

UNIVERSIDAD CENTRAL
FACULTAD DE ARQUITECTURA, URBANISMO Y PAISAJE
CENTRO DE ESTUDIOS ARQUITECTÓNICOS, URBANÍSTICOS Y DEL PAISAJE



Franulic Depix Fernando
**El reverso del asilo. El discurso del tercer patio en el hospital
San Francisco de Borja durante la primera mitad del siglo XIX.**
Revista Electrónica DU&P. Diseño Urbano y Paisaje Volumen IV N°12.
Centro de Estudios Arquitectónicos, Urbanísticos y del Paisaje
Universidad Central de Chile.
Santiago, Chile. Diciembre 2007

EL REVERSO DEL ASILO. El discurso del tercer patio en el hospital San Francisco de Borja durante la primera mitad del siglo XIX.

FERNANDO FRANULIC DEPIX

RESUMEN

A partir del entrecruce del espacio y el discurso, este artículo desentraña la complejidad histórico-espacial que se desenvuelve en el "adentro" de un asilo durante la primera mitad del siglo XIX. Este asilo es el Hospital San Francisco de Borja, único hospital de mujeres en el siglo XIX, cuya existencia material en la ciudad de Santiago fue objeto de una discursividad moral e institucional que lo convirtió en un "símbolo" de la caridad y la piedad. El hospital es transformado discursivamente en un modelo de pureza y del ejercicio de la beneficencia. Pero yendo más allá del discurso oficial, este artículo se propone desplazarse hacia los niveles interiores del espacio hospitalario, hacia los pliegues del discurso, en un recorrido por el "adentro" del hospital que implica una reconstrucción e interpretación espacial y simbólica, para de esta forma llegar a establecer el discurso que habita en los confines interiores de un significativo arquitectónico.

ABSTRACT

From the interweave between the space and the speech, this article figures out the historical-space complexity that is unwrapped in the "inside" of an asylum during the first half of the XIX century. This asylum is the Hospital San Francisco de Borja, only hospital of women in the XIX century, whose material existence in the city of Santiago was the object of a moral and institutional discourse that transform it in a "symbol" of the charity and the pity. The hospital is discursively transformed in a purity and charity exercise model. But beyond the official speech, this article proposes to displace toward the interior levels of the hospital space, toward the pleats of the speech, in a journey for the "inside" of the hospital that implies a reconstruction and space and symbolic interpretation, for in this way come to establish the speech that lives in the interior confines of a significant architectural.

Palabras claves: Hospital de mujeres en la primera mitad del siglo XIX; arquitectura hospitalaria; poder tradicional; confinamiento social; tercer patio; discurso del espacio.

Key words: Hospital of women in the first half of the XIX century; hospital architecture; traditional power; social confinement; third patio; speech of the space.

TEMARIO

1. Introducción
2. El asilo: caridad y poder tradicional
3. Arquitectura hospitalaria y Casa colonial
4. Los límites y espesores del tercer patio: el confinamiento social
5. Hacia el "lugar" de la enfermedad y la miseria
6. Anexo de Láminas Arquitectónicas
7. Bibliografía y Fuentes

1. INTRODUCCIÓN

En ciertas ciudades provincianas existen casas cuya vista inspira una melancolía igual a la que provocan los claustros más sombríos, los llanos más desolados, o las ruinas más tristes. Quizás estas casas tengan simultáneamente el silencio del claustro, la aridez de los llanos, las osamentas de las ruinas.

Honorato de Balzac, Eugenia Grandet, 1833.

El Hospital San Francisco de Borja fue fundado en la ciudad de Santiago de Chile en 1772, convirtiéndose en el primer hospital de mujeres del Reino de Chile, cualidad y especialidad que mantendrá como única, dentro del panorama hospitalario, durante toda la centuria siguiente. El Hospital de Mujeres fue inaugurado en 1782, aprovechando cuantiosos bienes que dejaron los jesuitas expulsos. Bienes que sirvieron para la mantención del nuevo hospital y que fueron adjudicados por la Junta de Temporalidades según una serie de Reales cédulas (varias haciendas, chacras, un molino en la capital, etc). Dentro de estos bienes materiales, se encuentra el cuerpo arquitectónico que alojó la institucionalidad hospitalaria: el edificio que debía ocupar el nuevo hospital correspondía a la “casa” del Noviciado de los jesuitas¹.

Este cuerpo arquitectónico fue ocupado por el hospital hasta 1859, año en que fue inaugurada una nueva instalación para el hospital de mujeres. Por tanto, en el período que se estudia en este artículo, la primera mitad del siglo XIX, el Hospital San Borja estará conformado por una misma espacialidad: esta “casa” proveniente de la época colonial es la que se busca deconstruir simbólicamente en dos sentidos: primero, en un nivel del discurso acerca del espacio, discursos ideológicos que plantean una simbolización moral y política sobre el espacio hospitalario en tanto que forma parte del mundo de los asilos y la caridad; y segundo, en un nivel del discurso del espacio, ya que la espacialidad arquitectónica como elemento signifiante presenta relaciones entre el espacio material y la textualidad discursiva, estableciendo significados culturales que se presentan en el “adentro” del asilo².

En este sentido, el espacio arquitectónico por sí mismo está formado de signos que muestran una discursividad y una historicidad, así el producto arquitectónico puede ser definido como “historia congelada, pasado fijado en materiales *significantes* cuya permanencia impide una transformación fácil, 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”³.

Entonces, *sobre el asilo* y el “adentro” del asilo: son los pliegues del discurso que aparecen como el anverso y el reverso de una cristalización espacial y simbólica de la

¹ Este edificio se ubicaba en La Cañada, entre las actuales avenidas Dieciocho y Panamericana Manuel Rodríguez (antigua calle Castro).

² Sobre las semantizaciones posibles entre el discurso político y el cuerpo-texto de la arquitectura, véase Raposo, Alfonso y Valencia, Marco, 2005a: pp. 31-63.

³ Glusberg, Jorge, 1978: p. 21.

caridad en una “casa de caridad”. Esta es la problemática que intenta abordar este artículo.

