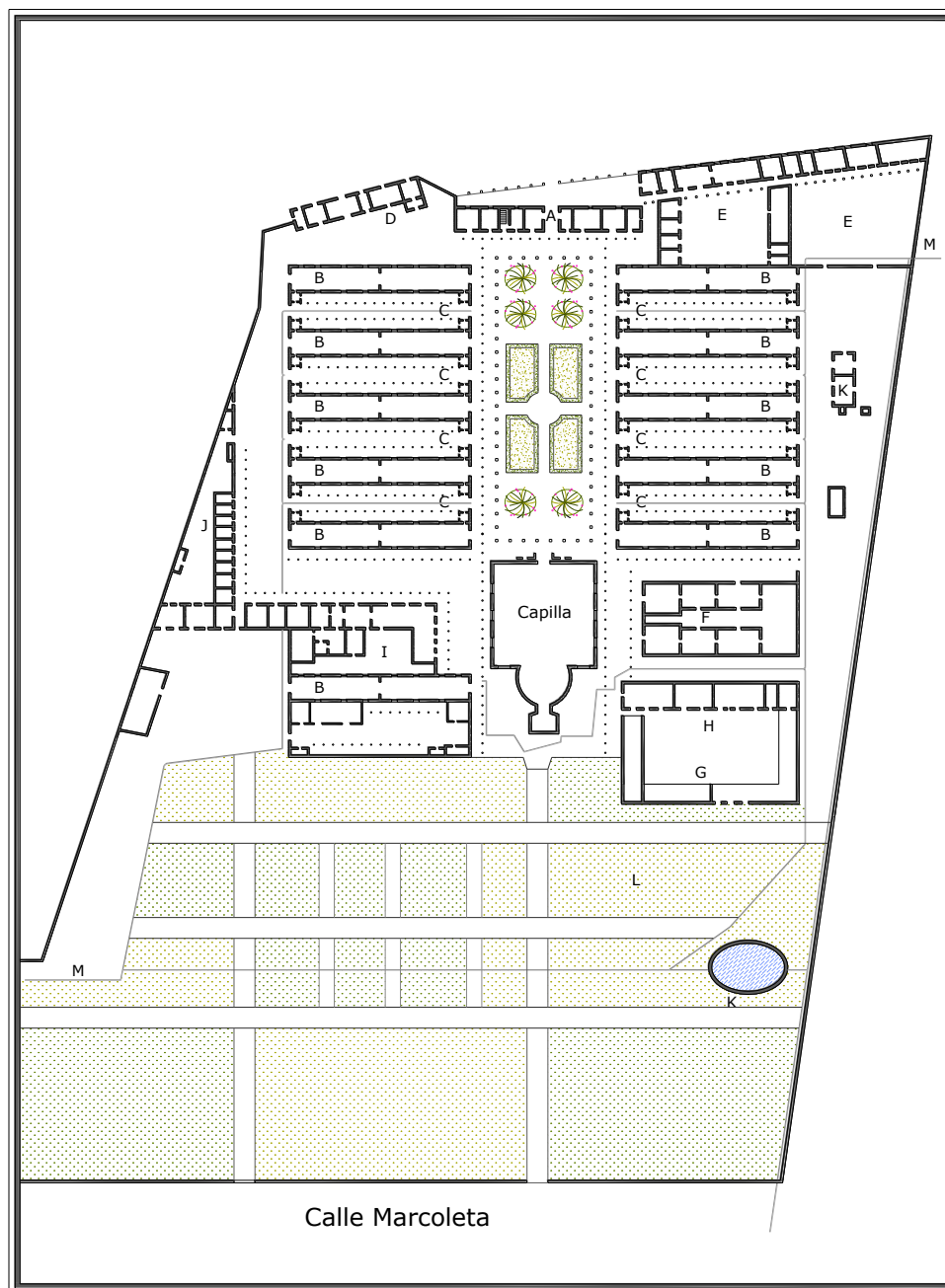
Anexo Arquitectónico N° 2:

**Plano arquitectónico y Partido General del Edificio del
Hospital San Francisco de Borja inaugurado en 1859, según
Plano de 1889.**