Por cierto, el Hospital San Borja desde sus inicios coloniales es considerado, junto con otras “casas de caridad”, como un asilo. Por tanto, es fundamental intentar fijar las definiciones históricas que se tenían sobre los asilos o “casas de caridad”. Por ejemplo, a fines del siglo XVIII

Son los hospitales sagrado asilo a q. se refugian los enfermos y Enfermas desvalidas en solitud dela salud de sus cuerpos y Christiana preparacion de sus almas para presentarse devidamente, en el tremendo trivunal, si son llamados a este ultimo preciso destino...⁴

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 mundano⁵.

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 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”⁶.

Tercero, el hospital estaba dedicado tanto al *cuerpo* como al *alma* de las 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”.

En la década de 1830 el médico español Juan Miquel daba una definición en una línea similar a la de fines del siglo XVIII; por tanto el hospital como institucionalidad se vincula al *discurso tradicional* sobre la caridad para pobres, y se encuentra distante de la noción

⁴ *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, f. 5. [en adelante Fondo HSFBJ]. En el caso de fuentes históricas, haré la cita completa y mantendré la ortografía original.

⁵ Véase Durkheim, Emile, 1968: pp. 40 y ss.

⁶ Lindemann, Mary, 2001: p. 140.

actual de hospital especializado en clínica de enfermedades. El hospital está más cercano al Hospicio que a un Centro médico. Así, este médico radicado en Chile señalaba en 1837 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 paternos de los pueblos civilizados han tratado de ostentar su grandeza e ilustración...⁷

Estas definiciones culturales sitúan al hospital dentro de un concepto de “asilo”. Pero, también existen compatibilidades significantes que presentan las diferentes “casas de caridad”, en el sentido de que conllevan el ejercicio de la caridad en el interior de un cuerpo arquitectónico, es decir, es la caridad en el encierro. Incluso, en el Censo de 1813 estos asilos conformaban gran parte de la institucionalidad que en dicho acto administrativo se intentó contabilizar. Las *casas de objeto público* son la categoría simbólica que intenta agrupar estos “establecimientos filantrópicos”.

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 edificios⁸:

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.

Por tanto, en los inicios del siglo XIX, existe una discursividad que representa un estado consciente sobre la existencia de los asilos, que implican el encierro y la caridad (subcategorías segunda, tercera y cuarta de la clasificación). Este reconocimiento es indicativo de la importancia asignada a la filantropía institucionalizada: “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 institucionalidad que se legó de la voluntad realizadora de las burocracias borbonas. Y por otro lado, es la manifestación primaria de las intenciones de construcción institucional del nuevo estado nacional. Pero, el nuevo estado chileno no podía liberarse de lo realizado en el siglo XVIII, ya que esta era la única base que tenía para su accionar”⁹.

Esta importancia administrativa dada a los asilos está en conjunto a la importancia simbólica: los asilos, donde se manifiesta la caridad y la filantropía, conllevan un discurso moralizador sobre la plebe. Esta moralización de la plebe implica una relación con simbolizaciones sobre la pureza moral dada y recibida. La caridad institucionalizada, el asilo, supone una pureza para el pobre y una piedad para el rico.

⁷ Miquel, Juan, *Proyecto de un nuevo establecimiento de Beneficencia*, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1837, p. 1.

⁸ *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.

⁹ Franulic, Fernando, 2005: p. 4.

Esta relación del asilo (hospicios, casas correccionales, hospitales, casas de expósitos, etc.) con la moralización ejercida por la elite tradicional, acarrea siempre tras de sí un cúmulo de simbolizaciones. Así, a mediados del siglo XIX se predicaba sobre este rol simbolizado:

*... yo veo con placer que no hai mano que no se abra para socorrer una necesidad, i que no hai corazón que permanezca tranquilo escuchando los jemicos de la miseria; yo veo que el huérano encuentra un asilo en medio del abandono, que el enfermo debilitado por el dolor se haya en brazos de ánjeles que reciben sus agonizantes suspiros, yo veo que multitud de jóvenes fervorosos se lanzan por toda la población buscando el albergue de la viuda desvalida o del anciano, que en medio de su escasez hace votos al cielo porque sus años no se prolonguen mas, en fin yo veo que la caridad recide en vuestro corazón, que la amais i cultivais como la virtud mas preciosa; pero pobres existen siempre; asi es, que os suplico con todas las fuerzas de mi alma, que nunca la abandoneis...*¹⁰

Este discurso moralizador, que es simbolizado en la caridad institucionalizada en el asilo, alcanza también al Hospital San Borja, presentando su “cara visible”. Pero, para acceder “al otro lado del discurso”, se debe alcanzar *el interior* del cuerpo arquitectónico que constituye el asilo y allí encontrar los signos de una historicidad muda. No es la caridad simbolizada, recubierta de virtudes, sino los fragmentos del discurso del asilo por dentro, del sujeto “asilado”.

2. EL ASILO: CARIDAD Y PODER TRADICIONAL.

La década de 1830 marca para el asilo-hospital de mujeres un reencuentro con la *tradicón* de las obras piadosas y, por tanto, con el discurso moralizador *tradicional*: el régimen portaliano es el encargado de resguardar y reforzar las funciones simbólicas de este asilo.

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 permanente¹¹.

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 laica¹². Este fue el caso del Hospital de San Juan de Dios que había sido fundado en 1617. Sin embargo, esta medida se relaciona

¹⁰ Cañas, Blas, *Sermón predicado en la función religiosa celebrada por la Sociedad de Beneficencia de Señoras*, Santiago, Imprenta de los Tribunales, 1855, p. 18.

¹¹ Algunas enfermas fueron enviadas a la Casa de Huérfanos por un tiempo.

¹² El Hospital San Francisco de Borja desde su fundación estuvo administrado y regentado por Juntas de administradores laicos: “señores notables y filantrópicos”.

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 este tribunal por diferentes instituciones, algunas de escasa duración¹³. 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”¹⁴.

El régimen portaliano inició una serie de políticas referidas a la beneficencia y a la asistencia médica, como es restablecer el Protomedicato. Otras medidas “portalianas” se refirieron al control de los hospitales y asilos, 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 administrador: habrá un tesorero jeneral de todos los establecimientos, i una junta directora*”¹⁵.

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”). Esta Junta Directora se encuentra directamente relacionada con el orden político que impuso el régimen portaliano.

Según la historiografía política contemporánea, 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

¹³ 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.

¹⁴ Ferrer, Pedro L., *Historia General...*, Tomo I, Op. Cit., 1904, p. 332.

¹⁵ 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.

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”¹⁶. Un primer aspecto sobre la Junta, es que 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...*¹⁷.

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 y tradicional (no pocas veces alguno de estos cargos los ejerció un eclesiástico). 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 administrativas¹⁸.

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 gobierno¹⁹. 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

¹⁶ Jocelyn-Holt, Alfredo, 1997: p. 151.

¹⁷ Reglamento de la Administración y Junta Directiva de Hospitales y Casas de Expósitos..., Op. Cit., p. 9.

¹⁸ 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*, Santiago, Roberto Miranda Editor, 1889.

¹⁹ 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.

moral que por su misma naturaleza no es susceptible de caer bajo el campo de acción de las leyes positivas...”²⁰.

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 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, tuvieren mala versacion o no observaren escrupulosamente las obligaciones a que estuvieren sujetos*²¹.

Situación que se amplía a todos los miembros de la Junta, independiente de que sean o no 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*²².

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...”²³

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 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”.

Las prácticas del régimen portaliano frente a la crisis del hospital de mujeres y, en general, de los asilos, estaban encaminadas a recuperar la “pureza” de un “establecimiento piadoso”, es decir, (re)encaminarlo a una idea de pureza, que simbólicamente era emplazada en las costumbres de la sociedad colonial: esto implicaba retornar a la autoridad social, al “peso de la noche”, y por consiguiente, a la tradición de

²⁰ Castillo V., Eduardo, 1937: p. 19.

²¹ Reglamento de la Administración y Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, Op. Cit., p. 7.

²² *Ibid.*, p. 9.

²³ Araya, Alejandra, 2000: p. 89.

las obras piadosas de la elite y, por cierto, al discurso moralizador (disciplinador) de la plebe.

Así, el poder social del administrador y de la Junta Directora producía el efecto necesario para regularizar la moralización de los pobres en el hospital, dentro de los márgenes discursivos tradicionales. Estas medidas no se pueden entender sin la política de encierro que se aplicó.

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”²⁴.

Entonces, las “medidas portalianas” tienen como objetivo reforzar la caridad simbolizada, es decir, la moralización de la plebe, pero para que aquella orientación política y disciplinaria ocurra se debe cristalizar en el asilo el orden señorial. Por tanto, el Hospital San Borja, con la autoridad social y el encierro de los pobres, debe ser una “casa de caridad” que se duplica discursivamente en una “casa señorial”: “... todo poder esta expuesto a constituirse como objeto del poder de otro poder. Todo poder tiene intensidad: extenderse. Por ello, distintos poderes se disputan el acoplamiento con otros poderes. Todo poder es relaciones de poder. Se da como un proceso y se ejerce como un fluir entre entidades. Este fluir es comunicación. Así la arquitectura, por tener su poder, ha formado parte históricamente de las relaciones de poder en las grandes estructuras de dominación que rigen la sociedad. Este poder, propio de la arquitectura, supone un cierto campo de autonomía, pero siempre se encuentra acoplado estructuralmente a otro poder”²⁵.

Ya estamos, pues, en condiciones de empezar a viajar por el “adentro” de los símbolos de la piedad y el poder tradicional, encontrarnos con el negativo de la caridad y la bondad de la elite benefactora.

3. LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA Y LA CASA COLONIAL.

Viajar por el negativo de las simbolizaciones tradicionales es ingresar al cuerpo arquitectónico, y allí deambular en busca de los signos del discurso del espacio: los significados que nacen de la materialidad del encierro y de los niveles interiores del discurso.

El discurso del espacio supone que la materialidad arquitectónica produce significaciones históricas, y lo hace en dos sentidos. Primero, los individuos pueden establecer con el

²⁴ Araya, Alejandra, 2005: p. 162.

²⁵ Raposo, Alfonso y Valencia, Marco, 2005b: p. 89.

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”²⁶. 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 signficante de la práctica arquitectural como productor de sentidos nuevos”²⁷. Por esto, entre el espacio y el discurso se produce un texto semántico²⁸, además de regímenes comunicacionales (sociales) que surgen del valor formal del cuerpo arquitectónico.

Pero este viaje por el “adentro” resultaba una experiencia intrigante, en principio, para la interpretación espacial y discursiva, porque no había registro histórico de esta espacialidad ni tampoco estudios que plantearan el tema del espacio hospitalario del Hospital San Borja como un problema.

En este sentido, los historiadores de la medicina han concebido al espacio hospitalario como una anécdota o un dato menor que 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 reconstrucción²⁹. Para esto se utilizaron algunas fuentes documentales³⁰ que entregaban información de “nivel estratégico” para una posible visualización más concreta del espacio arquitectónico. Este proceso concluyó con una esquematización arquitectónica³¹, que sin tener la exactitud de un plano arquitectónico, da cuenta de la distribución espacial en forma relativamente específica del Hospital San Borja.

La interpretación espacial no sólo era intrigante por el hecho de no existir registro histórico-visual de la espacialidad hospitalaria, sino que resultaba enigmática ya que

²⁶ Glusberg, Jorge, 1978: p. 21.

²⁷ Loc. Cit.

²⁸ Para otros niveles de análisis del producto arquitectónico, véase Raposo, Alfonso y Valencia, Marco, 2005a y 2005b.

²⁹ Esta actividad fue posible gracias a la asistencia técnica del Licenciado en Arquitectura en proceso de titulación de la Universidad de Chile, sr. Marco Escobar Romero.

³⁰ 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.