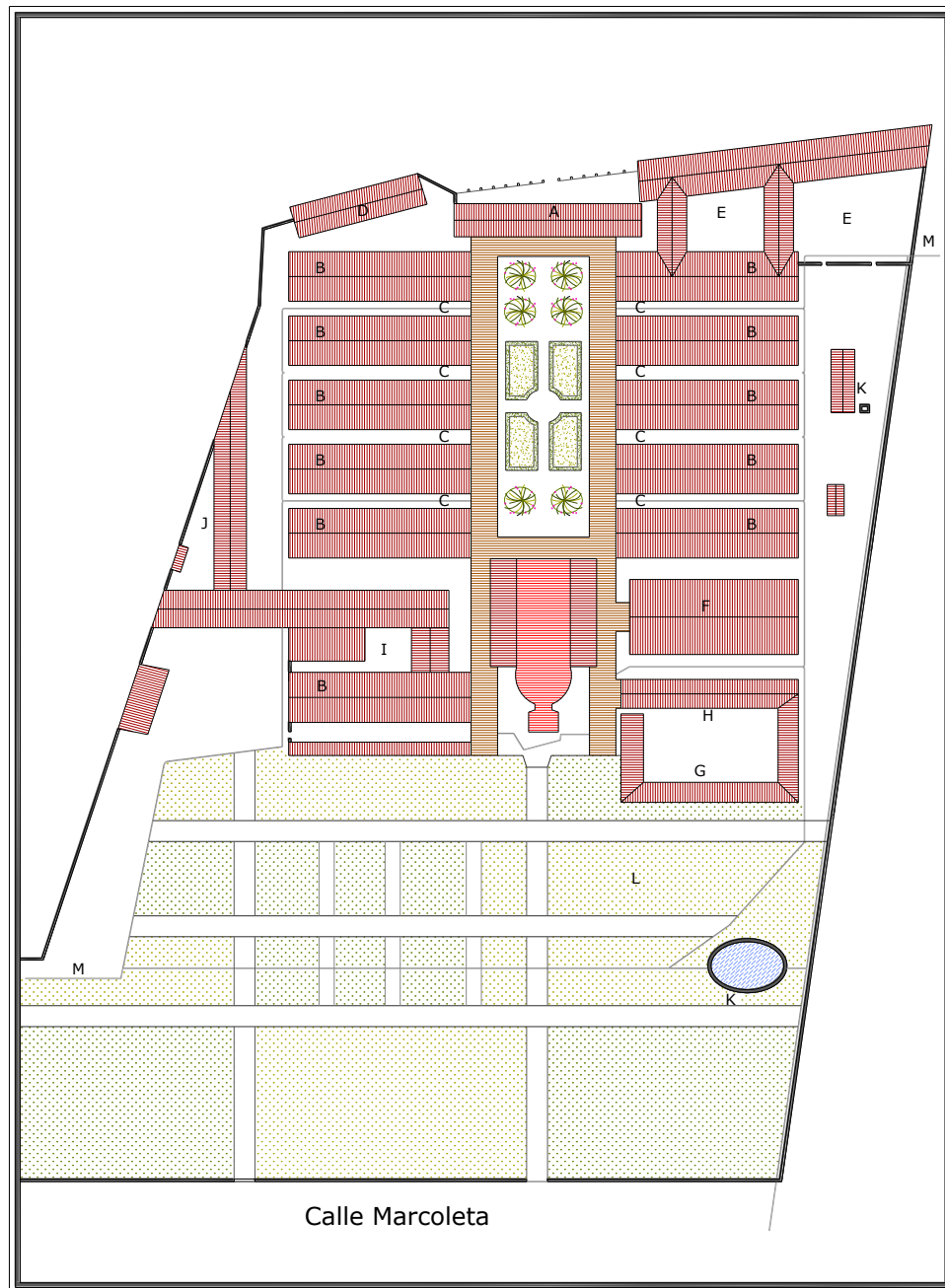
Lamina 1:
El proyecto de “hospital perfecto” de la Academia de París.
Fines del siglo XVIII



Lamina 2:
Plano original del Hospital San Francisco de Borja de 1889.



Lamina 3:
Vista techada del plano de 1889.



Lamina 4: **Partido General del Edificio, según plano de 1889.**



Lamina 5: Divisiones funcionales del Partido General del Edificio.



Índice de esta Tesis:

Agradecimientos	4
1. Introducción	5
2. El hospital y el orden político	21
Disciplinamiento social y casas de objeto público	24
De la beneficencia y el régimen portaliano: el asilo	30
La reforma portaliana del Hospital de Mujeres	37
3. Los saberes del asilo: diagnóstico y curación	47
La ojeada médica: cátedra y clínica	48
La botica: valor y símbolo	62
4. Una morada de la enfermedad y la miseria	72
La “casa”: espacio señorial	79
<i>El orden señorial: jerarquía y pacto social</i>	81
<i>Los tres patios: reconstrucción del “espacio señorial”</i>	86
<i>En el patio de la servidumbre: el confinamiento</i>	91
La verdad y la norma sobre la mujer enferma pobre	94
<i>En la Sala: enfermeras y enfermas</i>	97
<i>La Ritualidad: entre la curación y la purificación</i>	105
<i>Los signos de “su humanidad doliente”</i>	114
5. Un sitio de Paz y de Sombras	125
Las mujeres laboriosas de la “sublime caridad”	129
La obra arquitectónica	137
El afuera y el adentro: la circulación	141
La emergencia del cuerpo femenino	146
6. Conclusiones	150
Bibliografía y Fuentes	158
Anexo Arquitectónico N° 1	168
Anexo Arquitectónico N° 2	180