³¹ Véase Láminas al final de este artículo.

coincidía el cuerpo-texto del hospital, la arquitectura hospitalaria, con el cuerpo –texto de una “casa colonial”, por tanto la cristalización del orden señorial en el “adentro” del asilo no era sólo simbólica o de pretensiones ideológicas, sino que tenía un correlato en la espacialización.

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

Art. 5º. El sitio que antiguamente tenia destino de cementerio servira para formar una huerta de árboles y plantas útiles al establecimiento, y para que permanezca siempre donde está situado el depósito de cadáveres.³²

Esta descripción muestra algo básico del discurso del espacio. 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.

³² 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, pp. 5 y 6.

“Alrededor del segundo patio, y con ventanas y puertas que daban 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”³³.

Entonces, la misma espacialidad nos entrega ciertos signos de la historicidad del espacio concreto del Hospital San Borja. 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 asilo³⁴.

Estas son algunas diferencias entre esta “casa de caridad” y una “casa de familia”. Lo interesante es que el hospital mantiene una lógica de “casa colonial”, sobre todo si atendemos a la única característica que tanto espacial como simbólicamente se mantiene invariante entre este asilo y una “casa colonial”: el tercer patio continúa estando asignado a los individuos más subordinados que habitan el cuerpo arquitectónico.

Este aspecto del cuerpo-texto del hospital plantea la cuestión de la jerarquía del orden señorial que se refuerza con el régimen portaliano. Pero, 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

³³ Salinas, René, 2005: pp. 24 y 25.

³⁴ Véase Láminas al final de este artículo.

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”, como un medio para mantener aquella “pureza” que exigía el discurso moralizador de la plebe.

*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*³⁵.

El texto portaliano 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 discurso 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 jerárquica³⁶.

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.

Por lo tanto, el encierro moralizador de la plebe no incluye solamente a las mujeres enfermas pobres, sino también al mundo de los sirvientes (enfermeras, veladoras, cocineras, lavanderas, peones). Esta es la estrategia del enunciado portaliano para lograr borrar la “herida” del asilo: los difusos límites entre el adentro y el afuera que existió en la época colonial. Y es ahí donde encontramos en toda su dimensión cultural al tercer patio.

Entonces, existe correspondencia entre la cristalización simbólica y la cristalización material: el hospital muestra una espacialidad similar a una “casa colonial” pero en una lógica moralizadora decimonónica, 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.

4. LOS LÍMITES Y ESPESORES DEL TERCER PATIO: EL CONFINAMIENTO SOCIAL.

³⁵ Informe del 27 de diciembre de 1837 de Ignacio de Reyes al Ministro del Interior, citado en Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo III (escrito inédito): p. 186.

³⁶ Cf. Foucault, Michel, 1998: pp. 170 y ss.

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”³⁷.

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”³⁸. 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, además de 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 asiladas y reciben tratamiento. El “espacio de hospitalización”³⁹, como espacialidad, es el lugar de permanencia de los cuerpos enfermos⁴⁰: 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*⁴¹.

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 asistenciales⁴²: “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

³⁷ Elias, Norbert, 1996: p. 69.

³⁸ Cf. Salinas, René, 2005: pp. 34 y ss.

³⁹ Término tomado de Pezo, Mauricio, 1998: pp. 10-16.

⁴⁰ En general, estos espacios, donde se encuentran los cuerpos en los asilos, pueden denominarse “Espacio del hospes”, en tanto que “dar hospitalidad no es otra cosa que hospedar”, Cf. Baros, Mauricio, Agosto 1996: p. 16.

⁴¹ 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, 1949, esp. Cap. VI. Véase Anexo de Láminas Arquitectónicas de este artículo.

⁴² Cf. Leistikow, Dankwart, 1967: pp. 67 y ss.

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”⁴³.

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, donde las amigas se reunían a observar el barrio, intercambiar secretos y recibir cortejos”⁴⁴.

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*⁴⁵. 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”⁴⁶. 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.

⁴³ Baros, Mauricio, Agosto 1996: p. 17.

⁴⁴ Salinas, René, 2005: p. 37.

⁴⁵ *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 limitrofes de todo un universo exterior que es vecino y contiguo.

⁴⁶ Pezo, Mauricio, 1998: p. 47.

Pero pasando dicha cerca simbólica, las enfermas se internaban en el mundo femenino y confinado del tercer patio, cuya estructura espacial estaba marcada por el crucero. 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 alto⁴⁷, 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 enfermas⁴⁸. 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 alto⁴⁹. 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”*⁵⁰.

Este es un ejemplo y un panorama en bruto de cómo eran las salas del Hospital San Francisco de Borja⁵¹. 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 enfermos⁵². 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

⁴⁷ 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.

⁴⁸ *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Santiago, 1832, Fondo HSFB, f. 2v.

⁴⁹ Aproximadamente 65 metros de largo y 5.5 metros de ancho y alto.

⁵⁰ Plaza, Alcibiades de la, *Tasación del terreno y edificios del Hospital San Borja*, Santiago, enero 26 de 1853, Archivo Ministerio del Interior, vol. 312.

⁵¹ Véase Anexo Arquitectónico. Láminas 8 y 10.

⁵² Véase Anexo Arquitectónico. Láminas 7, 8, 9, 10 y 11.

jeringas más pequeñas, dos aparatos para purgatorios y cuatro mesas⁵³. Lo demás está en la caja del cirujano y del flebotomista. 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. Para unas, lugar indeseado; y para las otras, lugar 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 establecimiento⁵⁴.

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 discursivo 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 clarificación⁵⁵.”

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 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).

⁵³ *Inventario de todas las existencias del Hospital San Francisco de Borja*, Op. Cit., f. 2v.

⁵⁴ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 6.

⁵⁵ Romero, Luís A., 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.

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” cristalizado⁵⁶.

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”⁵⁷.

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 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 o enfermera mayor es la empleada de mayor jerarquía entre las mujeres que trabajan en el hospital⁵⁸. Sus papeles sociales están vinculados a mantener la

⁵⁶ 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 pergudiquen alas demas (...) Prohibira en todas el extremoso visio del sigarro...”. *Reglamento del Hospital de san Borja, Santiago, 1782?*, Fondo HSFb, fs. 10 y 21v.

⁵⁷ “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, 1998: p 275.

⁵⁸ 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

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 sirvientas (...) 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...⁵⁹.

En un “adentro” cristalizado en el pacto social, en un mundo de jerarquías y de variados papeles sociales de empleados y sirvientas, 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.

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 momento⁶⁰.

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.

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.

agravio en lo mandado no por eso podra resistirlo...”. *Reglamento del Hospital de San Borja*, Santiago, 1782?, Fondo HSF, f. 23.

⁵⁹ Reyes, Ignacio de, *Reglamento para el Hospital...*, Op. Cit., 1837, p. 24.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 32.

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 los mismo en los casos que ocurrieren: hacerlas bañar en el verano y lavar en el invierno, para quitarles toda suciedad é 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 asistir las, curar las, socorrer las y amparar las en cuanto justamente las ocuparen, hasta el último momento, amortajandolas media hora despues de muertas⁶¹.

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 asistir las, curar las, educar las, controlar las, interrogar las y amortajar las inclusive.

5. HACIA EL “LUGAR” DE LA ENFERMEDAD Y LA MISERIA.

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 universo 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.

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 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?

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

⁶¹ *Ibíd.*, p. 33.

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"⁶².

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"⁶³.

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 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 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.

Entonces, el discurso moralizador de la caridad en el Hospital San Francisco de Borja, que se refuerza tanto en los símbolos de la pureza y la piedad como en la cristalización de un "espacio señorial" durante el régimen portaliano en la primera mitad del siglo XIX, posee un reverso de la institución del asilo: es el discurso del tercer patio. Allí, en el tercer patio, emerge un espacio del confinamiento social, donde las mujeres pobres producirán una discursividad necesaria para el "adentro" pero ocultada, muda, acallada. En el reverso de la pureza moral que desea la elite benefactora se encontrará un mundo de espesores

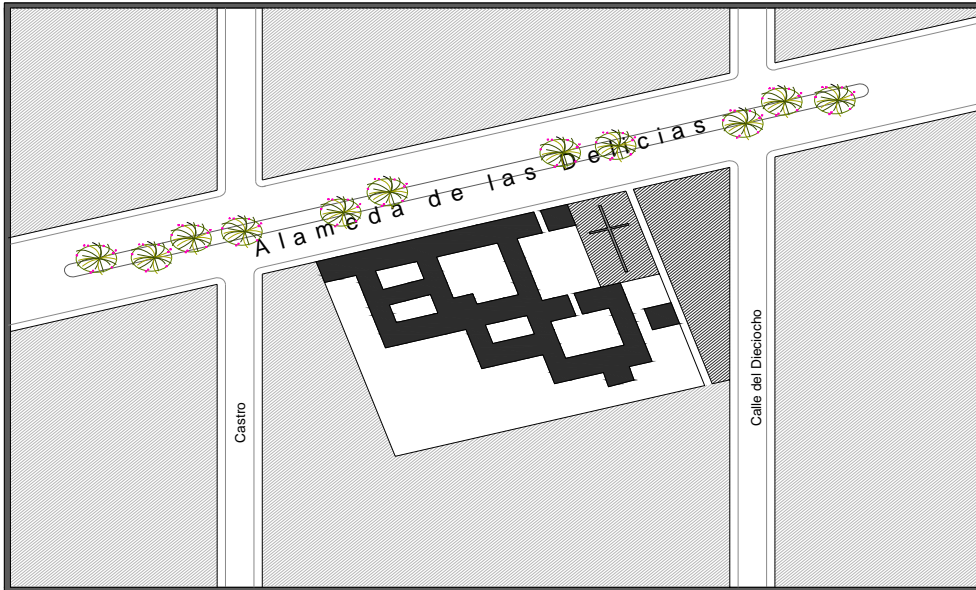
⁶² Araya, Alejandra, 1999: p. 76.

⁶³ *Ibíd.*, p. 73.

culturales muy ceñidos y por lo mismo de fácil confusión, unos signos que hablan de la vida y la muerte, del poder y la obediencia, del padecimiento y el dolor, de donde tendrá que surgir de un mismo género y una misma clase social la jerarquía, en medio de la profundidad de un intrincado espacio. Única forma en que el asilo-hospital *mantenga* la “misericordia” de la otra clase social.

6. ANEXO DE LÁMINAS ARQUITECTÓNICAS.

Reconstrucción espacial del Hospital San Francisco de Borja en la primera mitad del Siglo XIX. Realización técnica Sr. Marco Escobar Romero. Supervisión historiográfica Sr. Fernando Franulic Depix.



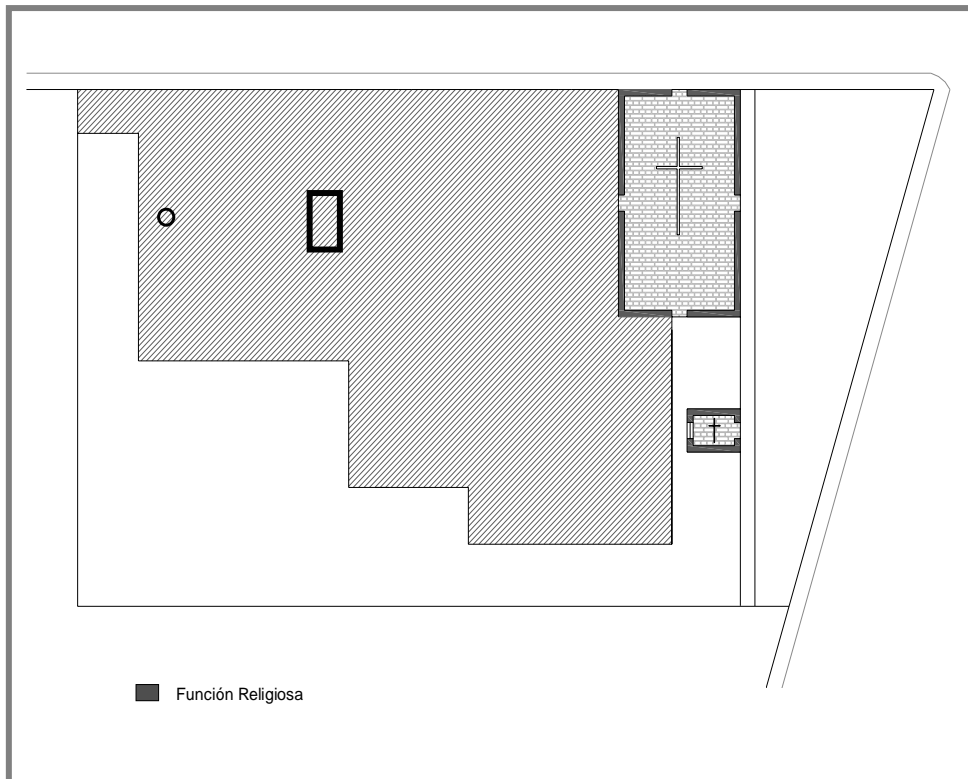
Lamina 1:
Deslindes del Edificio.



Lamina 2:
Vista general de la
Reconstrucción del
Edificio.

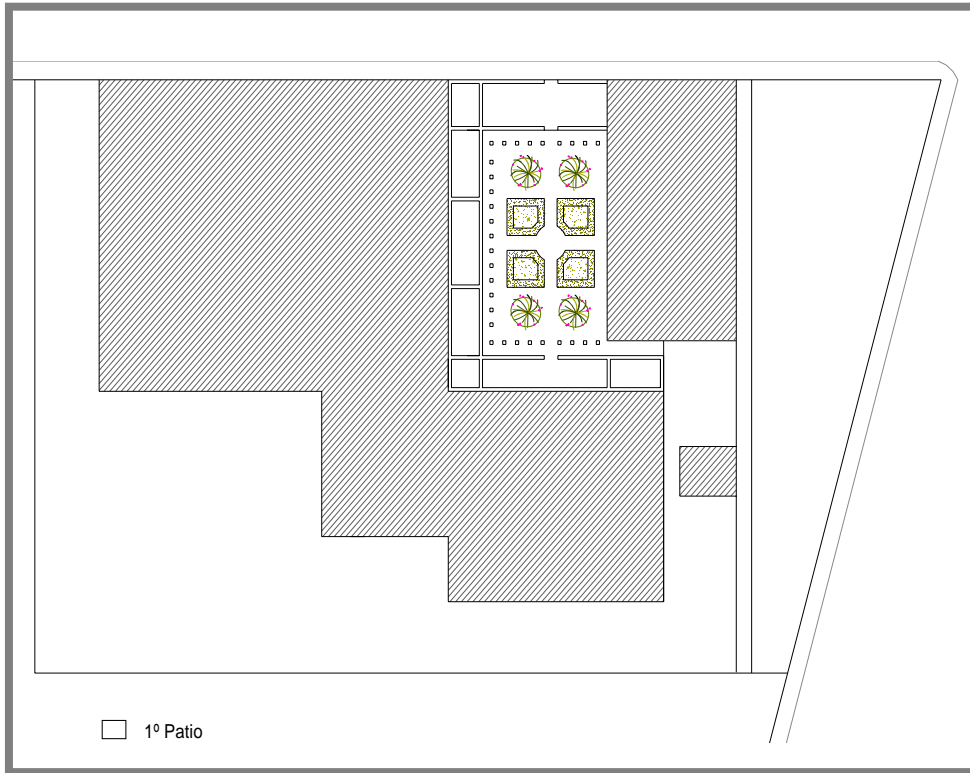


Lamina 3:
Vista cercana de la
Reconstrucción del
Edificio.

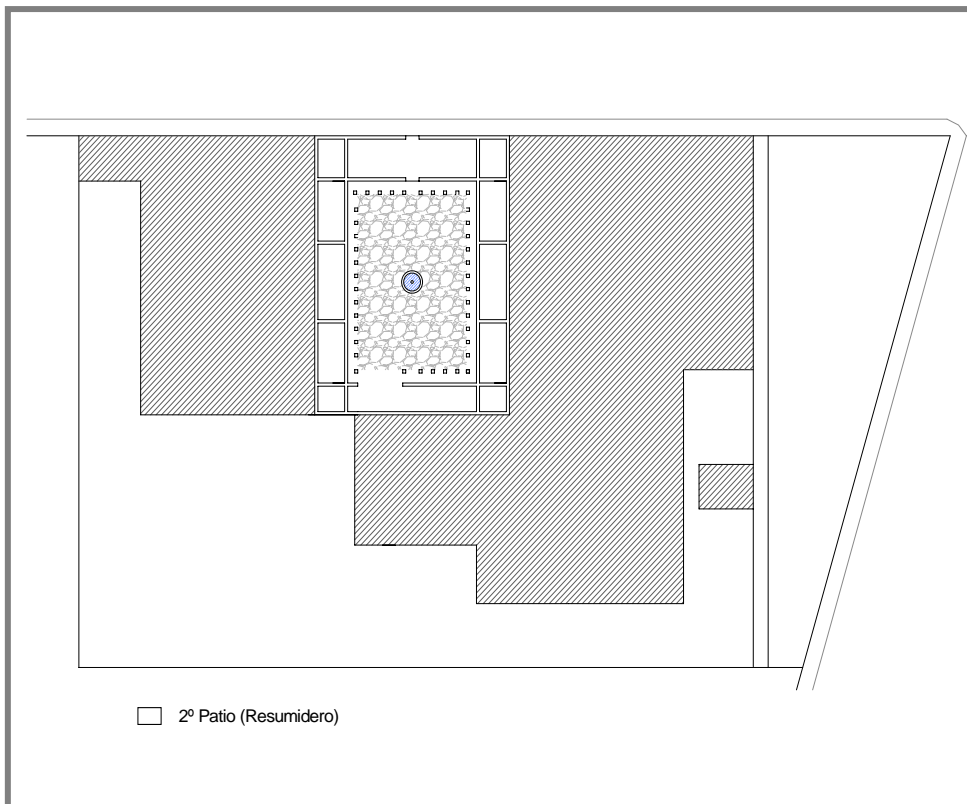


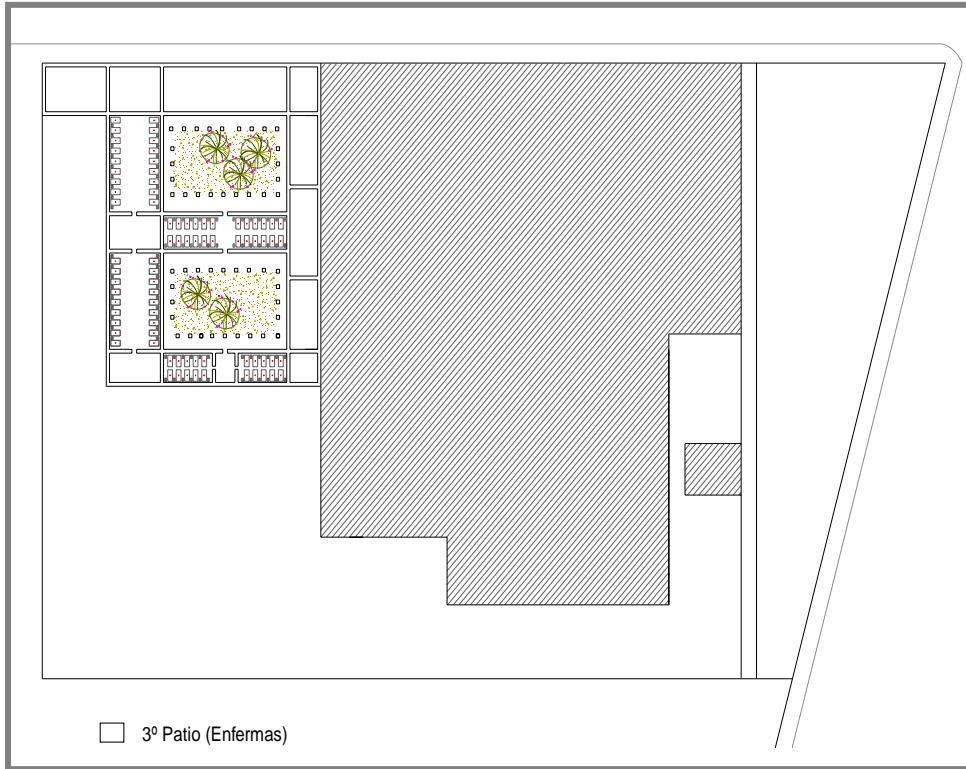
Lamina 4:
Esquematación de
los lugares religiosos
del Edificio.

Lamina 5:
El primer patio del
Edificio.

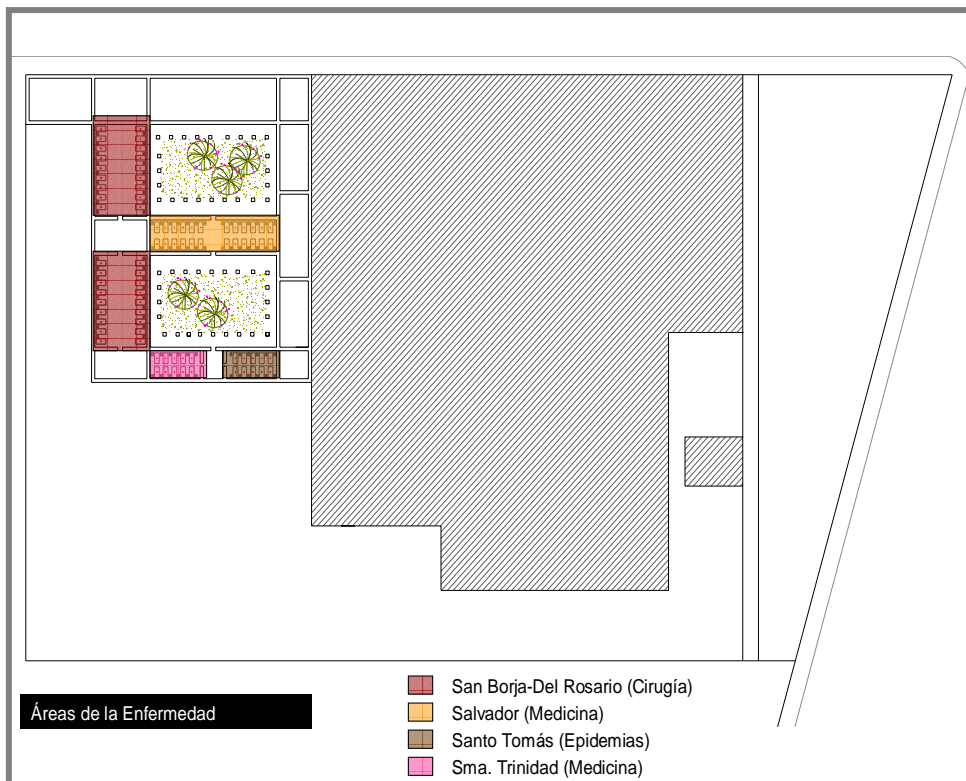


Lamina 6:
El segundo patio del
Edificio.

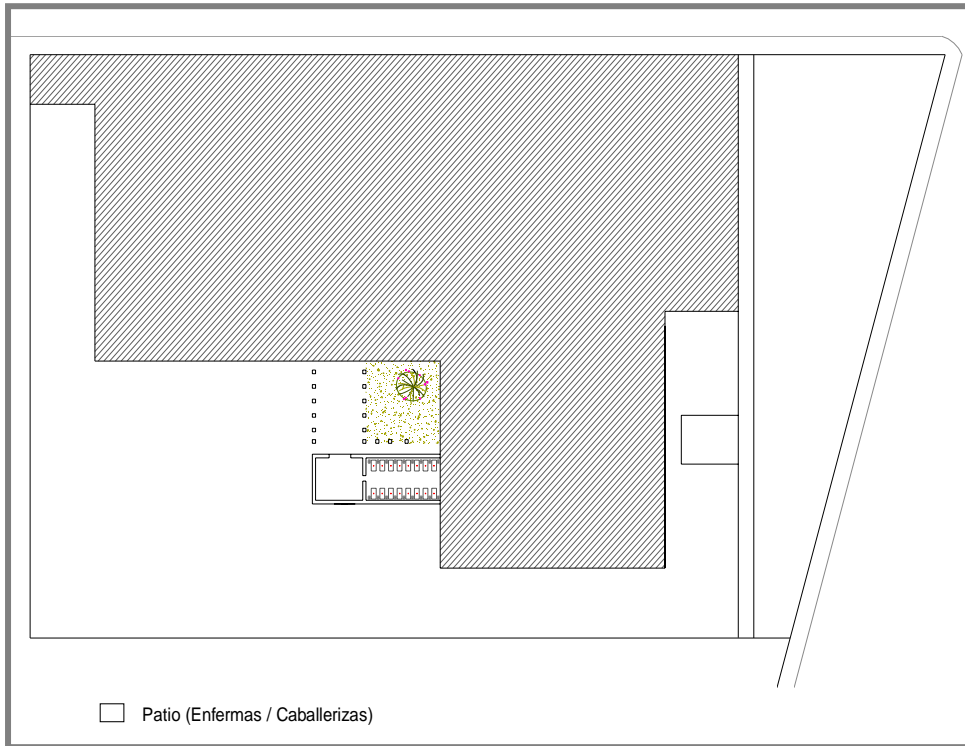




Lamina 7:
El tercer patio del Edificio.



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.



7. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.

7.1. Fuentes.

- Universidad de Chile, Museo Nacional de Medicina, Biblioteca Patrimonial, Catálogo de Manuscritos, Fondo Hospital San Francisco de Borja (Fondo HSF):

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.

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.

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

- Fuentes Impresas:

Barra, Miguel de la, *Reglamento para una Sociedad de Señoras, Santiago, Imprenta de la Opinión, 1842.*

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.*

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.

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.

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.

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.

7.2. Bibliografía.

Anz, Thomas (2006), "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.

Araya, Alejandra (2000), "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.

Araya, Alejandra (1999), "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.

Araya, Alejandra (2005), "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.

Arenas, Maritza (1996). *Organización hospitalaria en Chile durante el siglo XVIII: Abastecimiento y alimentación*. Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Universidad de Chile.

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

Baros, Mauricio, "Arquitectura para la Reclusión", *ARQ* N° 33, Agosto 1996.

Cabrera, Miguel A. (2001), *Historia, lenguaje y teoría de la sociedad*, Madrid: Ediciones Cátedra.

Cruz-Coke, Ricardo (1993), *Historia de la medicina chilena*, Santiago: Editorial Andrés Bello.

Durkheim, Emile (1968), *Las formas elementales de la vida religiosa*, Buenos Aires: Editorial Schapire.

Elias, Norbert (1996), *La sociedad cortesana*, México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (1991), *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*, México: Siglo XXI.

Foucault, Michel (2003), *La arqueología del saber*, México: Siglo XXI.

Foucault, Michel (1998), *Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión*, México: Siglo XXI.

Foucault, Michel (1989), "Historia de la Medicalización", *La vida de los hombres infames*, Madrid: La Piqueta.

Foucault, Michel (1995), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México: Siglo XXI.

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.

Glusberg, Jorge (1978), *Sociosemiótica de la arquitectura*, Buenos Aires: CAYC.

Illanes, María Angélica (1993), "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.

Jocelyn-Holt, Alfredo (1997), "El peso de la noche, la otra cara del orden portaliano", *El peso de la noche. Nuestra frágil fortaleza histórica*, Santiago: Planeta / Ariel.

Kelly, Joan (1999), "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.

Lamas, Marta, "La antropología feminista y la categoría 'género'", *Nueva Antropología*, Vol. VIII, N° 30, 1986.

Laval, Enrique (1949), *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*, Santiago: Asociación Chilena de Asistencia Social.

Laval, Enrique, *Hospital San Francisco de Borja*, Tomo I, III y IV (escrito mecanografiado inédito).

Leistikow, Dankwart (1967), *Edificios hospitalarios durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*, Alemania, C.H. Boehninger Sohn.

Lindemann, Mary (2001), *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna 1500-1800*, Madrid: Siglo XXI.

Neghme, Amador, "Semblanza histórica del Hospital San Francisco de Borja", *Revista Médica de Chile* N° 110, 1982.

Neira, Marcelo (1998), "... palo y bizcochuelo..." *Ideología y disciplinamiento. Santiago, primera mitad del siglo XIX*, Tesis de Magíster en Historia, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Pezo, Mauricio (1998), *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.

Prieto, Alvaro, "Breve historia de los Hospitales Chilenos" (2002), Montoya, Carlos y Astorga, Ignacio (eds.), *El Hospital Público en Chile*, Santiago: MINSAL.

Raposo, Alfonso y Valencia, Marco (2005a), "Posmodernidad. Hacia un nuevo marco crítico para la comprensión de la arquitectura", Raposo, Alfonso (comp.) *La interpretación de la obra arquitectónica y proyecciones de la política en el espacio habitacional urbano*, Santiago: Universidad Central de Chile.

Raposo, Alfonso y Valencia, Marco (2005b), "Cartografía temática arquitectural", Raposo, Alfonso (comp.) *La interpretación de la obra arquitectónica y proyecciones de la política en el espacio habitacional urbano*, Santiago: Universidad Central de Chile.

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

Sagredo, Rafael (2006), "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.

Salinas, Rene (2005), "Población, habitación e intimidad en el Chile tradicional", 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.

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. (2007), *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Santiago: Dibam.

Zúñiga Cisneros, M., *Manual de Historia de los Hospitales*, Caracas, s/e, s/f.